

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09 марта 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Терапия»**
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.49 «Терапия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,
доцент

(должность, ученое звание, степень)

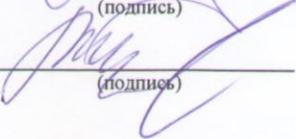

(подпись)

В.А. Исаков

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Е.В. Вютрих

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

пропедевтики внутренних болезней

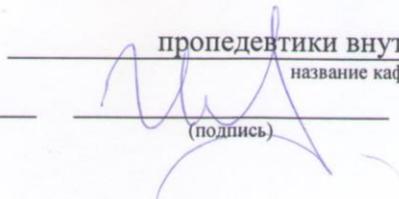
название кафедры

« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)


пропедевтики внутренних болезней
название кафедры
(подпись)

В.А. Исаков

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.49 «Терапия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1.Б.1.1 «Внутренние болезни»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1.Б.1.2 «Смежные дисциплины»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1.Б.1.3 «Поликлиническая терапия»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1.Б.1.4 «Клиническая фармакология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Терапия»

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- Методы анализа и синтеза статистической информации - Методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого	- анализировать информацию о здоровье взрослого населения, детей и подростков; - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с	- Методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков;

		населения, детей и подростков.	информацией (синтез)	-методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления;
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	- причины возникновения соматических заболеваний; методы предотвращения заболевания внутренних органов; - способы ранней диагностики и скрининга патологии внутренних органов; - группы риска по развитию различных соматических заболеваний; - показания и противопоказания к проведению различных функциональных методов исследования	- Использовать информацию о здоровье взрослого и детского населения в деятельности медицинских организаций; - анализировать информацию о состоянии здоровья населения. - составлять перечень мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности профилактической помощи населению и формированию здорового образа жизни. - выявлять причины распространения внутренней патологии; -организовать мероприятия по профилактике соматических заболеваний; - применять на практике способы ранней диагностики соматической патологии; - формировать группы здоровья и составлять рекомендации по профилактике и замедлению прогрессирования заболеваний внутренних органов.	- Методами профилактики соматических заболеваний; - способами выявления соматических заболеваний; - методами ранней диагностики соматических заболеваний; - методикой интерпретации данных полученных при проведении исследований; - навыками работы в группах риска по развитию соматических заболеваний. - методикой исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления. - методикой формирования и реализации профилактических программ.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических осмотров и диспансеризацию населения; сроки и объем диспансеризации взрослого населения.	осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения; определять сроки и объем мероприятий по диспансеризации лиц, имеющих различные соматические заболевания	навыками профилактики соматических заболеваний; навыками диспансеризации пациентов, с различной патологией внутренних органов.
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и	- Методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления	- Вычислять и оценивать уровень и структуру заболеваемости, смертности. - Вычислять и оценивать	- Методиками сбора и медико-статистического - Анализа информации о

	медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	и восстановления. - Методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков.	показатели, характеризующие заболеваемость с временной утратой трудоспособности. - Вычислять и оценивать показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций.	показателях здоровья населения.
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- клиничко-морфологические аспекты современной патологии;	интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, для выявления патологических процессов в органах и системах;	- навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования;
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	- порядок оказания помощи пациентам с патологией внутренних органов; - современные рекомендации и стандарты лечения различных заболеваний внутренних органов; - клиническую фармакологию основных лекарственных препаратов, используемых в терапии; - основные схемы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при различной внутренней патологии;	- назначать адекватную этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию, используемую при различной внутренней патологии; - оценивать эффективность терапии, побочные эффекты назначенного лечения, проводить коррекцию терапии;	- навыками объективного обследования пациента с различными заболеваниями внутренних органов; -навыками назначения адекватной терапии при различных заболеваниях внутренних органов; - навыками оценки эффективности терапии, побочных эффектов назначенного лечения, проведения коррекции терапии.
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов,	- лекарственные средства, используемые для лечения терапевтических больных; - фармакологические эффекты лекарственных препаратов, назначаемых до, во	-оценить влияние лекарственной терапии; -осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств; -средств; проводить отбор	алгоритмом использования лекарственных средств на каждом этапе лечения; -алгоритмом выбора лекарственных средств;

	нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	время и после лечения терапевтических заболеваний; - показания к применению антибактериальных, противовирусных, противовоспалительных препаратов для лечения различной терапевтической патологии; - показания к назначению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения для пациентов терапевтической патологии	пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации	- навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении пациента на медицинскую реабилитацию
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- основные принципы организации первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и неотложной помощи. - структуру амбулаторно поликлинических и стационарных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь различным группам населения. - основные принципы организации лекарственного обеспечения населения.	Организовать деятельность медицинской организации и их структурных подразделений в соответствии с действующим законодательством.	Алгоритмом организации диспансерного наблюдения декретированных контингентов населения и пациентов с хроническими заболеваниями.
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций. - Методы оценки качества медицинской помощи в медицинской организации и деятельности медицинского персонала. - Вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности.	Оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей. - Оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения. - Анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач. - Применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской	Анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач.

			помощи.	
--	--	--	---------	--

1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Терапия»

1, 2, 3-ий семестр

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания (раздел «Внутренние болезни»)					
1.	УК-1	1-200	1-15	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-200	1-15	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-200	1-15	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-200	1-15	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-200	1-15	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-200	4, 10, 15		
7.	ПК-10		1-15		
8.	ПК-11		1-15		
№ задания (раздел «Смежные дисциплины»)					
1.	УК-1	1-200	1-16	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-200	1-16	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-200	1-16	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-200	1-16	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-200	1-16	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-200	2, 8-12, 15, 16		
7.	ПК-10	126-137	1-16		
8.	ПК-11		1-16		

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания (раздел «Внутренние болезни»)					
1.	УК-1	1-200	1-15	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-200	1-15	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-200	1-15	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-200	1-15	7, 8, 16	1-10

5.	ПК-6	1-200	1-15	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-200	4, 10, 15		
7.	ПК-10		1-15		
8.	ПК-11		1-15		
№ задания (раздел «Смежные дисциплины»)					
1.	УК-1	1-200	1-16	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-200	1-16	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-200	1-16	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-200	1-16	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-200	1-16	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-200	2, 8-12, 15, 16		
7.	ПК-10	126-137	1-16		
8.	ПК-11		1-16		
№ задания (раздел «Поликлиническая терапия»)					
1.	УК-1	1-217	1-23	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-217	1-23	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-217	1-23	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-217	1-23	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-217	1-23	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-217	3, 4, 9-13, 20		
7.	ПК-10		1-23		
8.	ПК-11		1-23		

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания (раздел «Внутренние болезни»)					
1.	УК-1	1-200	1-15	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-200	1-15	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-200	1-15	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-200	1-15	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-200	1-15	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-200	4, 10, 15		
7.	ПК-10		1-15		
8.	ПК-11		1-15		
№ задания (раздел «Смежные дисциплины»)					
1.	УК-1	1-200	1-16	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-200	1-16	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-200	1-16	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-200	1-16	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-200	1-16	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-200	2, 8-12, 15, 16		
7.	ПК-10	126-137	1-16		

8.	ПК-11		1-16		
№ задания (раздел «Поликлиническая терапия»)					
1.	УК-1	1-217	1-23	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-217	1-23	1-31	1-10
3.	ПК-2	1-217	1-23	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-217	1-23	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-217	1-23	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-217	3, 4, 9-13, 20		
7.	ПК-10		1-23		
8.	ПК-11		1-23		
№ задания (раздел «Клиническая фармакология»)					
1.	УК-1	1-118	1-24	1-31	1-10
2.	ПК-1	1-118	1-24	1-31	1-10
3.	ПК-2		1-24	1-6	1-10
4.	ПК-5	1-118	1-24	7, 8, 16	1-10
5.	ПК-6	1-118	1-24	16, 21, 30-31	1-10
6.	ПК-8	1-118			
7.	ПК-10		1-5, 8		
8.	ПК-11		2, 4, 5		

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и

режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

Раздел «Внутренние болезни»:

1. Везикулярное дыхание выслушивается на:

- а) вдохе;
- б) выдохе;
- в) вдохе и первой трети выдоха;
- г) вдохе и первых двух третях выдоха;
- д) протяжении всего вдоха и всего выдоха.

2. При эмфиземе легких дыхание:

- а) везикулярное;
- б) везикулярное ослабленное;
- в) везикулярное усиленное;
- г) бронхиальное;
- д) сакадированное.

3. Крепитация характерна для:

- а) эмфиземы легких;
- б) абсцесса легких;
- в) крупозной пневмонии;
- г) бронхиальной астмы;
- д) застоя крови в малом круге кровообращения.

4. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

- а) притупленный тимпанит;
- б) коробочный;
- в) тимпанический;
- г) тупой;
- д) металлический.

5. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

- а) вдохе;
- б) выдохе;
- в) вдохе и одной трети выдоха;
- г) протяжении всего вдоха и всего выдоха;
- д) вдохе и первых двух третях выдоха.

6. Амфорическое дыхание наблюдается при:

- а) очаговой пневмонии;
- б) бронхите;
- в) бронхиальной астме;
- г) абсцессе легкого;
- д) эмфиземе легких.

7. Ослабление голосового дрожания характерно для:

- а) бронхоэктазов;
- б) экссудативного плеврита;
- в) абсцесса легкого в стадии полости;
- г) очаговой пневмонии;
- д) крупозной пневмонии.

8. Усиление голосового дрожания типично для:

- а) гидроторакса;
- б) абсцесса легкого в стадии полости;
- в) закрытого пневмоторакса;
- г) эмфиземы легких;
- д) бронхиальной астмы.

9. Пульс tardus (замедленный), parvus (малый) характерен для:

- а) недостаточности трехстворчатого клапана;

- б) недостаточности митрального клапана;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стеноза устья аорты;
- д) митрального стеноза.

10. Наличие у больного положительного венного пульса характерно для:

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) митрального стеноза;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стеноза устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана.

11. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца:

- а) дилатация правого предсердия;
- б) дилатация правого желудочка;
- в) гипертрофия правого желудочка;
- г) дилатация левого желудочка;
- д) гипертрофия левого желудочка.

12. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации:

- а) правого предсердия;
- б) правого желудочка;
- в) левого предсердия;
- г) левого желудочка;
- д) левого предсердия и правого желудочка.

13. Кровохарканье чаще всего наблюдается при:

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) митральном стенозе;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) стенозе устья аорты;
- д) недостаточности трехстворчатого клапана.

14. Для почечной колики характерны:

- 1. боли в поясничной области;
 - 2. дизурические явления;
 - 3. положительный симптом Пастернацкого;
 - 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

15. Односторонние боли и поясничной области характерны для:

- а) острого гломерулонефрита;
- б) острого цистита;
- в) острого пиелонефрита;
- г) амилоидоза почек;
- д) хронического гломерулонефрита.

16. Типичным при асците является:

- а) выраженная асимметрия живота;
- б) втянутый пупок;
- в) симптом флюктуации;
- г) расхождение прямых мышц живота;
- д) громкий тимпанит в боковых отделах живота при положении больного лежа.

17. Альбуминурия и гипопропротеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:
- а) острого гломерулонефрита;
 - б) пиелонефрита;
 - в) почечно-каменной болезни;
 - г) цистита;
 - д) нефроптоза.
18. Показанием к эзофагоскопии не является:
- а) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
 - б) эзофагит;
 - в) рак пищевода;
 - г) травма грудной клетки;
 - д) варикозное расширение вен пищевода.
19. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является:
- а) варикозное расширение вен пищевода;
 - б) эпилепсия;
 - в) острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов;
 - г) эзофагит;
 - д) рак пищевода.
20. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии:
- 1.нагноительные заболевания легких;
 - 2.астматическое состояние;
 - 3.центральные и периферические опухоли легких;
 - 4.стеноз гортани;
 - 5.профузное легочное кровотечение.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
21. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии:
- 1.крупозная пневмония;
 - 2.бронхогенный рак с отдаленными метастазами;
 - 3.инородное тело бронхов;
 - 4.инсульт.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, и 4.
22. Показанием к плановой гастроскопии является:
- а) обострение хронического гастрита;
 - б) язва желудка;
 - в) рак желудка;
 - д) доброкачественная подслизистая опухоль желудка;
 - д) все перечисленное.
23. Показанием к экстренной гастроскопии не является:
- 1.полип желудка;
 - 2.инородное тело;
 - 3.анастомоз;
 - 4.желудочно-кишечное кровотечение.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

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

- а) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости;
- б) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью;
- в) эзофагогастродуоденоскопию;
- г) колоноскопию;
- д) ректороманоскопию.

25. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:

- 1.тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона;
 - 2.декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность;
 - 3.острый парапроктит;
 - 4.гемофилия;
 - 5.кровоточащий геморрой.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

26. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при:

- 1.гангрене легкого;
 - 2.бронхоэктазах;
 - 3.абсцессе легкого;
 - 4.крупозной пневмонии;
 - 5.раке легкого.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

27. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при:

- 1.абсцессе легкого;
 - 2.раке легкого в стадии распада;
 - 3.туберкулезе легкого;
 - 4.хроническом бронхите;
 - 5.крупозной пневмонии.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

28. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

- а) острого трахеобронхита;
- б) очаговой пневмонии;
- в) хронического бронхита;
- г) бронхогенного рака легкого;
- д) туберкулеза легкого.

29. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:

1. увеличение содержания фибриногена в крови;
 2. увеличение количества глобулинов в крови;
 3. увеличение альбуминов в крови;
 4. увеличение количества эритроцитов в крови;
 5. повышение холестерина в сыворотке крови.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

30. Высокая относительная плотность мочи характерна для:

- а) хронического нефрита;
- б) пиелонефрита;
- в) сахарного диабета;
- г) несахарного диабета;
- д) сморщенной почки.

31. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

- а) подпеченочной желтухи;
- б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
- в) печеночной желтухи;
- г) застойной почки;
- д) инфаркта почки.

32. Выраженная билирубинурия характерна для:

- а) подпеченочной желтухи;
- б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
- в) почечно-каменной болезни;
- г) застойной почки;
- д) хронического нефрита.

33. Основная масса белков острой фазы воспаления относится к фракции:

1. a₂-глобулинов;
 2. g-глобулинов;
 3. b-глобулинов;
 4. a₁-глобулинов и a₂-глобулинов;
 5. a₁-глобулинов.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

34. Транзиторная лейкопения не возникает при:

1. лучевом воздействии с терапевтической целью;
 2. длительном приеме лекарственных средств;
 3. алиментарной недостаточности;
 4. значительной физической нагрузке.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4.

35. Дыхательный объем - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;

- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

36. Резервный объем вдоха - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

37. Резервный объем выдоха - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

38. Остаточный объем легких - это:

- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды;

39. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

- а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты;
- б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
- в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
- г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
- д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха.

40. Жизненная емкость легких зависит от:

- 1.роста;
 - 2.площади поверхности тела;
 - 3.массы тела;
 - 4.пола.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1,2,3,4.

41. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при:

- 1.воспалительных процессах в органах грудной полости;
 - 2.беременности (вторая половина);
 - 3.асците;
 - 4.грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1,2,3,4.

42. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является:

- 1.острый коронарный синдром;

- 2.ТЭЛА;
- 3.артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.);
- 4.флеботромбоз глубоких вен голени.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1,2,3,4.

43. ЭКГ признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является:
- а) преходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более;
 - б) формирование отрицательного зубца T;
 - в) появление блокады ножек пучка Гиса;
 - г) появление экстрасистолии;
 - д) пароксизм фибрилляции предсердий;

44. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более, чем на 0,10 с; зубцы P (в отведениях I,II,AVF) положительные перед каждым комплексом QRS. Можно предположить:
- а) ритм синусовый регулярный;
 - б) ритм синусовый нерегулярный;
 - в) фибрилляцию предсердий;
 - г) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный;
 - д) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный;

45. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 с. Это характерно для:
- а) полной атриовентрикулярной блокады;
 - б) неполной атриовентрикулярной блокады I степени;
 - в) блокады ножек пучка Гиса;
 - г) синоаурикулярной блокады;
 - д) миграции водителя ритма по предсердиям.

46. На ЭКГ отрицательный зубец P располагается после преждевременного, но неизменного комплекса QRS. Это:
- а) атриовентрикулярная экстрасистола;
 - б) предсердная экстрасистола;
 - в) желудочковая экстрасистола;
 - г) выскальзывающее сокращение;
 - д) ритм коронарного синуса.

47. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRS)неправильный, зубец P отсутствует. Это указывает на:
- а) фибрилляцию предсердий;
 - б) желудочковую экстрасистолию;
 - в) предсердную экстрасистолию;
 - г) желудочковую тахикардию;
 - д) предсердную тахикардию.

48. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса зубец P не определяется. Это может быть при:
- 1.предсердной экстрасистоле;
 - 2.желудочковой экстрасистоле;
 - 3.неполной атриовентрикулярной диссоциации;
 - 4.атриовентрикулярной экстрасистоле.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1,2,3,4.

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

Заключение:

- а) инфаркт передней стенки левого желудочка;
- б) инфаркт задней нижней стенки левого желудочка;
- в) остро возникшее ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) инфаркт межжелудочковой перегородки;
- д) тромбоэмболия легочной артерии.

50. С помощью эхокардиографии можно диагностировать:

- 1. пороки сердца и пролапс митрального клапана;
 - 2. дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию;
 - 3. опухоли сердца;
 - 4. экссудативный (выпотной) перикардит.
- а) если правильны ответы 1,2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1,2,3,4.

51. Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

- а) первичной остановке кровообращения;
- б) первичной остановке дыхания;
- в) первичном поражении центральной нервной системы;
- г) первичном поражении нейроэндокринной сферы;
- д) остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.

52. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти:

- 1. 3-4 мин. при гипертермии;
 - 2. 3-4 мин. при нормотермии;
 - 3. 5-6 мин. при нормотермии;
 - 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

53. Основными признаками остановки сердца являются:

- 1. широкие зрачки;
 - 2. отсутствие пульса на сонной артерии;
 - 3. отсутствие самостоятельного дыхания;
 - 4. узкие зрачки;
 - 5. судороги.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

54. Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца:

- а) левая половина грудной клетки;
- б) рукоятка грудины;
- в) нижняя треть грудины;
- г) мечевидный отросток;
- д) средняя часть грудины.

55. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют:

- 1. сужение зрачков;
 - 2. появление пульса на сонной артерии;
 - 3. уменьшение цианоза;
 - 4. появление отдельных спонтанных вдохов.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

56. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из:

- 1. обеспечения проходимости дыхательных путей;
 - 2. проведения искусственной вентиляции легких;
 - 3. восстановления кровообращения;
 - 4. промывания желудка.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

57. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения:

- 1. ранение внутренней грудной артерии;
 - 2. повреждение мышцы сердца;
 - 3. кровоизлияние в мышцу сердца;
 - 4. разрыв легкого;
 - 5. кровотечение из раны.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

58. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется:

- 1. продолжительностью периода умирания;
 - 2. продолжительностью клинической смерти;
 - 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии;
 - 4. характером основного заболевания.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

59. При остановке кровообращения развивается:

- а) метаболический алкалоз;
- б) метаболический ацидоз;
- в) респираторный алкалоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.

60. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо:
1. искусственная вентиляция легких;
 2. наружный массаж сердца;
 3. массивные переливания крови и кровезаменителей;
 4. введение адреналина и бикарбоната натрия;
 5. обеспечение гемостаза.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
61. К признакам шока относятся:
1. бледность кожных покровов;
 2. адинамия, заторможенность;
 3. снижение артериального давления;
 4. гиперемия лица.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
62. При анафилактическом шоке показано:
- а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;
 - б) подкожное введение аминазина;
 - в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина;
 - г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма;
 - д) дегидратационная терапия.
63. Для инфекционно-токсического шока характерно:
1. малый частый пульс;
 2. снижение диуреза;
 3. лихорадка, озноб, понос;
 4. бледность и похолодание кожных покровов.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
64. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:
- а) ясное сознание;
 - б) оглушение;
 - в) сопор;
 - г) кома;
 - д) смерть мозга.
65. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:
- а) ясное сознание;
 - б) оглушение;
 - в) сопор;

- г) кома;
- д) смерть мозга.

66. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сопор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

67. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

- а) снижение АД и учащение пульса;
- б) снижение АД и урежение пульса;
- в) повышение АД и учащение пульса;
- г) повышение АД и урежение пульса;
- д) АД и частота пульса не изменяются.

68. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при:

- а) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;
- б) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;
- в) отравлении фосфорорганическими соединениями;
- г) декомпенсации миокарда;
- д) тромбоэмболии легочной артерии.

69. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

- а) снижение артериального давления;
- б) повышение центрального венозного давления (ЦВД);
- в) снижение ЦВД;
- г) анемия;
- д) полицитемия.

70. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

- а) 10-20%;
- б) 20-30%;
- в) 30-40%;
- г) 40-50%;
- д) более 50%.

71. Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

- а) употреблением преимущественно белковой пищи;
- б) значительной лейкоцитурией и бактериурией;
- в) употреблением преимущественно растительной пищи;
- г) употреблением большого количества соли;
- д) употреблением большого количества сахара.

72. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

- а) пиелонефрите;
- б) гломерулонефрите;
- в) амилоидозе;
- г) нефролитиазе;
- д) поликистозе.

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

- а) хронического нефрита;

- б) пиелонефрита;
- в) сахарного диабета;
- г) несахарного диабета;
- д) сморщенной почки.

74. При проведении пробы Зимницкого необходимо:
- а) соблюдать строгую диету с исключением соли;
 - б) ограничить физическую активность;
 - в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);
 - г) ограничить употребление белковой пищи;
 - д) ограничить употребление растительной пищи.
75. Урография позволяет:
- 1. определить размеры почек;
 - 2. определить положение почек;
 - 3. выявить конкременты;
 - 4. оценить функцию почек.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
76. Нефротическому синдрому соответствуют:
- 1. отеки;
 - 2. протеинурия 3г/сутки;
 - 3. диспротеинемия;
 - 4. гиперлипидемия.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
77. Острый нефритический синдром характеризуют:
- а) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
 - б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
 - в) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
 - г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
 - д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.
78. У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилась АД. Наиболее вероятный диагноз:
- а) острый гломерулонефрит;
 - б) острый пиелонефрит;
 - в) обострение хронического гломерулонефрита;
 - г) апостематозный нефрит;
 - д) амилоидоз почек.
79. Больного ХГН необходимо госпитализировать в стационар в случае:
- 1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертонии;
 - 2. нарастании протеинурии;
 - 3. увеличении эритроцитурии;
 - 4. ухудшении функционального состояния почек.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

80. Определение активности ХГН необходимо для:
- а) назначения патогенетической терапии;
 - б) оценки прогноза заболевания;
 - в) установления клинической формы заболевания;
 - г) оценки функционального состояния почек;
 - д) назначения антибактериальной терапии.
81. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:
- а) острого гломерулонефрита;
 - б) пиелонефрита;
 - в) почечно-каменной болезни;
 - г) цистита;
 - д) амилоидоза почек.
82. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:
- а) фуросемиду;
 - б) верошпиرونу;
 - в) триамтерену;
 - г) арифону;
 - д) гипотиазиду.
83. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении:
1. сульфаниламидами;
 2. пенициллином;
 3. D-пеницилламином;
 4. метиндолом.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
84. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:
- а) дерматомиозита;
 - б) системной красной волчанки;
 - в) системной склеродермии;
 - г) узелкового артериита;
 - д) ревматической полимиалгии.
85. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:
- а) впервые возникший нефротический синдром;
 - б) злокачественная артериальная гипертензия;
 - в) остроснефритический синдром;
 - г) нефротический синдром при амилоидозе почек;
 - д) субъективное состояние больного.
86. Четырехкомпонентная схема лечения нефрита включает следующие сочетания препаратов:
- а) преднизолон + гепарин + индометацин + курантил;
 - б) преднизолон + гепарин + курантил + диуретик;
 - в) преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил;
 - г) преднизолон + гепарин + курантил + эуфиллин;
 - д) индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин.

87. Нефротический синдром может наблюдаться при:
1. амилоидозе;
 2. системной красной волчанке;
 3. диабетической нефропатии;
 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
88. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:
- а) бактериальный перитонит;
 - б) абдоминальный нефротический криз;
 - в) почечная колика;
 - г) апостематозный пиелонефрит;
 - д) кишечная колика.
89. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится:
1. частые рецидивы нефротического синдрома;
 2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов;
 3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками;
 4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
90. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:
- а) через 3-5 месяцев от начала заболевания;
 - б) через год;
 - в) через 3 года;
 - г) с первых недель заболевания;
 - д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.
91. Злокачественная гипертензия возможна при:
1. пиелонефрите;
 2. узелковом периартериите;
 3. первичном нефросклерозе;
 4. истинной склеродермической почке.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
92. При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами необходимо тщательно контролировать:
1. лейкоциты крови;
 2. содержание гемоглобина крови;
 3. тромбоциты крови;
 4. эозинофилы крови.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

93. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

- а) преднизолоном;
- б) цитостатиками;
- в) индометацином;
- г) курантилом;
- д) гепарином.

94. У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

- а) амилоидоз почек;
- б) гломерулонефрит;
- в) пиелонефрит;
- г) интерстициальный нефрит;
- д) тромбоз почечных вен.

95. Вторичный амилоидоз может развиваться при:

- 1. ревматоидном артрите;
 - 2. псориатическом артрите;
 - 3. опухолях;
 - 4. бронхоэктазах.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

96. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

- а) десны;
- б) подкожного жира;
- в) слизистой оболочки прямой кишки;
- г) почки;
- д) кожи.

97. Для почечной колики характерны:

- 1. боли в поясничной области;
 - 2. дизурические явления;
 - 3. положительный симптом Пастернацкого;
 - 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

98. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

- а) полусинтетические пенициллины;
- б) тетрациклин;
- в) бисептол;
- г) фурагин;
- д) фторхинолоны.

99. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

- а) нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;
- б) гематурия и гиперозотемия;
- в) микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация;
- г) протеинурия и гематурия;
- д) протеинурия и артериальная гипертензия.

100. Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии можно считать:

- а) атенолол;
- б) капозид;
- в) ренитек;
- г) адельфан;
- д) апрессин.

101. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

- 1. суставов поясничного отдела позвоночника;
 - 2. симфиза;
 - 3. тазобедренных суставов;
 - 4. илеосакральных сочленений.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

102. Для системной склеродермии характерно развитие:

- 1. диффузного пневмофиброза;
 - 2. базального пневмофиброза;
 - 3. адгезивного плеврита;
 - 4. увеличения размеров сердца.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

103. Маркерными переломами при постменопаузальном остеопорозе являются

Варианты ответов:

- 1 перелом шейки бедра
- 2 перелом Коллеса
- 3 перелом тела позвонка
- 4 верно 1 и 2
- 5 верно 1 и 3
- 6 верно 2 и 3

104. К белкам острой фазы относятся:

- 1. С-реактивный белок;
 - 2. гаптоглобулин;
 - 3. альфа-глобулин;
 - 4. церуллоплазмин.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

105. Маркерным переломом при сенильном остеопорозе являются

Варианты ответов:

- 1 перелом шейки бедра
- 2 перелом Коллеса
- 3 перелом тела позвонка
- 4 верно 1 и 2
- 5 верно 1 и 3
- 6 верно 2 и 3

106. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- а) ревматизма;
- б) системной красной волчанки;
- в) дерматомиозита;
- г) ревматической полимиалгии;
- д) системной склеродермии.

107. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- а) локтевых суставах;
- б) плечевых суставах;
- в) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- г) коленных суставах;
- д) голеностопных суставах.

108. Для остеоартроза характерно:

1. наличие боли "механического" типа в суставах;
 2. периодическая "блокада" суставов;
 3. медленное развитие болезни;
 4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

109. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голени определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов - 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:

- а) ревматоидный артрит;
- б) острая ревматическая лихорадка;
- в) синдром Лефгрена (форма Саркоидоза);
- г) вирусный артрит;
- д) подагрический артрит.

110. В отношении острой ревматической лихорадки справедливо:

1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией;
 2. наличие критериев Киселя-Джонса;
 3. склонность к формированию порока сердца;
 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

111. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно:
1. деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата;
 2. поражение крупных суставов;
 3. высокие показатели активности ревматического процесса;
 4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 1, 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
112. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения:
1. возбудителем является гонококк;
 2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага;
 3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность;
 4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
113. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:
- а) сохранение или ослабление I тона;
 - б) отсутствие II тона;
 - в) мезосистолический шелчок;
 - г) аортальный тон изгнания;
 - д) протодиастолический шум.
114. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:
- а) гигантоклеточный артериит;
 - б) геморрагический васкулит;
 - в) узелковый периартериит;
 - г) болезнь Бюргера;
 - д) микроскопический полиангиит.
115. Для системной красной волчанки характерно:
1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания;
 2. алоpecia может быть локализованной или диффузной;
 3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами;
 4. встречаются дискоидные очаги.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2 и 4.
116. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки с поражением почек приходится проводить
- Варианты ответов
- 1 с острым гломерулонефритом
 - 2 с хроническим нефритом
 - 3 с экстракапиллярным нефритом
 - 4 с бактериальным эндокардитом

5 со всеми перечисленными заболеваниями

117. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться:
1. преходящими нарушениями мозгового кровообращения;
 2. судорогами;
 3. периферической полинейропатией;
 - 4 психозами.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
118. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке являются:
1. активность волчаночного нефрита;
 2. высокая общая активность болезни;
 3. резистентность к глюкокортикостероидам;
 4. выраженность синдрома Рейно.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
119. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:
- а) лица, пальцев кистей и стоп;
 - б) туловища, лица и конечностей;
 - в) в основном туловища;
 - г) в основном лица;
 - д) в основном пальцев кистей.
120. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почке является:
- а) бета-адреноблокаторы;
 - б) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента;
 - в) нативная плазма;
 - г) глюкокортикостероиды
 - д) цитостатики.
121. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:
- а) параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);
 - б) эритема на открытых участках кожи;
 - в) пойкилодермия;
 - г) алопеция;
 - д) синдром Рейно.
122. Для ревматической полимиалгии характерно:
1. анемия;
 2. боль в плечевом и/или тазовом поясе;
 3. значительное увеличение СОЭ;
 4. возраст больного старше 40 лет.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
б) если правильны ответы 1 и 3;
в) если правильны ответы 2 и 4;
г) если правильный ответ 4;
д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

123. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- а) гепатотоксические;
- б) нефротоксические;
- в) гематологические;
- г) кожные;
- д) желудочно-кишечные.

124. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности:

- 1. креатинфосфокиназы;
 - 2. аминотрансфераз;
 - 3. альдолазы;
 - 4. лактатдегидрогеназы.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

125. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- а) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- б) ульнарная девиация;
- в) в виде "шеи лебедя";
- г) в виде "бутоньерки";
- д) в виде "молоткообразного пальца".

126. К системным проявлениям ревматоидного артрита относятся:

- 1. Ревматоидные узелки;
- 2. Язвенно-некротический васкулит;
- 3. Нейропатия;
- 4. Сухой синдром;
- 5. Васкулит сетчатки.

Варианты ответов

- 1. Верно 1, 2 и 3
- 2. Верно 1, 3 и 4
- 3. Верно 2, 3 и 5
- 4. Верно 1, 4 и 5
- 5. Всё перечисленное верно

127. Ревматоидный фактор представляет собой

Варианты ответов

- 1 β -макроглобулин
- 2 Антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM
- 3 Антитело к синовиальной оболочке
- 4 Антитело к Shared epitop (общему эпитопу)
- 5 Антитело к артритогенному пептиду

128. К характерным для ревматоидного артрита рентгенологическим признакам относятся:

- 1. околосуставной остеопороз;
 - 2. узурация суставных поверхностей эпифиза;
 - 3. кисты в эпифизах;
 - 4. сужение суставной щели.
- а) если правильны ответы 1, 2;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

129. Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является:

- 1. наличие сакроилеита;
- 2. асимметричный артрит периферических суставов;
- 3. тенденция к семейной агрегации;
- 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей;
- 5. частая ассоциация с HLA B27.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4 и 5;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

130. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

- а) ирит и иридоциклит;
- б) склерит;
- в) конъюнктивит;
- г) блефарит;
- д) катаракта.

131. К наследственным энзимопатиям относят:

- 1. непереносимость лактозы;
 - 2. глютенную болезнь;
 - 3. амилазную недостаточность;
 - 4. дисахаридазную недостаточность.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

132. Желчный пузырь сокращается под влиянием:

- а) гастрин;
- б) панкреатического сока;
- в) холецистокинина;
- г) секретина;
- д) соляной кислоты.

133. Амилазу секретируют:

- 1. околоушные слюнные железы;
 - 2. кишечник;
 - 3. поджелудочная железа;
 - 4. желудок.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

134. Амилаза катализирует гидролиз:

- 1. клетчатки;
- 2. глюкозы;

- 3. дисахаридов;
- 4. крахмала.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

135. Активность трипсина в сыворотке крови повышается при:

- 1. перитоните;
- 2. обострении хронического панкреатита;
- 3. язвенной болезни;
- 4. острым панкреатите.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

136. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:

- 1. нуклеотидазы;
- 2. лейцинаминопептидазы;
- 3. кислой фосфатазы;
- 4. глюкуронилтрансферазы.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

137. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для:

- 1. гемолитической анемии;
- 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера;
- 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара);
- 4. талассемии.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

138. Среди перечисленных укажите трёхкомпонентный пробиотик, содержащий в своём составе бифидобактерии, лактобактерии и энтерококки:

- а) аципол
- б) линекс
- в) бифиформ
- г) бификол
- д) бактисубтил

139. Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате:

- 1. увеличения образования билирубина;
- 2. снижения захвата билирубина печенью;
- 3. дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах;
- 4. повышения гемолиза эритроцитов.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

140. Уробилиноген образуется в:

- 1. желудке;
 - 2. почках;
 - 3. печени;
 - 4. кишечнике.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

141. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано:

- 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии;
 - 2. травмой скелетных мышц;
 - 3. инфарктом миокарда;
 - 4. заболеванием почек.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

142. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при:

- 1. хроническом активном гепатите;
 - 2. активном циррозе печени;
 - 3. инфаркте миокарда;
 - 4. хроническом холестатическом гепатите.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

143. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при:

- 1. внутрипеченочном холестазае;
 - 2. вирусном гепатите;
 - 3. первичном раке печени;
 - 4. гемолитической анемии.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

144. Гипоальбуминемия характерна для:

- 1. хронического персистирующего гепатита;
 - 2. острой атрофии печени;
 - 3. гепатомы;
 - 4. цирроза печени.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

145. Гиперхолестеринемия может наблюдаться при:

- 1. атеросклерозе;
 - 2. холестазае;
 - 3. сахарном диабете;
 - 4. гипотиреозе.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

146. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является:

- а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы;
- б) повышение активности альдолазы;
- в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;
- г) гипоальбуминемия;
- д) повышение уровня сывороточного железа

147. В диагностике холестатического синдрома имеет значение:

- 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови;
 - 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови;
 - 3. повышение холестерина;
 - 4. повышение активности ГТП (глутамилтранспептидазы).
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

148. Появление билирубина в моче указывает на:

- 1. вирусный гепатит С;
 - 2. подпеченочную желтуху;
 - 3. гемолитическую желтуху;
 - 4. паренхиматозную желтуху.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

149. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при:

- 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника;
 - 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта;
 - 3. неспецифическом язвенном колите;
 - 4. употреблении мяса в пищу.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

150. Снижение стеркобилина в кале может наблюдаться при:

- 1. паренхиматозной желтухе;

2. гемолитической анемии;
 3. механической желтухе.
 - а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2;
 - г) если правильный ответ 4;
151. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является:
- а) варикозное расширение вен пищевода;
 - б) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта;
 - в) дивертикул пищевода;
 - г) астматический статус;
 - д) рак кардиального отдела желудка.
152. Магнитно-резонансная холецистопанкреатография является информативным методом для диагностики:
1. расширения общего желчного протока;
 2. хронического активного гепатита;
 3. хронического калькулезного холецистита;
 4. болезни Жильбера.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
153. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании:
- а) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс);
 - б) холелитиаз;
 - в) гемангиома печени;
 - г) кисты и абсцессы поджелудочной железы;
 - д) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).
154. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:
- а) пероральная холецистография;
 - б) внутривенная холеграфия;
 - в) сцинтиграфия печени;
 - г) ретроградная панкреатохолангиография;
 - д) прямая спленопортография.
155. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом при:
1. болезни Уиппла;
 2. глютеновой болезни;
 3. склеродермии;
 4. болезни Крона.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
156. Колоноскопия позволяет выявить:
1. неспецифический язвенный колит;
 2. рак толстой кишки;
 3. толстокишечные варианты болезни Крона;
 4. дивертикулез толстой кишки.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

157. Лапароскопию назначают:

- 1. при подозрении на первичный рак печени;
 - 2. при подозрении на метастатический рак печени;
 - 3. для уточнения причины асцита;
 - 4. при подозрении на камни желчного пузыря.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

158. Компьютерная томография позволяет выявить:

- 1. активный гепатит;
 - 2. кисты поджелудочной железы;
 - 3. асцит;
 - 4. опухоли брюшной полости.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

159. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются:

- 1. ощущением комка в горле;
 - 2. дисфагией при употреблении жидкой пищи;
 - 3. дисфагией при употреблении плотной пищи;
 - 4. постоянной дисфагией.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

160. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются:

- 1. нарушение иннервации пищевода;
 - 2. рефлекторное влияние с соседних органов;
 - 3. заболевания центральной нервной системы;
 - 4. инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия).
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

161. К функциям селезенки относятся:

- 1. выработка антител;
- 2. секвестрация клеток крови;
- 3. торможение костномозгового кроветворения;
- 4. синтез эритропоэтина.

Варианты ответов:

- 1 если правильны ответы 1, 2 и 3

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

162. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют:

- 1. нейтрофилы;
- 2. эозинофилы;
- 3. базофилы;
- 4. моноциты.

Варианты ответов:

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

163. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

Варианты ответов

- 1 эритроциты
- 2 гранулоциты
- 3 Т-лимфоциты
- 4 В-лимфоциты
- 5 тромбоциты

164. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:

Варианты ответов

- 1 макрофаги
- 2 Т-лимфоциты
- 3 В-лимфоциты
- 4 плазмоциты
- 5 эритроциты

165. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются:

Варианты ответов

- 1 Т-лимфоциты
- 2 В-лимфоциты
- 3 плазмоциты
- 4 макрофаги
- 5. эритроциты

166. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

Варианты ответов

- 1 резекцией желудка
- 2 большим количеством детей (родов)
- 3 нефрэктомией
- 4 гипосекреторным гастритом
- 5 оральной контрацепцией

167. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для:

Варианты ответов

- 1 эритремии
- 2 множественной миеломы
- 3 болезни Гоше

- 4 геморрагического васкулита
- 5 лимфогрануломатоза

168. Выраженное похудание характерно для:

Варианты ответов

- 1 лимфопролиферативных заболеваний
- 2 миелолиферативных заболеваний
- 3 болезни Кули
- 4 мегалобластной анемии
- 5 геморрагического васкулита

169. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

Варианты ответов

- 1 резкая болезненность
- 2 "деревянная" плотность
- 3 плотноэластическая консистенция
- 4 спаянность с кожей и между собой
- 5 мягкие, безболезненные

170. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:

Варианты ответов

- 1 гемолитических анемий
- 2 железодефицитных анемий
- 3 множественной миеломы
- 4 болезни тяжелых цепей
- 5 мегалобластной анемии

171. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является:

- 1. повторная вирусно-бактериальная инфекция;
- 2. воздействие промышленных газов и аэрозолей;
- 3. курение;
- 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

172. У людей старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено:

- 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией;
- 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей;
- 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей;
- 4. курением.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

173. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется:

- 1. сильным сухим кашлем;
- 2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой;
- 3. рассеянными сухими хрипами в легких;
- 4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;

- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

174. Возникновению хронического бронхита способствует:

- 1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов;
- 2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева);
- 3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей;
- 4. наследственное предрасположение к заболеванию легких.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

175. При остром бронхите:

- 1. обструкция воздухоносных путей не является ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания;
- 2. обструкция воздухоносных путей выявляется при спирографии (пневмотахографии) в период обострения;
- 3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически;
- 4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

176. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется:

- 1. формой заболевания;
- 2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия);
- 3. осложнениями;
- 4. преимущественной локализацией поражения.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

177. Основным симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов - это:

- а) сильный надсадный сухой кашель;
- б) кашель с мокротой;
- в) одышка;
- г) лейкоцитоз и ускорение СОЭ;
- д) цианоз слизистых губ.

178. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

- а) воспалением слизистой оболочки крупных бронхов;
- б) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов;
- в) повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов;
- г) гипотрофией слизистой оболочки бронхов;
- д) атрофией слизистой оболочки бронхов.

179. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов:

1. количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов;
2. количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов;
3. функции сурфактантной системы легкого;
4. возраст больного.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

180. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи:

1. количества;
2. эластичности;
3. вязкости;
4. температуры тела.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

181. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте:

1. меняется в сторону увеличения слоя геля;
2. зависит от функции сурфактантной системы;
3. не меняется;
4. меняется в сторону увеличения слоя золя.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

182. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

- а) спирографии, пневмотахографии;
- б) бронхоскопии;
- в) исследования газов крови;
- г) рентгенография легких;
- д) ангиопульмонографии.

183. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

1. интенсивностью кашля;
2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов;
3. количеством выделяемой мокроты;
4. данными спирографии.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

184. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки:

1. бронхоспазма;
 2. бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов;
 3. инфекционного процесса;
 4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушение мукоцилиарного транспорта.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;
185. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с:
1. бронхоспазмом;
 2. воспаление слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта;
 3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана;
 4. инфекционным процессом.
 - а) если правильный ответ 1,2 и 3;
 - б) если правильный ответ 1 и 3;
 - в) если правильный ответ 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;
186. При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является:
- а) проба с физической нагрузкой;
 - б) проба с введением изопротеренола;
 - в) чреспищеводная электрокардиостимуляция;
 - г) проба с эргометрином;
 - д) дипиридамоловая проба.
187. Толерантность к препарату может развиваться при лечении:
- а) нитратами;
 - б) селективными бета-блокаторами;
 - в) антагонистами кальция группы дилтиазема;
 - г) неселективными бета-блокаторами;
 - д) антагонистами кальция группы верапамила.
188. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает:
- а) верапамил;
 - б) нифедипин;
 - в) пропранолол (анаприлин)
 - г) нитросорбид;
 - д) этацизин.
189. Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть:
- а) депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5;
 - б) подъем сегмента ST в отведении V4R;
 - в) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2;
 - г) отрицательный зубец T в отведениях V1-V2;
 - д) снижение сегмента ST в отведении V4R.
190. Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно:
1. Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризующая смесь");
 2. Внутривенное капельное введение нитроглицерина;
 3. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза);
 4. назначение бета-блокаторов.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильны ответы 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

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

- а) кордарон;
- б) новокаинамид;
- в) бета-блокаторы;
- г) лидокаин;
- д) верапамил.

192. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) асистолия желудочков;
- б) фибрилляция желудочков;
- в) желудочковая бигимения;
- г) атриовентрикулярная блокада II степени;
- д) синоаурикулярная блокада II степени.

193. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больных острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как:

1. разрыв межжелудочковой перегородки;
 2. тромбоэмболия легочной артерии;
 3. инфаркт миокарда правого желудочка;
 4. тромбоэмболия почечной артерии.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильны ответы 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

194. При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны:

- а) антигистаминные препараты;
- б) нестероидные противовоспалительные препараты;
- в) глюкокортикоиды;
- г) антибиотики;
- д) нитраты.

195. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) пневмония;
- б) астматическое состояние;
- в) тромбоэмболия легочной артерии;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

196. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают:

1. триампур;
 2. гипотиазид;
 3. анаприлин;
 4. эналаприл.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильны ответы 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

197. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) слабость;
- б) приступы сердечной астмы;
- в) отеки ног;
- г) венозный застой в большом круге кровообращения;
- д) гепатомегалия.

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

- а) обзидана;
- б) нитроглицерина (в/в);
- в) финоптина;
- г) дибазола;
- д) дигоксина.

199. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение:

1. систолическая обструкция выносящего тракта;
 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка;
 3. возникновение различных нарушений ритма;
 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

200. Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает:

- а) хинидин;
- б) ритмилен;
- в) кордарон;
- г) этмозин;
- д) мекситил.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	В	21	Б	41	А	61	А	81	А
2	Б	22	Д	42	Д	62	А	82	А
3	В	23	Б	43	А	63	Д	83	Д
4	Г	24	В	44	А	64	Б	84	Б
5	Г	25	В	45	Б	65	В	85	А
6	Г	26	А	46	А	66	Г	86	В
7	Б	27	А	47	А	67	В	87	Д
8	Б	28	Г	48	В	68	Б	88	Б
9	Г	29	А	49	Б	69	Б	89	Д
10	Д	30	В	50	Д	70	Б	90	А

11	Б	31	В	51	Б	71	В	91	Д
12	Г	32	А	52	В	72	А	92	А
13	Б	33	Г	53	А	73	В	93	В
14	Д	34	Г	54	В	74	В	94	А
15	В	35	В	55	Д	75	Д	95	Д
16	В	36	А	56	А	76	Д	96	Г
17	А	37	Б	57	А	77	В	97	Д
18	Г	38	Г	58	Д	78	В	98	А
19	В	39	В	59	Б	79	Д	99	В
20	Б	40	Д	60	д	80	А	100	В

101	Г	121	А	141	А	161	1	181	Г
102	Д	122	Д	142	Д	162	5	182	А
103	6	123	Д	143	Б	163	4	183	Г
104	Д	124	Д	144	В	164	3	184	Г
105	1	125	Б	145	Д	165	1	185	Б
106	В	126	5	146	А	166	2	186	Г
107	В	127	2	147	Д	167	1	187	А
108	Д	128	А	148	В	168	1	188	Б
109	В	129	Д	149	Д	169	3	189	Б
110	А	130	А	150	Б	170	1	190	В
111	В	131	Д	151	Г	171	Г	191	Г
112	Д	132	В	152	Б	172	В	192	Б
113	Д	133	Б	153	Д	173	Д	193	А
114	А	134	Г	154	Г	174	Д	194	Б
115	Д	135	В	155	Д	175	Г	195	В
116	5	136	Г	156	Д	176	Д	196	А
117	Д	137	Д	157	А	177	В	197	Б
118	А	138	Б	158	В	178	В	198	Б
119	Б	139	Д	159	А	179	Д	199	Б
120	Б	140	Г	160	Д	180	Д	200	В

Раздел «Смежные дисциплины»:

1. Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:

- 1 Повышение уровня билирубина сыворотки крови
- 2 Повышение активности АлАТ и АсАТ
- 3 Гипоальбуминемия
- 4 Гипопротромбинемия
- 5 Все перечисленное

2. Механизм передачи вирусного гепатита А:

- 1 Капельный
- 2 Фекально-оральный
- 3 Парентеральный
- 4 Половой
- 5 Перинатальный

3. Для вирусного гепатита А характерны все перечисленные эпидемиологические закономерности, кроме:

- 1 Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде
- 2 Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года
- 3 Заболеваемость имеет сезонный характер
- 4 Характерны циклические подъемы заболеваемости
- 5 Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет

4. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

- 1 Повышением активности АлАТ
- 2 Повышением уровня билирубина сыворотки крови
- 3 Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM
- 4 Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG
- 5 Повышением уровня иммуноглобулинов основных классов

5. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

- 1 1 раз в месяц в течение 3 месяцев
- 2 1 раз через 3 месяца после выписки
- 3 1 раз в 3 месяца в течение 1 года
- 4 В течение 3 лет
- 5 В течение 5 лет

6. Вирус гепатита В:

- 1 РНК-содержащий гепаднавирус
- 2 ДНК-содержащий гепаднавирус
- 3 ДНК-содержащий энтеровирус
- 4 РНК-содержащий пикорнавирус
- 5 РНК-содержащий энтеровирус

7. Механизм передачи вирусного гепатита В:

- 1 Капельный
- 2 Контактный
- 3 Парентеральный
- 4 Трансмиссивный
- 5 Фекально-оральный

8. В острой желтушной стадии вирусного гепатита В в крови можно обнаружить все перечисленные маркеры, кроме:
- 1 HBs-антиген
 - 2 AntiHBs класса М
 - 3 HBe-антиген
 - 4 AntiHBs
 - 5 AntiHBe
9. К основным критериям тяжести вирусного гепатита В относятся все перечисленные, кроме:
- 1 Степени гипербилирубинемии
 - 2 Выраженности общей интоксикации
 - 3 Геморрагического синдрома
 - 4 Повышения тимоловой пробы
 - 5 Снижения протромбинового индекса
10. При диспансеризации реконвалесцентов, перенесших вирусный гепатит В выполняются все следующие правила, кроме:
- 1 Обследование производится через 3,6,9,12 месяцев
 - 2 Реконвалесценты могут быть сняты с учета через 3 месяца при хороших клинико-биохимических показателях
 - 3 Выписка на работу допускается не ранее, чем через 1 мес. при удовлетворительных клинико-биохимических показателях
 - 4 Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спорта 6-12 мес.
 - 5 В течение 6 мес.противопоказаны профилактические прививки
11. Особенности дельта-вируса является все перечисленное, кроме:
- 1 Парентеральной передачи инфекции
 - 2 Возможности естественного пути передачи вируса
 - 3 Вирус может размножаться самостоятельно
 - 4 Характерно течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции
 - 5 Для репродукции вируса необходимо наличие HBs-антигена
12. Характерный признак наличия острой смешанной инфекции гепатита В и гепатита D:
- 1 Выявление в крови HBs-антигена
 - 2 Выявление в крови HBe-антигена
 - 3 Тяжелое течение заболевания
 - 4 Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15-32 день от начала желтухи
 - 5 Наличие диспептических и астеновегетативных симптомов
13. При хроническом вирусном гепатите D обнаруживают:
- 1 HBs-антиген
 - 2 HDV-РНК
 - 3 Анти-дельта класса М и G
 - 4 Дельта-антиген в печени
 - 5 Все перечисленное
14. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:
- 1 Интерферон
 - 2 Ацикловир
 - 3 Фоскарнет
 - 4 Азидотимидин
 - 5 Цитостатики
15. Основными клиническими особенностями острого жирового гепатоза беременных является все перечисленное, кроме:
- 1 Носит рецидивирующий характер

- 2 Клинически протекает как фульминантный гепатит
- 3 Характерный признак раннего периода - интенсивная изжога
- 4 Печень обычно не увеличена
- 5 Летальность составляет 80-85%

16. Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных вирусных заболеваниях, кроме:

- 1 Герпетической инфекции
- 2 Инфекционного мононуклеоза
- 3 Гриппа
- 4 Цитомегаловирусной инфекции
- 5 Энтеровирусной инфекции

17. Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:

- 1 Лептоспироза
- 2 Псевдотуберкулеза
- 3 Иерсиниоза
- 4 Дизентерии
- 5 Бруцеллеза

18. Поражение печени может отмечаться при:

- 1 Амебиазе
- 2 Токсоплазмозе
- 3 Малярии
- 4 Лейшманиозе
- 5 Всех перечисленных заболеваний

19. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

- 1 повышением активности АлАТ
- 2 повышением уровня билирубина сыворотки крови
- 3 обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM
- 4 обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG
- 5 повышением уровня иммуноглобулинов основных классов

20. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

- 1 1 раз в месяц в течение 3 месяцев
- 2 1 раз через месяц после выписки
- 3 1 раз в 3 месяца в течение 1 года
- 4 в течение 3 лет
- 5 в течение 5 лет

21. вирус гепатита В:

- 1 РНК-содержащий гепаднавирус
- 2 ДНК-содержащий гепаднавирус
- 3 ДНК-содержащий энтеровирус
- 4 РНК-содержащий пикорнавирус
- 5 РНК-содержащий ретровирус

22. Механизм передачи вирусного гепатита В:

- 1 капельный
- 2 контактный
- 3 парантеральный
- 4 трансмиссивный
- 5 фекально-оральный

23. Наиболее частые варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите В:

- 1 артралгический

- 2 диспепсический
- 3 астеновегетативный
- 4 латентный
- 5 все перечисленные

24. Общая продолжительность преджелтушного периода при вирусном гепатите В обычно составляет:

- 1 1-5 дней
- 2 6-30 дней
- 3 31-40 дней
- 4 41-60 дней
- 5 более 60 дней

25. Признаки интоксикации при вирусном гепатите В:

- 1 общая слабость, вялость, адинамия
- 2 снижение аппетита, тошнота, рвота
- 3 головная боль, головокружение, нарушение сна
- 4 тахикардия, геморрагические проявления
- 5 все перечисленное

26. В качестве этиотропной терапии острого и хронического ВГВ применяют:

- 1 кортикостероиды
- 2 иммуномодуляторы
- 3 противовирусные препараты
- 4 цитостатики
- 5 антибиотики

27. Возбудитель брюшного тифа обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:

- 1 При разрушении освобождается эндотоксин
- 2 Образует ферментативнотоксические вещества
- 3 Сохраняется в сточной воде до 2 недель
- 4 Содержит 2 основных антигенных комплекса
- 5 Сохраняется при нагревании до 100 градусов

28. Для паратифозных бактерий характерно все перечисленное, кроме:

- 1 Содержат эндотоксин
- 2 Относятся к сальмонеллам группы Д
- 3 Хорошо сохраняются во внешней среде
- 4 Образуют ферментативнотоксические вещества
- 5 Быстро погибают при 100 градусах

29. Какие сезонные особенности характерны для брюшного тифа?

- 1 Отсутствует
- 2 Осенне-летняя
- 3 Весенне-летняя
- 4 Весенне-зимняя
- 5 Осенне-зимняя

30. Каковы основные звенья патогенеза брюшного тифа?

- 1 Внедрение возбудителя в организм в тонкой кишке
- 2 Развитие лимфаденита мезентериальных лимфоузлов
- 3 Бактериemia, паренхиматозная диффузия
- 4 Выделение возбудителя из организма, формирование иммунитета
- 5 Все перечисленное

31. В патогенезе брюшного тифа участвуют все факторы, кроме:

- 1 Непосредственного поражения клеток эпителия кишечника

- 2 Бактериемии, эндотоксинемии
- 3 Лимфогенного и гематогенного пути распространения возбудителя
- 4 Поражения сердечно-сосудистой и нервной систем
- 5 Трофические и сосудистые нарушения слизистой тонкого кишечника

32. Миграция брюшнотифозных палочек в организме возможна всеми перечисленными путями, кроме:

- 1 Непосредственного проникновения из эпителия кишечника в кровь
- 2 Внедрения в лимфатические фолликулы стенки кишечника
- 3 Проникновения по лимфатическим путям в мезентериальные лимфоузлы
- 4 Проникновения в грудной лимфатический проток
- 5 Бактериемии после накопления возбудителя в лимфатической системе

33. Гематогенная диссеминация возбудителя при брюшном тифе характеризуется всеми следующими особенностями, кроме:

- 1 Происходит одновременно
- 2 В органах и тканях образуются тканевые очаги инфекции
- 3 Бактериемия сохраняется весь лихорадочный период
- 4 Возможно повторное поступление возбудителя в кровь из тканевых очагов

34. Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий в просвет тонкой кишки происходит:

- 1 Непосредственно из крови
- 2 Из желчного пузыря вместе с желчью
- 3 Из лимфатических образований кишечника
- 4 Из клеток эпителия кишечника
- 5 Из брюшной полости

35. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет:

- 1 Вирулентность возбудителя
- 2 Наличие рецидивов заболевания
- 3 Индивидуальное несовершенство иммунитета
- 4 Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии
- 5 Особенности репаративных процессов в кишечнике

36. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

- 1 1-8 дней
- 2 9-14 дней
- 3 15-25 дней
- 4 25-30 дней
- 5 Более 30 дней

37. К ранним признакам брюшного тифа относится все перечисленное, кроме:

- 1 Упорной головной боли
- 2 Кишечного кровотечения
- 3 Бессоницы
- 4 Лихорадки
- 5 Интоксикации

38. Лихорадка при брюшном тифе характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- 1 Носит фебрильный характер
- 2 Средняя продолжительность 13-15 дней
- 3 Суточные колебания обычно не превышают 1 градуса
- 4 Может быть неправильного и ремиттирующего типа
- 5 Обычно не превышает 39 градусов

39. Признаками "тифозного статуса" являются все перечисленные, кроме:

- 1 Апатия, адинамия

- 2 Бред
- 3 Потеря сознания
- 4 Эйфория
- 5 Заторможенность

40. Сроки появления сыпи при брюшном тифе:

- 1 В инкубационном периоде
- 2 1-7 день болезни
- 3 8-10 день болезни
- 4 В период реконвалесценции
- 5 Все перечисленное

41. Сыпь при брюшном тифе:

- 1 Появляется одномоментно
- 2 Характерен феномен "подсыпания"
- 3 Часто бывает на лице
- 4 Розеола при надавливании приобретают ярко-розовую окраску
- 5 Не бывает на коже живота

42. При брюшном тифе отмечаются все перечисленные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, кроме:

- 1 Повышения артериального давления
- 2 Относительной брадикардии
- 3 Дикротии пульса
- 4 Приглушенности или глухости тонов сердца
- 5 Гипотонии, систолического шума на верхушке

43. При брюшном тифе в полости рта отмечаются:

- 1 Гиперемия, воспалительные изменения в ротоглотке
- 2 Отечный, увеличенный в размерах язык
- 3 На боковых поверхностях языка отпечатки зубов
- 4 Язык обложен массивным серовато-белым, иногда коричневым налетом
- 5 Все перечисленное

44. Со стороны органов пищеварения при брюшном тифе отмечаются все перечисленные изменения, кроме:

- 1 Задержки стула, метеоризма
- 2 Поноса
- 3 Гепатолиенального синдрома
- 4 Панкреатита
- 5 Урчания при пальпации живота, укорочения перкуторного звука

45. Для брюшного тифа характерны все перечисленные изменения в периферической крови, кроме:

- 1 Лейкопении
- 2 Нейтропении со сдвигом в формуле влево
- 3 Относительного лимфоцитоза
- 4 Увеличения количества тромбоцитов
- 5 Анэозинофилии

46. Для современного брюшного тифа характерно все перечисленное, кроме:

- 1 Типичной температурной кривой
- 2 Неправильной или ремиттирующей лихорадки
- 3 Уменьшения длительности заболевания
- 4 Снижения количества гнойно-септических осложнений
- 5 Уменьшения тяжелых форм заболевания

47. Особенности течения брюшного тифа у вакцинированных:

- 1 Чаще острое начало заболевания, более легкое течение болезни
- 2 Спленомегалия наблюдается реже
- 3 Значительно реже возникают осложнения
- 4 Меньше число больных с рецидивами
- 5 Все перечисленное

48. Течение брюшного тифа у детей характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1 Часто средне-тяжелое и тяжелое течение болезни
- 2 Острое и подострое течение заболевания
- 3 Отсутствие гепатолиенального синдрома
- 4 Соответствие пульса температуре
- 5 Слабая выраженность розеолезоподобной сыпи

49. Инфекционно-токсический шок при брюшном тифе:

- 1 Развивается в период разгара болезни (на 2-3 неделе)
- 2 Температура тела резко снижается при ухудшении состояния больного
- 3 Снижение артериального давления, тахикардия
- 4 Признаки нарушения микроциркуляции
- 5 Все перечисленное

50. Кишечное кровотечение при брюшном тифе сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме:

- 1 Повышения температуры тела
- 2 Болей в животе
- 3 Тахикардии, снижения АД
- 4 Резкой слабости, цианоза, коллапса
- 5 Примеси крови в испражнениях, вздутия живота и усиления перистальтики

51. К симптомам прободения кишки при брюшном тифе относится все перечисленное, кроме:

- 1 Болей в животе
- 2 Наличия крови в испражнениях
- 3 Относительно малой выраженности признаков перитонита
- 4 Напряжения мышц брюшной стенки
- 5 Метеоризма, отсутствия печеночной тупости, икоты, рвоты

52. Наиболее важным клиническим признаком прободения кишки при брюшном тифе является:

- 1 Рвота
- 2 Повышение температуры тела
- 3 Появление жидкого стула
- 4 Локальное напряжение мышц живота в правой половине
- 5 Обложенный язык

53. Основные принципы этиотропной терапии при брюшном тифе:

- 1 Основной препарат - левомицетин
- 2 При непереносимости левомицетина - ампициллин, бактрим
- 3 Применение препаратов преимущественно внутрь
- 4 Продолжительность лечения до 10 дня нормальной температуры
- 5 Все перечисленное

54. Для патогенетической терапии брюшного тифа применяется все перечисленное, кроме:

- 1 Кристаллоидных растворов
- 2 Гемодеза
- 3 Коллоидных растворов
- 4 Раствора глюкозы
- 5 Переливания крови

55. Для лечения инфекционно-токсического шока при брюшном тифе применяют:

- 1 Кристаллоидные растворы
- 2 Реополиглюкин
- 3 Глюкокортикоиды
- 4 Ингибиторы протеаз
- 5 Все перечисленное

56. Для диспансерного наблюдения за переболевшим брюшным тифом характерно все перечисленное, кроме:

- 1 Проводится только в течение 3 месяцев после выписки
- 2 Проводится в течение 2 лет после выписки
- 3 1 раз в квартал проводят трехкратное исследование кала и мочи
- 4 Через 2 года после выздоровления однократно бактериологически
- 5 Работники пищевых предприятий обследуются 1 раз в квартал

57. В основе классификации сальмонелл лежит:

- 1 Патогенность
- 2 Источник инфекции
- 3 Антигенная структура по О-антигенам
- 4 Антигенная структура по Н-антигенам
- 5 Антигенная структура по К-антигенам

58. Основные источники сальмонеллезной инфекции:

- 1 Крупный рогатый скот
- 2 Свиньи, овцы, утки, куры
- 3 Больной или носитель
- 4 Собаки, кошки, мышевидные грызуны, дикие птицы
- 5 Все перечисленное

59. Основные звенья патогенеза сальмонеллеза:

- 1 Инвазия сальмонелл в слизистую оболочку тонкой кишки
- 2 Водно-электролитные потери
- 3 Эндотоксинемия
- 4 Интоксикация, гемодинамические нарушения
- 5 Все перечисленное

60. При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме:

- 1 Высокой лихорадки, интоксикации
- 2 Желтухи, геморрагического синдрома
- 3 Схваткообразных болей в животе
- 4 Тошноты, рвоты, частого жидкого стула
- 5 Обезвоживания

61. Особенности гастроэнтеритического синдрома при сальмонеллезе включают:

- 1 Упорную тошноту, рвоту, не приносящую облегчения
- 2 Схваткообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией
- 3 Обильный водянистый зловонный стул
- 4 Болезненность при пальпации в эпигастральной, околопупочной и илеоцекальной областях
- 5 Все перечисленное

62. При сальмонеллезе отмечаются все перечисленные изменения стула, кроме:

- 1 Жидкого, водянистого, с сохранением калового характера
- 2 Типа "болотной тины"
- 3 Слизисто-кровянистого
- 4 Типа "малинового желе"
- 5 Типа "мясных помоев"

63. К другим симптомам тифоподобного варианта сальмонеллеза относятся:
- 1 Розеолезная сыпь
 - 2 Утолщенный язык с отпечатками зубов
 - 3 Рассеянные сухие хрипы в легких
 - 4 Увеличение печени, селезенки
 - 5 Все перечисленное
64. Критериями тяжести болезни при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме:
- 1 Лихорадки
 - 2 Выраженности интоксикации
 - 3 Частоты стула
 - 4 Продолжительности инкубационного периода
 - 5 Токсического поражения миокарда
65. Для уменьшения диарейного синдрома при сальмонеллезе применяют все перечисленное, кроме:
- 1 Глюконата кальция
 - 2 Папаверина, но-шпы
 - 3 Индометацина
 - 4 Имодиума
 - 5 Вяжущих средств
66. Эпидемиология пищевых токсикоинфекций характеризуется всем перечисленным, кроме:
- 1 Возбудители попадают в пищу из внешней среды
 - 2 Путь заражения алиментарный
 - 3 Часто протекают в виде вспышек
 - 4 Возможно парентеральное заражение
67. В патогенезе пищевых токсикоинфекций участвует все перечисленное, кроме:
- 1 Местного действия токсинов в желудочно-кишечном тракте
 - 2 Общетоксического синдрома
 - 3 Нарушения синтеза биологически активных веществ
 - 4 Развития аутоиммунных реакций
 - 5 Развития гастроэнтерита
68. Дифференцировать отравление ядовитыми грибами от пищевой токсикоинфекции позволяют:
- 1 Тошнота, рвота, частый жидкий стул
 - 2 Водно-электролитные нарушения
 - 3 Боли в животе
 - 4 Раннее увеличение и болезненность печени, желтуха
 - 5 Головная боль, головокружение, слабость, гипотония
69. Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме:
- 1 Головной боли
 - 2 Слабости
 - 3 Нарушения зрения
 - 4 Сухости во рту
 - 5 Нарушения глотания
70. При ботулизме отмечаются все перечисленные симптомы, кроме:
- 1 Птоза
 - 2 Мидриаза, нистагма
 - 3 Вялой реакции зрачков на свет, нарушения конвергенции и аккомодации
 - 4 Повышение корнеального рефлекса
 - 5 Ограничения движения глазных яблок, экзофтальма
71. Признаками глоссофаринго неврологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- 1 Затруднения при открывании рта, боли при жевании
- 2 Нарушения глотания, вытекание жидкости через рот
- 3 Речи с носовым оттенком, дизартрии
- 4 Осиплости голоса, афонии
- 5 Сухости во рту

72. Нарушение иннервации мышц при ботулизме проявляется всем перечисленным, кроме:

- 1 Резкой общей слабости
- 2 Нарушением кожной чувствительности
- 3 Слабости и парезов мышц шеи и верхних конечностей
- 4 Недостаточности дыхательных мышц
- 5 Нарушения походки

73. Материалом для лабораторного исследования при ботулизме может быть все перечисленное, кроме:

- 1 Кала
- 2 Мочи
- 3 Крови
- 4 Содержимого желудка
- 5 Желчи

74. Основным методом лабораторной диагностики ботулизма является:

- 1 Выделение возбудителя от больного
- 2 Реакция нейтрализации на животных
- 3 Реакция связывания комплемента
- 4 Иммуноферментный анализ
- 5 ПЦР-диагностика

75. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

- 1 1 лечебную дозу независимо от тяжести болезни — однократно
- 2 1 лечебную дозу однократно при легком течении и средней тяжести
- 3 1 лечебную дозу двукратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении
- 4 1 лечебную дозу трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении
- 5 2 лечебные дозы трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении

76. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

- 1 Тетрациклин
- 2 Канамицин
- 3 Пенициллин
- 4 Левомецетин
- 5 Ванкомицин

77. В качестве патогенетической терапии при ботулизме проводят все перечисленные мероприятия, кроме:

- 1 Дезинтоксикации
- 2 Гемодиализа
- 3 Гипербарической оксигенации
- 4 Промывания желудка и очистительной клизмы
- 5 Обеспечения адекватного питания больного

78. Возбудитель дизентерии:

- 1 Относится к роду шигелл
- 2 Капсул и спор не образует
- 3 В сточных водах сохраняет жизнеспособность 25-30 суток
- 4 В настоящее время заболевание чаще вызывают бактерии Флекснера и Зонне
- 5 Все ответы правильные

79. Основные патогенетические механизмы при дизентерии:

- 1 Токсемия
- 2 Воздействие токсина на центральную и периферическую нервную систему
- 3 Поражение токсинами нервно-сосудистого аппарата кишечника, нарушение микроциркуляции в кишечной стенке, развитие воспалительных и деструктивных изменений
- 4 Непосредственное повреждение бактериями эпителия кишечника
- 5 Все перечисленное

80. Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при дизентерии:

- 1 Желудок
- 2 Тонкая кишка
- 3 Проксимальные отделы тонкой кишки
- 4 Дистальные отделы толстой кишки
- 5 Все перечисленное

81. Критериями тяжести колитического варианта дизентерии является все перечисленное, кроме:

- 1 Высоты и продолжительности лихорадки
- 2 Гемодинамических расстройств
- 3 Обезвоживания
- 4 Степени интоксикации
- 5 Частоты и продолжительности жидкого стула, степени выраженности гемоколита

82. Характерными клиническими особенностями хронической дизентерии является все перечисленное, кроме:

- 1 Протекает в виде 2-х форм: рецидивирующей и непрерывной
- 2 Характерно наличие тенезмов и ложных позывов
- 3 Стул учащенный, скудный, кашицеобразный, с примесью слизи, крови
- 4 Характерны стойкие гемодинамические нарушения
- 5 При пальпации определяется уплотненная, болезненная сигмовидная кишка

83. Энтеропатогенные кишечные палочки чувствительны ко всем перечисленным антибактериальным средствам, кроме:

- 1 Левомецетина
- 2 Ципрофлоксацина
- 3 Офлоксацина
- 4 Бисептола
- 5 Стрептомицина

84. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

- 1 Крупный рогатый скот
- 2 мышевидные грызуны
- 3 Человек
- 4 Птицы
- 5 Рыбы, рептилии

85. Максимальные сроки выделения вируса больными при ротавирусном гастроэнтерите составляют:

- 1 1-6 дней
- 2 7-12 дней
- 3 13 -21 день
- 4 22-30 дней
- 5 31-48 дней

86. Основными эпидемиологическими характеристиками ротавирусного гастроэнтерита является все перечисленное, кроме:

- 1 Высококонтрагиозное заболевание
- 2 Часто возникают эпидемические вспышки

- 3 Путь передачи фекально-оральный
- 4 Путь передачи капельный
- 5 Количество случаев заболевания возрастает в зимние месяцы

87. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

- 1 Желудка
- 2 Тонкой кишки
- 3 Толстой кишки
- 4 Верхних дыхательных путей
- 5 Мочевых путей

88. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

- 1 Клиническая картина заболевания
- 2 Эпидемиологические данные
- 3 Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита
- 4 Исключение гастроэнтеритов другой этиологии

89. Характерными признаками трихинеллеза является все перечисленное, кроме:

- 1 Одутловатости лица, конъюнктивита
- 2 Лихорадки, эозинофилии
- 3 Анемии
- 4 Болей в мышцах
- 5 Различных высыпаний на коже

90. Для возбудителя брюшного тифа характерно все, кроме:

- 1 Относится к сальмонеллам группы Д
- 2 Относится к сальмонеллам группы В
- 3 Патогенен только для человека
- 4 Спор и капсул не образует
- 5 Образует экзотоксин

91. Чем характеризуется восприимчивость к брюшному тифу?

- 1 Восприимчивость всеобщая
- 2 Увеличение удельного веса детей среди всех больных в последнее время
- 3 Низкая заболеваемость грудных детей
- 4 Наибольшее количество заболевших среди лиц в возрасте 15-29 лет
- 5 Верны все ответы

92. Патогенетическими механизмами образования язв в кишечнике при брюшном тифе являются все перечисленные, кроме:

- 1 банальной воспалительной реакции, лейкоцитарной инфильтрации
- 2 Воздействия эндотоксина непосредственно на лимфатические образования кишечника
- 3 Токсического действия эндотоксина на периферические вегетативные узлы кишечника с развитием трофических нарушений в лимфоидных образованиях
- 4 Мозговидного набухания, некроза
- 5 Отторжения некротических тканей и образования язв

93. Основными звеньями патогенеза кишечного кровотечения при брюшном тифе является все перечисленное, кроме:

- 1 Гиперэргического воспаления
- 2 Нарушения микроциркуляции
- 3 Повышения сосудистой проницаемости
- 4 Развития тромбгеморрагического синдрома
- 5 Повышения сывороточной протеолитической активности

94. Для брюшного тифа характерно:

- 1 Постепенное начало с максимальной выраженностью симптоматики на 8-9 день

- 2 Острое начало болезни
- 3 Наличие атипичных форм
- 4 Частое выявление продромального синдрома
- 5 Все перечисленное

95. В продромальном периоде брюшного тифа наблюдается все перечисленное, кроме:

- 1 Общее состояние не нарушается
- 2 Появление субфебрилитета
- 3 Снижается трудоспособность
- 4 Недомогание, разбитость, головная боль, усталость
- 5 Ухудшение сна и аппетита

96. Какой признак нарушения функции нервной системы характерен для брюшного тифа?

- 1 Головная боль
- 2 Апатия, адинамия
- 3 Заторможенность
- 4 Общая слабость
- 5 Раздражение мозговых оболочек

97. При брюшном тифе отмечаются следующие изменения со стороны кожи:

- 1 Бледность кожных покровов
- 2 Желтоватый оттенок стоп и ладоней
- 3 Розеолезная сыпь на коже верхних отделов живота, боковых поверхностях грудной клетки
- 4 Розеолезно-петехиальная сыпь при тяжелых формах
- 5 Все перечисленное

98. Поражение органов дыхания при брюшном тифе:

- 1 Пневмония
- 2 Бронхит
- 3 Плеврит
- 4 Абсцесс легкого
- 5 Все перечисленное

99. Для современного брюшного тифа характерно все перечисленное, кроме:

- 1 Типичной температурной кривой
- 2 Неправильной или ремиттирующей лихорадки
- 3 Уменьшения длительности заболевания
- 4 Снижения количества гнойно-септических осложнений
- 5 Уменьшения тяжелых форм заболевания

100. Неспецифические осложнения брюшного тифа, связанные с присоединением вторичной инфекции:

- 1 Пневмония
- 2 Паротит, отит
- 3 Абсцессы, флегмоны, тромбозы
- 4 Пиелит
- 5 Все перечисленное

101. Перфорация кишечника и кишечное кровотечение при брюшном тифе наблюдается при:

- 1 Типичных формах брюшного тифа
- 2 Легких и среднетяжелых формах
- 3 Тяжелом течении болезни
- 4 Стертых и легчайших формах
- 5 Всем перечисленным

102. Кашечное кровотечение при брюшном тифе:

- 1 Наблюдается у всех больных

- 2 Чаще развивается в конце 2 или 3 недели заболевания
- 3 Всегда связано с повреждением кровеносного сосуда в области брюшнотифозной язвы
- 4 Не является причиной летальных исходов
- 5 Сопровождается повышением температуры

103. Для паратифов А и В характерны все перечисленные клинические формы, кроме:

- 1 Менингеальной
- 2 Тифоидной
- 3 Гастроинтестинальной
- 4 Катаральной или гриппоподобной
- 5 Смешанной

104. При паратифе А сыпь может быть:

- 1 Розеолезная
- 2 Розеолезно-папулезная
- 3 Макуло-папулезная
- 4 Петехиальная
- 5 Все перечисленное

105. Для бактериологической диагностики брюшного тифа исследуют все перечисленное, кроме:

- 1 Костного мозга
- 2 Крови
- 3 Спинномозговой жидкости
- 4 Желчи
- 5 Испражнений и мочи

106. Для повышения неспецифической резистентности организма при брюшном тифе применяются все перечисленные, кроме:

- 1 Антибиотиков
- 2 Альбумина, плазмы
- 3 Пентоксила
- 4 Иммуноглобулина
- 5 Брюшнотифозной вакцины

107. Для лечения кровотечения при брюшном тифе применяют:

- 1 Гемостатические средства
- 2 Переливание крови в гемостатических целях
- 3 Глюкокортикоиды
- 4 Ингибиторы протеаз
- 5 Все перечисленные

108. Для лечения бактерионосительства при брюшном тифе применяют все перечисленное, кроме:

- 1 Ампициллина
- 2 Иммуностимуляторов
- 3 Специфической моновакцины
- 4 Глюкокортикоидов
- 5 Лечения сопутствующих заболеваний

109. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

- 1 До 6 часов
- 2 От 7 до 24 часов
- 3 От 25 до 48 часов
- 4 От 49 до 72 часов
- 5 Более 72 часов

110. При контактном пути передачи сальмонеллеза инкубационный период чаще составляет:

- 1 До 6 часов

- 2 От 7 до 24 часов
- 3 От 25 до 48 часов
- 4 От 49 до 72 часов
- 5 Более 72 часов

111. При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме:

- 1 Высокой лихорадки, интоксикации
- 2 Желтухи, геморрагического синдрома
- 3 Схваткообразных болей в животе
- 4 Тошноты, рвоты, частого жидкого стула
- 5 Обезвоживания

112. Выраженность интоксикации при сальмонеллезе определяется всеми перечисленными симптомами, кроме:

- 1 Общей слабости
- 2 Головной боли
- 3 Головокружения
- 4 Частоты стула
- 5 Ломоты, болей в суставах

113. Особенности гастроэнтерического синдрома при сальмонеллезе включают:

- 1 Упорную тошноту, рвоту, не приносящую облегчения
- 2 Схваткообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией
- 3 Обильный, водянистый зловонный стул
- 4 Болезненность при пальпации в эпигастральной, околопупочной и илеоцекальной областях
- 5 Все перечисленное

114. Симптомами поражения нервной системы при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме:

- 1 Слабости, вялости
- 2 Головной боли
- 3 Расстройства сна
- 4 Тошноты, рвоты
- 5 Менингеальных симптомов

115. К признакам септического варианта генерализованной формы сальмонеллеза относится все перечисленное, кроме:

- 1 Лихорадки неправильного типа, отсутствие цикличности в течении болезни
- 2 Длительного гастроэнтерического синдрома
- 3 Озноба, потов
- 4 Гепатоспленомегалии, возможной желтухи
- 5 Формирования вторичных септикопиемических очагов

116. В лечение гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не входит:

- 1 Антибактериальная терапия
- 2 Восстановление водно-электролитного баланса
- 3 Дезинтоксикация
- 4 Спазмолитики
- 5 Вяжущие средства

117. Развитие синдрома гастроэнтерита и водно-электролитные потери при пищевых токсикоинфекциях обусловлены:

- 1 Активацией аденилатциклазы, усиленным образованием циклического аденозинмонофосфата
- 2 Стимуляцией кишечной секреции
- 3 Нарушением реабсорбции воды и электролитов
- 4 Усилением секреции ионов хлора, снижением спонтанной реабсорбции натрия

5 Всем перечисленным

118. К основным характеристикам стафилококкового энтеротоксина относится все перечисленное, кроме:

- 1 Хорошо переносит низкие температуры
- 2 Хорошо переносит высокие температуры
- 3 Длительно сохраняется во внешней среде
- 4 При нагревании до 100 градусов разрушается в течение 5 минут
- 5 Устойчив к действию алкоголя

119. Носителями энтеротоксических штаммов стафилококка являются больные, страдающие всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1 Хронического холецистита, пиелонефрита
- 2 Кариеса зубов
- 3 Хронического ринита
- 4 Хронического тонзиллита
- 5 Гнойничковых заболеваний кожи

120. Длительность инкубационного периода при пищевой токсикоинфекции клостридиальной этиологии обычно составляет:

- 1 Менее 6 часов
- 2 От 6 до 24 часов
- 3 От 25 до 48 часов
- 4 От 48 до 96 часов
- 5 Более 96 часов

121. Основными механизмами патогенеза пищевой токсикоинфекции клостридиальной природы является все перечисленные, кроме:

- 1 Повреждения слизистой кишечника токсинами
- 2 Повреждения слизистой оболочки кишечника бактериями
- 3 Развития некротического энтерита
- 4 Токсемии
- 5 Бактериемии

122. К характерным клиническим симптомам пищевой токсикоинфекции клостридиальной природы относятся:

- 1 Сильные боли в животе
- 2 Тошнота, рвота
- 3 Жидкий кровавый стул до 20 раз и более
- 4 Выраженное обезвоживание, отсутствие лихорадки
- 5 Все перечисленное

123. В начальном периоде заболевания при ботулизме наблюдается:

- 1 Бледность кожи
- 2 Повышение АД
- 3 Тахикардия
- 4 Все перечисленное
- 5 Ничего из перечисленного

124. Критериями тяжести заболевания при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- 1 Выраженности гастроинтестинально синдрома и глазных симптомов
- 2 Миастенического синдрома
- 3 Нарушения глотания
- 4 Степени острой дыхательной недостаточности
- 5 Гемодинамических нарушений

125. Клиническими проявлениями дыхательной недостаточности при ботулизме является все перечисленное, кроме:
- 1 Отсутствия диафрагмального дыхания
 - 2 Резкого ограничения подвижности межреберной мускулатуры
 - 3 Исчезновения кашлевого рефлекса
 - 4 Дизартрии
 - 5 Учащения дыхания, снижения жизненной емкости легких
126. К социальным факторам, благоприятствующим распространению туберкулеза, относятся
- а) неблагоприятные жилищно-бытовые условия
 - б) материальная необеспеченность
 - в) низкий интеллектуальный уровень
 - г) беспорядочный образ жизни
 - д) все перечисленное
127. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать
- а) больного, выделяющего БК
 - б) жилище больного, выделяющего БК
 - в) окружение больного, выделяющего БК
 - г) все перечисленное
128. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является
- а) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
 - б) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
 - в) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми
129. Профилактические мероприятия по туберкулезу в общежитиях включают
- а) предупреждать вселение больных туберкулезом
 - б) исключать переселение заболевшего туберкулезом
 - в) выделение больному туберкулезом отдельной комнаты (квартиры)
 - г) все перечисленное
130. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает
- а) выявление и уничтожение больного туберкулезом животного
 - б) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами
 - в) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных
 - г) все перечисленное
131. В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное, кроме
- а) отдельного гардероба и специальной одежды для персонала
 - б) отдельного помещения для приема пищи
 - в) отдельной регистратуры
132. Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции, кроме
- а) текущей
 - б) заключительной
 - в) постоянной
133. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет
- а) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации
 - б) методическое руководство и инструктирование
 - в) вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции
 - г) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета
 - д) все перечисленное

134. Химиопрофилактика туберкулеза показана лицам
- а) контактирующим с бактериовыделителем
 - б) с выраженной туберкулиновой чувствительностью
 - в) состоящим на учете в III и VII группам диспансерного учета
 - г) имеющим повышенный риск заболеть туберкулезом
 - д) всем перечисленным
135. Задачами санитарно-эпидемиологических станций являются
- а) организация профосмотров на туберкулез
 - б) участие в организации вакцинации и ревакцинации против туберкулеза
 - в) регистрация и учет бациллярных больных и работа в очаге
 - г) контроль за декретированными группами по их обследованию на туберкулез
 - д) все перечисленное
136. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются
- а) дефекты в профилактической работе
 - б) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
 - в) небрежное отношение больного к своему здоровью
 - г) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
 - д) все перечисленное
137. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить
- а) массовые профилактические обследования населения на туберкулез
 - б) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
 - в) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
 - г) санитарно-просветительную работу с населением
 - д) все перечисленное
138. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются
- а) предметы окружающей среды
 - б) продукты питания
 - в) больной человек
 - г) все перечисленное
139. Чаще других поражаются туберкулезом и могут явиться источником заражения человека следующие виды животных
- а) крупный рогатый скот
 - б) кошки и собаки
 - в) птицы и крупный рогатый скот
140. Заражение человека туберкулезом чаще происходит
- а) аэрогенным и трансплацентарным путем
 - б) алиментарным и аэрогенным путем
 - в) контактным и аэрогенным путем
141. Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще подвергаются
- а) дети первых двух лет жизни
 - б) дети до 10-11 лет и подростки (12-16 лет)
 - в) молодые люди до 39 лет
 - г) лица среднего возраста 40-59 лет
 - д) пожилые люди (60 лет и старше)
142. Наиболее защищенными в настоящее время от туберкулеза в силу естественной резистентности, а также благодаря профилактическим мероприятиям оказались
- а) дети и подростки
 - б) дети и лица среднего возраста (40-59 лет)

- в) дети и молодые люди (20-39 лет)
- г) дети и пожилые люди (60 лет и старше)

143. Заболевание туберкулезом в настоящее время чаще выявляются

- а) у детей
- б) у подростков
- в) у лиц молодого возраста (до 40 лет)
- г) у лиц среднего возраста (40-59 лет)
- д) у пожилых людей (60 лет и старше)

144. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него

- а) мужчины
- б) женщины
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины

145. В возрасте 70 лет и старше чаще заболевают туберкулезом и умирают от него

- а) мужчины
- б) женщины
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины

146. Высокая заболеваемость туберкулезом обнаруживается в настоящее время

- а) у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения
- б) у постоянно живущего населения и аборигенной этнической группы
- в) у мигрирующего населения

147. Об инфицировании населения туберкулезом можно судить по перечисленным ниже критериям, исключая

- а) обнаружение при секреторном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции
- б) обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза
- в) положительная кожная проба с туберкулином
- г) обнаружение БК в мокроте

148. При контакте с бактериовыделителем чаще заболевают туберкулезом

- а) вакцинированные БЦЖ
- б) инфицированные туберкулезом
- в) не вакцинированные и не инфицированные

149. "Суперинфекция" при туберкулеза - это

- а) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм
- б) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования
- в) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем

150. "Эндогенная реинфекция" - это

- а) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
- б) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
- в) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции

151. Экзогенная реинфекция представляет наибольшую опасность для возрастной группы

- а) молодых людей (до 40 лет)
- б) среднего возраста (40-59 лет)
- в) пожилых людей (60 лет и старше)

152. Очаг туберкулезной инфекции со скудным бактериовыделением (обнаружение БК только методом посева) не имеет существенного значения для инфицирования лиц ближайшего окружения
- при высокой пораженности туберкулезом населения в данном районе
 - при умеренной пораженности населения туберкулезом
 - при малой пораженности населения туберкулезом в данном районе
153. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление
- 100 заболевших на 100 000 населения
 - 30-50 заболевших на 100 000 населения
 - 20 заболевших на 100 000 населения
154. К умеренной заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении
- 100 заболевших на 100 000 населения
 - 30-50 заболевших на 100 000 населения
 - 20 заболевших на 100 000 населения
155. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести выявление
- 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 30-50 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
156. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести
- 500 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 200 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
157. Ежегодный прирост инфицирования населения туберкулезом, оцененный по динамике кожной туберкулиновой пробы, свидетельствующий о высокой пораженности населения данного города (района, области) туберкулезом, начинается
- с 20% и более
 - с 10% и более
 - с 1% и более
 - с 0.1% и более
158. Один нелеченный бациллярный больной туберкулезом за год заражает (инфицирует)
- около 20 человек
 - около 10 человек
 - около 3-5 человек
159. Наибольшую опасность для окружающих представляет
- больной с инфильтративным туберкулезом без распада, БК+ в мокроте определяется методом бактериоскопии
 - больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, БК+ в мокроте определяется методом посева
 - больной с фиброзно-кавернозным туберкулезом, БК+ в мокроте выявляется только методом посева
160. У человека, перенесшего ранее туберкулез, и имеющего остаточные рентгенологические изменения (архив), риск заболеть туберкулезом по сравнению с прочим населением выше
- в 2 раза
 - в 3 раза
 - в 5-10 раз
161. Больного с симптомами бронхита, у которого в мокроте повторно обнаружены БК, но на рентгенограмме и томограмме легких и органов средостения изменения не обнаружены

- а) необходимо взять на учет как бациллярного больного и назначить ему лечение в амбулаторных условиях
- б) необходимо взять на учет по 0-й группе и наблюдать
- в) необходимо госпитализировать в клинику для бронхологического обследования и лечения

162. Среди инфекционных заболеваний туберкулез, как причина, приведшая к летальному исходу, занимает

- а) 1-е место
- б) 5-е место
- в) 6-е место
- г) 8-е место

163. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это

- а) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
- б) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
- в) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом
- г) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии

164. Основными методами выявления туберкулеза у детей является

- а) массовая туберкулинодиагностика
- б) флюорография
- в) обследование на туберкулез групп риска
- г) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру

165. Основным методом выявления туберкулеза у подростков - это

- а) туберкулинодиагностика
- б) обследование по контакту
- в) флюорография
- г) обследование по обращаемости

166. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить

- а) 1 раз в 6 месяцев
- б) 1 раз в 1 год
- в) 4 раза в 1 год
- г) 1 раз в два года

167. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться

- а) 1 раз в 1 год
- б) 1 раз в 2 года
- в) 2 раза в 1 год
- г) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка

168. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится

- а) с 10-летнего возраста
- б) с 12-летнего возраста
- в) с 15-летнего возраста
- г) с 18-летнего возраста
- д) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией

169. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме

- а) невакцинированных БЦЖ
- б) недоношенных, часто и длительно болеющих детей

- в)живущих в очагах туберкулезной инфекции
- г)не имеющих послевакцинального знака
- д)перенесших туберкулез

170.Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме

- а)перенесших ранее локальный туберкулез
- б)давно инфицированных
- в)из очагов туберкулезной инфекции
- г)курящих
- д)работающих и занимающихся спортом

171.Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится

- а)врачом-терапевтом
- б)фтизиатром
- в)врачами-специалистами

172.Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме

- а)массовой туберкулинодиагностики
- б)вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ
- в)раннего выявления туберкулеза
- г)дообследования детей из группы риска

173.Противотуберкулезными мероприятиями, осуществляемыми санитарно-эпидемиологической службой, являются

- а)планирование массовой туберкулинодиагностики и контроль за ее выполнением
- б)планирование вакцинации и ревакцинации БЦЖ
- в)контроль за правильностью хранения вакцины БЦЖ
- г)контроль за правильностью прививок БЦЖ
- д)все перечисленное

174.Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера, - это

- а)наблюдение за контингентом по группам учета
- б)ведение документации и отчетности
- в)амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики
- г)диагностика туберкулеза
- д)все перечисленное

175.Группа диспансерного учета для детей, страдающих активным туберкулезом органов дыхания - это

- а)Ша
- б)I
- в)Va
- г)IV

176.Группа диспансерного учета для детей, страдающих активным внелегочным туберкулезом - это

- а)O
- б)II
- в)I
- г)VI
- д)Va

177.Группа диспансерного учета для наблюдения за детьми с затихающим туберкулезом органов дыхания - это

- а)I
- б)III
- в)IV
- г)Vб

д)О

178.Группа диспансерного учета для наблюдения за детьми с затихающим внелегочным туберкулезом

- а)VIa
- б)О
- в)Vв
- г)Ш

179.Дети с туберкулезными изменениями неясной активности наблюдаются

- а)по О группе учета
- б)по VIаб группе учета
- в)по I группе учета

180.Срок наблюдения по I группе учета обусловлен

- а)характеристикой течения заболевания
- б)длительностью основного курса лечения
- в)завершением отчетного года

181. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является

- 1 альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
- 2 альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
- 3 альтернирующий оптикопирамидный синдром
- 4 сенсорная афазия
- 5 все перечисленное

182. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие

- 1 классических альтернирующих синдромов
- 2 глазодвигательных расстройств
- 3 двигательных и чувствительных нарушений
- 4 "пятнистости" поражения ствола по длиннику
- 5 вестибуломожечковых нарушений

183. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится

- 1 симптомы орального автоматизма
- 2 преобладание пареза в руке
- 3 хватательный рефлекс
- 4 апраксия левой руки
- 5 все перечисленное

184. Для поражения основного ствола правой средней мозговой артерии характерно наличие

- 1 левосторонней гемианестезии, хватательного рефлекса
- 2 левосторонней гемиплегии, апраксии
- 3 анозогнозии, левосторонней гемиплегии
- 4 левосторонней гемианестезии, левосторонней гемиплегии, анозогнозии
- 5 анозогнозии, левосторонней гемиплегии, апраксии

185. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

- 1 гомонимной гемианопсии
- 2 битемпоральной гемианопсии
- 3 биназальной гемианопсии
- 4 концентрического сужения полей зрения
- 5 отека дисков зрительных нервов

186. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медулярный синдром) возникает при закупорке:

- 1 коротких циркулярных артерий моста
- 2 длинных циркулярных артерий моста
- 3 парамедианных артерий моста
- 4 нижней передней артерии мозжечка
- 5 нижней задней артерии мозжечка

187. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется:

- 1 дистальным акроцианозом
- 2 потливостью
- 3 тахикардией
- 4 снижением температуры тела
- 5 диареей

188. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы:

- 1 пролапс митрального клапана
- 2 повышение фибринолитической активности крови
- 3 снижения активности свертывающей системы
- 4 стеноз магистральных сосудов на шее
- 5 все перечисленное

189. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются:

- 1 при узелковом периаартериите Куссмауля - Мейера
- 2 при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)
- 3 при височном артериите Хортона - Магага - Брауна
- 4 при облитерирующем тромбангиите Винивартера-Бюргера
- 5 при гранулематозном ангиите Вегенера

190. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия:

- 1 базилярная(основная)
- 2 позвоночная
- 3 внутренняя сонная
- 4 наружная сонная
- 5 затылочная

191. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние:

- 1 тонуса и реактивности сосудов
- 2 реологических свойств крови
- 3 свертывающей-противосвертывающей системы
- 4 архитектоники артериального круга мозга (Виллизиева круга)
- 5 системной и центральной гемодинамики

192. Диагноз начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются:

- 1 церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года
- 2 церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев
- 3 нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- 4 стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- 5 стойкая очаговая церебральная симптоматика

193. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются:

- 1 в утренние часы
- 2 в вечерние часы
- 3 после физической нагрузки
- 4 после эмоционального стресса

5 при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

194. Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга характерно:

- 1 появление рассеянной неврологической симптоматики
- 2 увеличение частоты и продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов
- 3 появление очаговой неврологической симптоматики
- 4 появление эпизодов в ночное время
- 5 верно все перечисленное

195. Патогенетическим фактором головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть:

- 1 спазм артерий мозга
- 2 гипотония и дилатация артерий мозга
- 3 гипотония и дилатация вен мозга
- 4 повышение напряжения мышц мягких покровов головы
- 5 верно все перечисленное

196. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга обусловлено:

- 1 дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии
- 2 дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии
- 3 колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха
- 4 дисциркуляцией в артериях вертебробазиллярного бассейна
- 5 верно все перечисленное

197. Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия:

- 1 дегидратирующими средствами
- 2 фибринолитическими средствами
- 3 антифибринолитическими средствами
- 4 вазоактивными средствами
- 5 антикоагулянтными средствами

198. Для лечения тревоги у больных с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга применяется:

- 1 нитразепам
- 2 феназепам
- 3 пимозид
- 4 сиднокарб
- 5 фенамин

199. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение:

- 1 1 суток
- 2 1 недели
- 3 2 недель
- 4 3 недель
- 5 1 месяца

200. При начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга причиной инвалидности служит:

- 1 цефалгический симптомокомплекс
- 2 снижение памяти
- 3 вестибулярный симптомокомплекс
- 4 очаговая неврологическая симптоматика
- 5 ничего из перечисленного

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	5	21	2	41	2	61	5	81	3
2	2	22	4	42	1	62	4	82	4
3	2	23	2	43	5	63	5	83	5
4	5	24	2	44	4	64	4	84	3
5	2	25	5	45	4	65	4	85	3
6	2	26	3	46	1	66	4	86	4
7	3	27	5	47	5	67	4	87	4
8	4	28	2	48	3	68	4	88	3
9	4	29	2	49	5	69	1	89	3
10	2	30	5	50	2	70	4	90	2
11	3	31	1	51	2	71	1	91	1
12	4	32	1	52	4	72	2	92	1
13	5	33	1	53	5	73	5	93	1
14	1	34	2	54	5	74	2	94	5
15	1	35	3	55	5	75	1	95	1
16	3	36	2	56	1	76	4	96	1
17	4	37	2	57	3	77	2	97	5
18	5	38	5	58	5	78	5	98	5
19	3	39	4	59	5	79	5	99	1
20	2	40	3	60	2	80	4	100	5

101	5	121	2	141	A	161	B	181	3
102	2	122	5	142	Б	162	A	182	4
103	1	123	4	143	B	163	Г	183	5
104	5	124	1	144	A	164	A	184	1

105	3	125	4	145	Б	165	Г	185	1
106	5	126	Д	146	А	166	Б	186	5
107	5	127	Г	147	Г	167	Г	187	3
108	4	128	А	148	В	168	Д	188	4
109	2	129	Г	149	А	169	Д	189	3
110	5	130	Г	150	А	170	Д	190	2
111	5	131	В	151	В	171	Б	191	4
112	4	132	В	152	А	172	Г	192	2
113	5	133	Д	153	А	173	Д	193	5
114	4	134	Д	154	Б	174	Д	194	2
115	3	135	Д	155	В	175	Б	195	5
116	1	136	Д	156	В	176	Д	196	4
117	5	137	Д	157	В	177	Б	197	2
118	4	138	В	158	Б	178	В	198	2
119	1	139	А	159	А	179	А	199	1
120	2	140	Б	160	В	180	А	200	5

«Поликлиническая терапия»:

1. Возможные причины возникновения стенокардии напряжения при сужении просвета крупной ветви коронарных артерий является:

- А. Атеросклеротическое сужение основного ствола левой коронарной артерии на 50%;
- Б. Высокая артериальная гипертония;
- В. Узелковый периартериит;
- Г. Коронарно-легочная фистула.

- а) верно А, В
- б) верно Б
- в) верно Г
- г) верно Б, Г

2. Другие возможные причины возникновения стенокардии напряжения являются такие сердечно-сосудистые заболевания как:

- А. Атеросклеротическое сужение основного ствола левой коронарной артерии на 50%;
- Б. Высокая артериальная гипертония;
- В. Узелковый периартериит;
- Г. Коронарно-легочная фистула.

- а) верно Б, Г
- б) верно А
- в) верно В
- г) верно А, В

3. Стенокардия напряжения I Функциональный класс (Канадская классификация):

- А. Приступы возникают рано утром при вставании;

Б. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге;
В. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе;
Г. Нагрузка на велоэргометре 80 w вызывает стенокардию;
Д. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе.

- а) верно А, В
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г, Д

4. Стенокардия напряжения II Функциональный класс (Канадская классификация):

А. Приступы возникают рано утром при вставании;
Б. Приступ возникает при очень быстрой ходьбе, беге;
В. Приступ возникает при ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице после еды, в холодную погоду или эмоциональном стрессе;
Г. Нагрузка на велоэргометре 80 w вызывает стенокардию;
Д. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м или подъеме по лестнице в обычном темпе.

- а) верно А, В
- б) верно Б
- в) верно Г, Д
- г) верно В

5. Стенокардия напряжения III Функциональный класс (Канадская классификация):

А. Нагрузка на велоэргометре 60 w провоцирует приступ;
Б. Езда на велосипеде со скоростью 10 - 12 км/час вызывает стенокардию;
В. Приступы возникают при ходьбе на расстояние 100 - 200 м по ровному месту, подъеме на 1 - 2 пролета по лестнице;
Г. Приступ возникает при подъеме по лестнице на 4 - 5 этаж;
Д. Приступ возникает при небольшой физической нагрузке;
Е. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м в обычном темпе и в покое.

- а) верно Г, Д
- б) верно Д, Е
- в) верно А, Б
- г) верно В

6. Стенокардия напряжения IV Функциональный класс (Канадская классификация):

А. Нагрузка на велоэргометре 60 w провоцирует приступ;
Б. Езда на велосипеде со скоростью 10 - 12 км/час вызывает стенокардию;
В. Приступы возникают при ходьбе на расстояние 100 - 200 м по ровному месту, подъеме на 1 - 2 пролета по лестнице;
Г. Приступ возникает при подъеме по лестнице на 4 - 5 этаж;
Д. Приступ возникает при небольшой физической нагрузке;
Е. Приступ возникает при ходьбе на расстояние 100 - 200 м в обычном темпе и в покое.

- а) верно Г, Д
- б) верно Д, Е
- в) верно А, Б
- г) верно В

7. Наиболее частые причины коронарной недостаточности (стенокардии):

А. Синдром Х встречающиеся;
Б. Эктазия коронарных артерий;
В. Атеросклеротическое сужение коронарных артерий;
Г. Мышечные мостики;
Д. Артерииты;

- Е. Постлучевой фиброз артерий;
- Ж. Аномалия отхождения коронарной артерии.
 - а) верно В
 - б) верно А, Б, Г, Д, Е, Ж
 - в) верно А, Б, В
 - г) верно Д, Е, Ж

8. Наиболее редкие причины коронарной недостаточности (стенокардии):

- А. Синдром Х встречающиеся;
- Б. Эктазия коронарных артерий;
- В. Мышечные мостики;
- Г. Артерииты;
- Д. Постлучевой фиброз артерий;
- Е. Аномалия отхождения коронарной артерии;
- Ж. Аномалия отхождения коронарной артерии.
 - а) верно В
 - б) верно А, Б, Г, Д, Е, Ж
 - в) верно А, Б, В
 - г) верно Д, Е, Ж

9. Показания для курантиловой пробы при диагностике ИБС:

- А. Наличие противопоказаний для физической нагрузки;
- Б. Отсутствие возможности выполнить нагрузку необходимой мощности;
- В. "Ложноположительные результаты теста на ВЭМ у лиц без симптомов ИБС;
- Г. Обструктивный бронхит;
- Д. Внутрижелудочковые блокады;
- Е. Тяжелая форма АГ;
- Ж. Клапанные стенозы;
- З. Гипертрофическая кардиомиопатия;
- И. Желудочковая тахикардия.
 - а) верно А, Б, В
 - б) верно Г, Ж
 - в) верно Д, З
 - г) верно Е, И

10. Показания для добутаминовой пробы при диагностике ИБС:

- А. Наличие противопоказаний для физической нагрузки;
- Б. Отсутствие возможности выполнить нагрузку необходимой мощности;
- В. "Ложноположительные результаты теста на ВЭМ у лиц без симптомов ИБС;
- Г. Обструктивный бронхит;
- Д. Внутрижелудочковые блокады;
- Е. Тяжелая форма АГ;
- Ж. Клапанные стенозы;
- З. Гипертрофическая кардиомиопатия;
- И. Желудочковая тахикардия.
 - а) верно Е, И
 - б) верно Г, Ж
 - в) верно Д, З
 - г) верно А, Б, В

11. Противопоказания для курантиловой пробы при диагностике ИБС:

- А. Наличие противопоказаний для физической нагрузки;
- Б. Отсутствие возможности выполнить нагрузку необходимой мощности;
- В. "Ложноположительные результаты теста на ВЭМ у лиц без симптомов ИБС;
- Г. Обструктивный бронхит;
- Д. Внутрижелудочковые блокады;

- Е. Тяжелая форма АГ;
- Ж. Клапанные стенозы; З. Гипертрофическая кардиомиопатия; И. Желудочковая тахикардия.
 - а) верно Г, Д, Е
 - б) верно А, Б
 - в) верно В
 - г) верно Е, Ж, З, И

12. Противопоказания для добутаминовой пробы при диагностике ИБС:

- А. Наличие противопоказаний для физической нагрузки;
- Б. Отсутствие возможности выполнить нагрузку необходимой мощности;
- В. "Ложноположительные результаты теста на ВЭМ у лиц без симптомов ИБС;
- Г. Обструктивный бронхит;
- Д. Внутрижелудочковые блокады;
- Е. Тяжелая форма АГ;
- Ж. Клапанные стенозы;
- З. Гипертрофическая кардиомиопатия;
- И. Желудочковая тахикардия.
 - а) верно Г, Д, Е
 - б) верно А, Б
 - в) верно В
 - г) верно Е, Ж, З, И

13. Критерии, имеющие высокий риск наличия ИБС:

- А. Подъем артериального давления на нагрузке выше 200 мм.рт.ст.;
- Б. Появление предсердных экстрасистол на нагрузке;
- В. Снижение артериального давления на нагрузке;
- Г. Появление желудочковых экстрасистол на небольшой нагрузке (частота сердечных сокращений менее 120 в 1 мин);
- Д. Депрессия сегмента ST на 1мм и более на 1-ой ступени нагрузки;
- Е. Депрессия сегмента ST 2мм и более;
- Ж. Депрессия сегмента ST, сохраняющаяся после нагрузки более 5 мин.
 - а) верно В, Г, Д, Е, Ж
 - б) верно В, Г
 - в) верно Д, Е, Ж
 - г) верно А, Б

14. Критерии, не имеющие высокого риска наличия ИБС:

- А. Подъем артериального давления на нагрузке выше 200 мм.рт.ст.;
- Б. Появление предсердных экстрасистол на нагрузке;
- В. Снижение артериального давления на нагрузке;
- Г. Появление желудочковых экстрасистол на небольшой нагрузке (частота сердечных сокращений менее 120 в 1 мин);
- Д. Депрессия сегмента ST на 1мм и более на 1-ой ступени нагрузки;
- Е. Депрессия сегмента ST 2мм и более;
- Ж. Депрессия сегмента ST, сохраняющаяся после нагрузки более 5 мин.
 - а) верно В, Г, Д, Е, Ж
 - б) верно В, Г
 - в) верно Д, Е, Ж
 - г) верно А, Б

15. Клинические и ЭКГ признаки наличия у больного стенокардии:

- А. Появления во время приступа систолического шума;
- Б. Появление прекардиальной пульсации во время приступа;
- В. Появление во время приступа влажных хрипов в нижних отделах легких;
- Г. Появление во время приступа шума трения перикарда;
- Д. Подъем сегмента ST в I - III, V2 - V6 отведениях и боли в груди;
- Е. Депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях на 1,5 мм горизонтального типа.

- а) верно А, Г, Е
- б) верно А, Б, В, Е
- в) верно Б, Г, Д
- г) верно Б, В, Д

16. Характерные проявления стенокардии напряжения:

- А. Наличие дискомфорта в груди во время ходьбы (сдавление, нехватка воздуха, жжение, одышка);
- Б. Наличие боли "в области сердца", возникающей при резких движениях;
- В. Типичной локализацией боли является ограниченное пространство в области верхушки сердца; Г. Типичной локализацией ощущений является загрудинная область;
- Д. Атипичной локализацией ощущений является область слева от грудины, эпигастрий, шея;
- Е. Продолжительность боли при стенокардии составляет 5 - 20 сек;
- Ж. Продолжительность ощущений несколько минут;
- З. Провоцируются ощущения физическим стрессом и купируются в течение 1 - 2 мин в покое или после приема нитроглицерина.

- а) верно Б, В, Е
- б) верно Г, Д, Е
- в) верно В, Д, Ж
- г) верно А, Г, Д, Ж, З

17. Нехарактерные проявления стенокардии напряжения:

- А. Наличие дискомфорта в груди во время ходьбы (сдавление, нехватка воздуха, жжение, одышка);
- Б. Наличие боли "в области сердца", возникающей при резких движениях;
- В. Типичной локализацией боли является ограниченное пространство в области верхушки сердца;
- Г. Типичной локализацией ощущений является загрудинная область;
- Д. Атипичной локализацией ощущений является область слева от грудины, эпигастрий, шея;
- Е. Продолжительность боли при стенокардии составляет 5 - 20 сек;
- Ж. Продолжительность ощущений несколько минут;
- З. Провоцируются ощущения физическим стрессом и купируются в течение 1 - 2 мин в покое или после приема нитроглицерина.

- а) верно Б, В, Е
- б) верно Г, Д, Е
- в) верно В, Д, Ж
- г) верно А, Г, Д, Ж, З

18. Факторы, повышающие потребность миокарда в кислороде и способствующие возникновению стенокардии:

- А. Гипертермия;
- Б. Гипертиреозидизм;
- В. Использование симпатомиметиков;
- Г. Высокая артериальная гипертония;
- Д. Пароксизмальная тахикардия;
- Е. Анемия, гипоксемия;
- Ж. Снижение сердечного выброса (аортальный стеноз).

- а) верно А, В, Е
- б) верно Е, Ж
- в) верно А, Б, В, Г, Д
- г) верно Б, Г, Ж

19. Факторы, снижающие доставку кислорода (при бронхиальной астме, насморке) и способствующие возникновению стенокардии:

- А. Гипертермия;
- Б. Гипертиреозидизм;
- В. Использование симпатомиметиков;
- Г. Высокая артериальная гипертония;
- Д. Пароксизмальная тахикардия;
- Е. Анемия, гипоксемия;

Ж. Снижение сердечного выброса (аортальный стеноз).

- а) верно А, В, Е
- б) верно Е, Ж
- в) верно А, Б, В, Г, Д
- г) верно Б, Г, Ж

20. Методы диагностики ИБС, чувствительность и специфичность которых, не изучена:

- А. ЭКГ и физическая нагрузка;
 - Б. ЭХОКГ и физическая нагрузка;
 - В. Сцинтиграфия миокарда и физическая нагрузка;
 - Г. ЭКГ и лекарственные пробы (дипиридамол, добутамин);
 - Д. ЭХОКГ и лекарственные пробы;
 - Е. Сцинтиграфия миокарда и лекарственные пробы;
 - Ж. ЭКГ с отведениями по Нэбу.
- а) верно Ж
 - б) верно Б, В, Д, Е
 - в) верно А, Г
 - г) верно Б, Г

21. Ограничения стресс-ЭКГ метода при диагностике ИБС:

- А. Результаты трудно интерпретировать при наличии на исходной ЭКГ депрессии сегмента ST;
 - Б. Имеются трудности в обеспечении воспроизводимости оценки результатов исследования;
 - В. Результаты трудно интерпретировать при наличии гипертрофии миокарда, феномена WPW;
 - Г. Результаты трудно интерпретировать при наличии внутрижелудочковой блокады;
 - Д. Результаты трудно оценить при наличии выраженной эмфиземы легких;
 - Е. Результаты трудно оценивать при наличии ожирения III ст. и больших молочных желез;
 - Ж. Точность диагностики снижается при наличии поражения правой коронарной артерии.
- а) верно Е, Ж
 - б) верно Б, Д
 - в) верно Д, Е
 - г) верно А, В, Г

22. Показания для коронарной ангиографии с целью диагностики заболевания:

- А. У лиц молодого возраста с атипичными болевыми ощущениями в груди и отрицательными результатами стресс-теста;
 - Б. У больных молодого возраста с типичной стенокардией, положительными результатами стресс-теста и малой вероятностью атеросклероза коронарных артерий, как причины ишемии миокарда;
 - В. У больных с подозрением на ИБС, но страдающих тяжелой формой бронхообструктивного заболевания легких и высокой АГ;
 - Г. У больных стенокардией III Ф.Кл. с малой эффективностью монотерапии большими дозами нитратов;
 - Д. У больных хронической ИБС, перенесших успешную реанимацию;
 - Е. У больных стенокардией с малой эффективностью лекарственной терапии.
- а) верно Д, Е
 - б) верно А, Г
 - в) верно В, Г
 - г) верно Б, В

23. Показания для коронарной ангиографии с целью выбора метода лечения (ангиопластика, АКШ):

- А. У лиц молодого возраста с атипичными болевыми ощущениями в груди и отрицательными результатами стресс-теста;
- Б. У больных молодого возраста с типичной стенокардией, положительными результатами стресс-теста и малой вероятностью атеросклероза коронарных артерий, как причины ишемии миокарда;
- В. У больных с подозрением на ИБС, но страдающих тяжелой формой бронхообструктивного заболевания легких и высокой АГ;
- Г. У больных стенокардией III Ф.Кл. с малой эффективностью монотерапии большими дозами нитратов;

- Д. У больных хронической ИБС, перенесших успешную реанимацию;
Е. У больных стенокардией с малой эффективностью лекарственной терапии.
- а) верно Д, Е
 - б) верно А, Г
 - в) верно В, Г
 - г) верно Б, В

24. Препараты, польза которых доказана при терапии больных ИБС, перенесших ИМ, включая стабильную стенокардию напряжения без застойной сердечной недостаточности:

- А. Неселективный бета-адреноблокатор - пропранолол (обзидан);
 - Б. Неселективный бета-блокатор - надолол (коргард);
 - В. Неселективные бета-блокаторы с симпатомиметическим действием (сектраль, вискен);
 - Г. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол);
 - Д. Метаболические препараты (АТФ, неотон, рибоксин, предуктал);
 - Е. Антагонисты кальция (дилтиазем, верапамил);
 - Ж. Антагонисты кальция из группы дигидропиридинов (нифедипин, норваск, плендил и др.);
 - З. Нитраты длительного действия (ретардные формы нитросорбида, 5-мононитрата);
 - И. Дезагреганты (аспирин, плавикс);
 - К. Антиоксиданты (лизивит - С и др.).
- а) верно А, Г, Е, И
 - б) верно З
 - в) верно Б, В, Д, Ж, К
 - г) верно А, Б, В, З

25. Препараты, польза которых не доказана при терапии больных ИБС, перенесших ИМ, включая стабильную стенокардию напряжения без застойной сердечной недостаточности:

- А. Неселективный бета-адреноблокатор - пропранолол (обзидан);
 - Б. Неселективный бета-блокатор - надолол (коргард);
 - В. Неселективные бета-блокаторы с симпатомиметическим действием (сектраль, вискен);
 - Г. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол);
 - Д. Метаболические препараты (АТФ, ноотон, рибоксин, предуктал);
 - Е. Антагонисты кальция (дилтиазем, верапамил);
 - Ж. Антагонисты кальция из группы дигидропиридинов (нифедипин, норваск, плендил и др.);
 - З. Нитраты длительного действия (ретардные формы нитросорбида, 5-мононитрата);
 - И. Дезагреганты (аспирин, плавикс);
 - К. Антиоксиданты (лизивит - С и др.).
- а) верно А, Г, Е, И
 - б) верно З
 - в) верно Б, В, Д, Ж, К
 - г) верно А, Б, В, З

26. Препараты, повышающие толерантность к физическим нагрузкам, но не влияющие на выживаемость при терапии больных ИБС, перенесших ИМ, включая стабильную стенокардию напряжения без застойной сердечной недостаточности:

- А. Неселективный бета-адреноблокатор - пропранолол (обзидан);
 - Б. Неселективный бета-блокатор - надолол (коргард);
 - В. Неселективные бета-блокаторы с симпатомиметическим действием (сектраль, вискен);
 - Г. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол);
 - Д. Метаболические препараты (АТФ, неотон, рибоксин, предуктал);
 - Е. Антагонисты кальция (дилтиазем, верапамил);
 - Ж. Антагонисты кальция из группы дигидропиридинов (нифедипин, норваск, плендил и др.);
 - З. Нитраты длительного действия (ретардные формы нитросорбида, 5-мононитрата);
 - И. Дезагреганты (аспирин, плавикс);
 - К. Антиоксиданты (лизивит - С и др.).
- а) верно А, Г, Е, И
 - б) верно З
 - в) верно Б, В, Д, Ж, К

г) верно А, Б, В, З

27. Препараты, увеличивающие выживаемость больных ИБС, перенесших ИМ, включая стенокардию, осложненные застойной сердечной недостаточностью:

- А. Препараты - доноры монооксида азота;
 - Б. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы;
 - В. Ингибиторы АПФ;
 - Г. Верапамил, дилтиазем;
 - Д. Амлодипин, плендил;
 - Е. Сиднонимин (молсидомин, корватон).
- а) верно Г
 - б) верно Б, В
 - в) верно А, Д, Е
 - г) верно А, Б, В

28. Препараты, уменьшающие выживаемость больных ИБС, перенесших ИМ, включая стенокардию, осложненные застойной сердечной недостаточностью:

- А. Препараты - доноры монооксида азота;
 - Б. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы;
 - В. Ингибиторы АПФ;
 - Г. Верапамил, дилтиазем;
 - Д. Амлодипин, плендил;
 - Е. Сиднонимин (молсидомин, корватон).
- а) верно Г
 - б) верно Б, В
 - в) верно А, Д, Е
 - г) верно А, Б, В

29. Препараты, улучшающие качество жизни и не имеющие доказательств влияния на выживаемость у больных ИБС, перенесших ИМ, включая стенокардию, осложненные застойной сердечной недостаточностью:

- А. Препараты - доноры монооксида азота;
 - Б. Кардиоселективные бета-адреноблокаторы;
 - В. Ингибиторы АПФ;
 - Г. Верапамил, дилтиазем;
 - Д. Амлодипин, плендил;
 - Е. Сиднонимин (молсидомин, корватон).
- а) верно Г
 - б) верно Б, В
 - в) верно А, Д, Е
 - г) верно А, Б, В

30. Мероприятия вторичной профилактики ИБС у больных стенокардией, польза которых доказана:

- А. Уменьшение количества выкуриваемых сигарет;
 - Б. Снижение повышенного артериального давления до уровня ниже 130/85 мм.рт.ст.;
 - В. Уменьшение содержания общего холестерина до уровня 5,5 - 6 ммоль/л;
 - Г. Уменьшение холестерина в липопротеидах низкой плотности до уровня 115 - 100 мг% (2,6 - 2,8 ммоль/л);
 - Д. Уменьшение избыточного индекса массы тела в пределах 25 - 30 кг/м²;
 - Е. Терапия антиоксидантами (пробукол)
- а) верно Б, Г
 - б) верно А, Д, Е
 - в) верно В
 - г) верно А, Б, В

31. Мероприятия вторичной профилактики, не оказывающие положительного влияния на выживаемость больных стенокардией:

- А. Уменьшение количества выкуриваемых сигарет;
- Б. Снижение повышенного артериального давления до уровня ниже 130/85 мм.рт.ст.;
- В. Уменьшение общего холестерина до уровня 5,5-6 ммоль/л;
- Г. Уменьшение холестерина в липопротеидах низкой плотности до уровня 115-100 мг% (2,6-2,8 ммоль/л);
- Д. Уменьшение избыточного индекса массы тела в пределах 25-30 кг/м²;
- Е. Терапия антиоксидантами (пробукол)
 - а) верно Б, Г
 - б) верно А, Д, Е
 - в) верно В
 - г) верно А, Б, В

32. Клинические критерии диагностики инфаркта миокарда, сформулированные экспертами ВОЗ: А. Наличие клинических симптомов (боль, дискомфорт в груди);
Б. Повышение содержания в крови ферментов;
В. Появление на ЭКГ патологического зубца Q;
Г. Наличие маркера некроза миокарда - повышение и затем снижение кардиоспецифического фермента в крови (тропонина или МВ-КФК) в характерные сроки;
Д. Подъем или депрессия сегмента ST.
 - а) верно А, Б, В
 - б) верно А, В, Г, Д
 - в) верно А, В, Д
 - г) верно А, Б, В, Г, Д

33. Клинические критерии диагностики инфаркта миокарда, сформулированные объединенным комитетом Европейского и Американского кардиологических обществ:
А. Наличие клинических симптомов (боль, дискомфорт в груди);
Б. Повышение содержания в крови ферментов;
В. Появление на ЭКГ патологического зубца Q;
Г. Наличие маркера некроза миокарда - повышение и затем снижение кардиоспецифического фермента в крови (тропонина или МВ-КФК) в характерные сроки;
Д. Подъем или депрессия сегмента ST.
 - а) верно А, Б, В
 - б) верно А, В, Г, Д
 - в) верно А, В, Д
 - г) верно А, Б, В, Г, Д

34. 123.04. Биохимические маркеры наличия некроза участка миокарда - кардиоспецифические ферменты:
А. Общая ЛДГ и ее фракции;
Б. Аланиновая трансаминаза;
В. Аспаргиновая трансаминаза;
Г. Миоглобин;
Д. Общая КФК;
Е. МВ - КФК;
Ж. Тропонин I;
З. Тропонин T.
 - а) верно А, Б, В, Г
 - б) верно Д
 - в) верно А, Д, Ж
 - г) верно Е, Ж, З

35. Биохимические маркеры наличия некроза (ферменты, отражающие наличие гибели участка ткани - миокарда, гепатоциты, легочная ткань, мышечная ткань):
А. Общая ЛДГ и ее фракции;
Б. Аланиновая трансаминаза;
В. Аспаргиновая трансаминаза;

- Г. Миоглобин;
- Д. Общая КФК;
- Е. МВ фракция КФК;
- Ж. Тропонин I;
- З. Тропонин Т.
- а) верно А, Б, В, Г
- б) верно Д
- в) верно А, Д, Ж
- г) верно Е, Ж, З

36. Сроки начала повышения содержания трансаминаз крови при инфаркте миокарда:

- А. Спустя 2 часа от появления симптомов;
- Б. Спустя 4 часа от появления симптомов;
- В. Спустя 6-8 часов от появления симптомов;
- Г. Спустя 12 часов от появления симптомов.
- а) верно А
- б) верно Б
- в) верно В
- г) верно Г

37. Сроки начала повышения содержания МВ - КФК крови при инфаркте миокарда:

- А. Спустя 2 часа от появления симптомов;
- Б. Спустя 4 часа от появления симптомов;
- В. Спустя 6-8 часов от появления симптомов;
- Г. Спустя 12 часов от появления симптомов.
- а) верно Б
- б) верно Г
- в) верно А
- г) верно В

38. Сроки начала повышения содержания ЛДГ крови при инфаркте миокарда:

- А. Спустя 2 часа от появления симптомов;
- Б. Спустя 4 часа от появления симптомов;
- В. Спустя 6-8 часов от появления симптомов;
- Г. Спустя 12 часов от появления симптомов;
- Д. Спустя 24 часа от появления симптомов.
- а) верно А
- б) верно Д
- в) верно В, Г
- г) верно Б

39. Сроки начала повышения содержания тропонинов крови при инфаркте миокарда:

- А. Спустя 2 часа от появления симптомов;
- Б. Спустя 4 часа от появления симптомов;
- В. Спустя 6-8 часов от появления симптомов;
- Г. Спустя 12 часов от появления симптомов;
- Д. Спустя 24 часа от появления симптомов.
- а) верно В
- б) верно А
- в) верно Г
- г) верно Б

40. Сроки нормализации содержания трансаминаз крови при инфаркте миокарда (без рецидива): А.

- Спустя 2 - 3 дня;
- Б. Спустя 5 - 6 дней;
- В. Спустя 8 - 12 дней;
- Г. Спустя 2 недели.

- а) верно А
- б) верно В
- в) верно Б
- г) верно Г

41. Сроки нормализации содержания ЛДГ крови при инфаркте миокарда (без рецидива):

- А. Спустя 2 - 3 дня;
 - Б. Спустя 5 - 6 дней;
 - В. Спустя 8 - 12 дней;
 - Г. Спустя 2 недели.
- а) верно Б
 - б) верно А
 - в) верно Г
 - г) верно В

42. Сроки нормализации содержания МВ - КФК крови при инфаркте миокарда (без рецидива):

- А. Спустя 2 - 3 дня;
 - Б. Спустя 5 - 6 дней;
 - В. Спустя 8 - 12 дней;
 - Г. Спустя 2 недели.
- а) верно А
 - б) верно Б
 - в) верно В
 - г) верно Г

43. Сроки нормализации содержания тропонинов крови при инфаркте миокарда (без рецидива): А.

- Спустя 2 - 3 дня;
 - Б. Спустя 5 - 6 дней;
 - В. Спустя 8 - 12 дней;
 - Г. Спустя 2 недели.
- а) верно А
 - б) верно В
 - в) верно Б
 - г) верно Г

44. Возможные изменения ЭКГ в первые часы от начала острой коронарной недостаточности (острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST):

- А. Подъем сегмента ST в одном отведении на 2 мм и более;
 - Б. Подъем сегмента ST на 2 мм и более в отведениях V1 - V3;
 - В. Отрицательный зубец Т в двух смежных отведениях;
 - Г. Подъем сегмента ST не менее 2 мм в отведениях I, aVL.
- а) верно Б, Г
 - б) верно А
 - в) верно Б
 - г) верно В

45. Возможные изменения ЭКГ в первые часы от начала острой коронарной недостаточности (острый коронарный синдром без подъема сегмента ST):

- А. Подъем сегмента ST в одном отведении на 2 мм и более;
 - Б. Подъем сегмента ST на 2 мм и более в отведениях V1 - V3;
 - В. Отрицательный зубец Т в двух смежных отведениях;
 - Г. Подъем сегмента ST не менее 2 мм в отведениях I, aVL.
- а) верно Б, Г
 - б) верно А
 - в) верно Б
 - г) верно В

46. Возможные изменения ЭКГ в первые часы от начала острой коронарной недостаточности (острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST):

- А. Депрессия сегмента ST в двух смежных отведениях на 1 мм и более;
- Б. Депрессия сегмента ST в двух смежных отведениях на 2 мм и более;
- В. Подъем сегмента ST на 1 мм и более в I, aVL или II, III, aVF отведениях.
- Г. Нормальная ЭКГ.
 - а) верно А, Б, Г
 - б) верно В
 - в) верно Б, Г
 - г) верно А, Г

47. Возможные изменения ЭКГ в первые часы от начала острой коронарной недостаточности (острый коронарный синдром без подъема сегмента ST):

- А. Депрессия сегмента ST в двух смежных отведениях на 1 мм и более;
- Б. Депрессия сегмента ST в двух смежных отведениях на 2 мм и более;
- В. Подъем сегмента ST на 1 мм и более в I, aVL или II, III, aVF отведениях;
- Г. Нормальная ЭКГ.
 - а) верно А, Б, Г
 - б) верно В
 - в) верно Б, Г
 - г) верно А, Г

48. Характерные (специфические) изменения ЭКГ при инфаркте миокарда:

- А. Наличие QS в V1 - V3 отведениях;
- Б. Наличие QR в V1 - V3 отведениях (ширина Q 0,03 см и более);
- В. Наличие зубца Q глубиной 20% и более от высоты зубца R в I и aVL отведениях;
- Г. Наличие QS в III отведении;
- Д. Наличие зубца Q во II и III отведениях (глубина Q в III отведении более 25% от высоты зубца R и ширина 0,03 см и более);
- Е. Наличие подъема сегмента ST и последующего образования отрицательного Т в отведениях с патологическим зубцом Q;
- Ж. Высокие зубцы R и Т в V1 - V2.
 - а) верно А, Г, Ж
 - б) верно А, В, Г
 - в) верно А, Д, Е
 - г) верно Б, В, Д, Е

49. Изменения ЭКГ, которые могут быть обусловлены не только инфарктом миокарда:

- А. Наличие QS в V1 - V3 отведениях;
- Б. Наличие QR в V1 - V3 отведениях (ширина Q 0,03 см и более);
- В. Наличие зубца Q глубиной 20% и более от высоты зубца R в I и aVL отведениях;
- Г. Наличие QS в III отведении;
- Д. Наличие зубца Q во II и III отведениях (глубина Q в III отведении более 25% от высоты зубца R и ширина 0,03 см и более);
- Е. Наличие подъема сегмента ST и последующего образования отрицательного Т в отведениях с патологическим зубцом Q;
- Ж. Высокие зубцы R и Т в V1 - V2.
 - а) верно А, Г, Ж
 - б) верно А, В, Г
 - в) верно А, Д, Е
 - г) верно Б, В, Д, Е

50. Изменения на ЭКГ при блокаде левой ножки пучка Гиса, обусловленные инфарктом миокарда и характеризующиеся удовлетворительной чувствительностью и специфичностью:

- А. Подъем сегмента ST на 1 мм и более в отведениях с конкордантно расположенными комплексами QRS;
- Б. Депрессия сегмента ST в отведениях V1 - V3 или V3;

В. Подъем сегмента ST на 5 мм и более в отведениях с дискордантно;

Г. Положительный зубец T в V5 - V6 отведениях.

- а) верно А, Б
- б) верно В, Г
- в) верно А, В
- г) верно Б, Г

51. В чем различия при использовании дозированного и порошкового ингаляторов?

- А) различная скорость потока лекарственных частиц
- Б) скорость потока лекарственных частиц индуцируется вдохом у порошкового ингалятора, а у дозированного-компрессионным действием наполнителя
- В) нет отличий
- Г) удобством для пациента

52. Показания для назначения системных стероидов больным БА?

- А) если нет достаточного эффекта от прочих лекарственных средств
- Б) если астма носит постоянный характер
- В) при тяжелой БА
- Г) используются только для купирования астматического статуса

53. Антагонисты лейкотриенов используются в качестве:

- А) при аспириновой астме и как дополнение к ингаляционным стероидам
- Б) как монотерапия при легкой астме
- В) при любой форме БА
- Г) только в качестве неотложной помощи

54. Повышает ли терапия системными стероидами риск госпитализации у больного с обострением БА?

- А) да
- Б) нет
- В) зависит от формы применения стероидов
- Г) зависит от возраста и пола пациента

55. В каких ситуациях больному БА показана интубация?

- А) при остановке сердца или дыхания
- Б) при утяжелении течения БА несмотря на проводимое лечение
- В) при наличии противопоказаний к назначению системных стероидов у больных с тяжелой БА
- Г) при астматическом статусе

56. Обладает ли фенотерол противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

- А) да
- Б) нет
- В) характер воздействия зависит от сопутствующей терапии
- Г) зависит от варианта БА

57. Обладает ли атровент противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

- А) да
- Б) нет
- В) характер воздействия зависит от сопутствующей терапии
- Г) зависит от варианта БА

58. Обладает ли кромогликат натрия противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

- А) да
- Б) нет
- В) характер воздействия зависит от сопутствующей терапии
- Г) зависит от варианта БА

59. Обладают ли системные стероиды противовоспалительным действием на слизистую бронхов?
А) да
Б) нет
В) характер воздействия зависит от сопутствующей терапии
Г) зависит от варианта БА
60. Обладают ли ингаляционные стероиды противовоспалительным действием на слизистую бронхов?
А) да
Б) нет
В) характер воздействия зависит от сопутствующей терапии
Г) зависит от варианта БА
61. Клиренс теофиллина у взрослых..., чем у детей:
А) больше
Б) меньше
В) не отличается
Г) зависит от возраста ребенка
62. Какие мероприятия следует немедленно провести 20-летней больной БА, которая постоянно принимает теопэк и у которой усилилась одышка, ч.д.д. 28, АД 130/80, пульс 105, Т тела -37,1С?
А) назначить интал
Б) Р-графию легких
В) определить ФВД
Г) регулирование дозы теопэка
Д) кожные пробы
63. С какого мероприятия следует начать немедленное лечение у 20-летней больной БА, у которой внезапно усилилась одышка, повысилась Т до 38С, появился кашель с темной вязкой мокротой, в которой найдены гифы грибка?
А) введение амфотерицина В
Б) введение кортикостероидов
В) лаваж легкого
Г) иммунотерапия экстрактом аспергилл
64. Больной с БА и выявленной беременностью следует сказать, что беременность при БА:
А) противопоказана
Б) не связана с каким-либо вредом для матери и плода
В) может ухудшить течение БА у 1/3 случаев
Г) связана с более вероятным появлением пороков развития у ребенка
65. Какие медикаменты противопоказаны для беременных с БА?
А) иммунотерапия
Б) кортикостероиды
В) теофиллин
Г) лекарственные средства, содержащие йод
66. Астма, вызываемая физическим усилием, может быть предотвращена предупредительным приемом:
А) интала
Б) симатомиметиков
В) теофиллина
Г) всем из перечисленного
67. Что может стать причиной ложноотрицательных серологических реакций на АБЛА?

- А) теофиллин
- Б) стероиды
- В) симпатомиметики
- Г) интал

68. Эффект интала зависит от его всасывания в кровь?

- А) да
- Б) нет
- В) зависит от сопутствующей терапии
- Г) зависит от возраста больного

69. Эффект стероидов, введенных парентерально при астматическом статусе, проявится немедленно?

- А) да
- Б) нет
- В) зависит от сопутствующей терапии
- Г) зависит от возраста больного

70. Резкая отмена системных стероидов, кроме усиления симптомов астмы, может вызвать:

- А) артралгии
- Б) боль в животе, тошноту и рвоту
- В) головную боль
- Г) слабость
- Д) ничего из перечисленного
- Е) все из перечисленного

71. Основным механизмом защиты организма человека от туберкулезной инфекции являются:

- А) гуморальные факторы иммунитета
- Б) клеточные факторы
- В) клеточно-гуморальные факторы иммунитета
- Г) наследственные
- Д) все перечисленные

72. Фагоцитоз МБТ при аэрогенном заражении первыми осуществляют

- А) альвеолоциты 1 порядка
- Б) альвеолоциты 2 порядка
- В) альвеолярные макрофаги
- Г) лимфоциты
- Д) нейтрофилы

73. Защита органов дыхания от внедрившейся МБТ осуществляется путем:

- А) удаления возбудителя из макроорганизма через лимфатическую систему легкого
- Б) удаление возбудителя через бронхиальное дерево
- В) удаления возбудителя из макроорганизма через кровеносную систему и органы внешней секреции
- Г) верны все ответы

74. Первичный туберкулезный комплекс

- А) является единственным и самым ранним проявлением туберкулеза
- Б) не является единственным и может сочетаться с другими, более поздними проявлениями заболевания, связанными с генерализацией процесса
- В) не является единственным и может сочетаться с затихающими и более давними очагами инфекции в других органах
- Г) возникает при первичном инфицировании микобактерией туберкулеза

75. Тотальный казеозный некроз ткани лимфатического узла
А) является свидетельством первичного течения инфекционного процесса
Б) чаще наблюдается при первичном периоде инфекционного процесса, но может наблюдаться и во вторичном
В) отражает реактивность организма и может наблюдаться в любом периоде течения инфекционного процесса, но как правило, наблюдается в первичном периоде течения инфекции
Г) никогда не встречается
76. Самым частым механизмом возникновения вторичного туберкулеза является
А) экзогенная суперинфекция
Б) экзогенная реинфекция
В) эндогенная реинфекция
Г) эндогенная суперинфекция
77. Атипичные микобактерии обитают
А) в почве
Б) среди животных
В) в водоемах
Г) среди птиц
Д) все ответы правильные
78. Специфической морфологической реакцией для туберкулезного воспаления является скопление в очаге поражения
А) лимфоидных клеток
Б) нейтрофильных
В) эпителиоидных клеток с включением гигантских типа Лангханса
Г) эозинофилов
79. Лимфоидная ткань в органах дыхания у здоровых людей локализуется в: 1 паренхиме легкого, 2 лимфатических узлах, 3 слизистой оболочке, 4 плевре
А). Правильно 1,2 корня легкого
Б). Правильно 1,3 бронхов
В). Правильно 1,4
Г). Правильно 2,3
Д). Правильно 2,4
80. Ацинус дренируется
А) бронхом 12 порядка
Б) мембранным бронхом
В) сегментарным бронхом
Г) респираторной бронхиолой
Д) терминальной бронхиолой
81. При проникновении МБТ в легочную ткань преобладает
А) завершённый вид фагоцитоза с лизисом бактериальных клеток
Б) незавершённый вид фагоцитоза с сохранением бактериальных клеток в фагоците и даже их размножением и выходом в ткани после гибели фагоцита
В) и тот, и другой
Г) ни тот, ни другой

82. Активизируют фагоцитоз и лизис макрофагами фагоцитированных МБТ
- А) альфа-глобулин
 - Б) Т-лимфоциты
 - В) В-лимфоциты
 - Г) ни один из вышеперечисленных
83. Классическими проявлениями при первичном инфицировании МБТ являются:
- А) очаг Гопа
 - Б) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
 - В) первичный туберкулёзный комплекс
 - Г) длительный субфебрилитет
84. Поражение регионарных л/ узлов при ПТК являются:
- А) инфильтративным бронхоаденитом
 - Б) туморозным бронхоаденитом
 - В) казеозным бронхоаденитом
 - Г) катаральным бронхоаденитом
85. Понятие «экзогенная суперинфекция» включает
- А) проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
 - Б) одновременное развитие нескольких инфекций
 - В) активизация инфекционного процесса на фоне воздействия факторов внешней среды
 - Г) проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм
86. Под понятием «экзогенной инфекции» подразумевается
- А) возникновение заболевания у ранее инфицированного вследствие проникновения МБТ извне во внутренние органы
 - Б) возникновение заболевания у ранее инфицированного обычно вследствие реактивации латентно протекавших очагов туберкулезной инфекции
 - В) возникновение заболевания у ранее переболевшего туберкулезом вследствие реактивации очагов туберкулезной инфекции
 - Г) инфекция, вызванная возбудителем, поступившим в организм из окружающей среды
87. Послепервичный туберкулез возникает вследствие реинфекции скрыто протекающих очагов туберкулезной инфекции
- А) в легочной паренхиме
 - Б) в стенке мембранных и хрящевых бронхов
 - В) в л/узлах средостения
 - Г) в плевре и др. органах (почки, кости, суставы)
 - Д) во всех перечисленных органах и тканях
88. Отличия течения инфекционного процесса в первичном периоде от его течения во вторичном состоят
- А) в более высокой общей сенсibilизации органов и тканей к туберкулезной инфекции
 - Б) в большей наклонности к генерализации инфекционного процесса
 - В) в более частом возникновении параспецифических реакций в тканях разных органов
 - Г) во всем перечисленном
 - Д) ни в одном из перечисленных
89. Лица с остаточными изменениями ранее перенесенного туберкулеза

- А) заболевают туберкулезом реже населения, не имеющего на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений
Б) одинаково часто заболевают, как и население, не имеющее остаточных туберкулезных изменений
В) в несколько раз чаще заболевают туберкулезом по сравнению с лицами, не имеющими на рентгенограмме остаточных изменений
Г) более никогда не болеют туберкулезом
90. Современная отечественная классификация туберкулеза построена на
А) клиническом принципе
Б) патогенетическом
В) морфологическом
Г) клинико-рентгенологическом
Д) клинико-иммунологическом
91. В 2 раза чаще заболевают ТЭЛА
А) мужчины
Б) женщины
В) дети
Г) лица пожилого возраста
92. Тромбоэмболия легочной артерии чаще является осложнением
А) флеботромбоза глубоких вен голени
Б) тромбофлебита поверхностных вен голени
В) тромбофлебита варикозного расширения поверхностных вен голени с рожистым воспалением
Г) инфекционного эндокардита митрального клапана
93. Судьба больного при тромбоэмболии легочной артерии определяется, в первую очередь
А) площадью окклюзированных сосудов малого круга (массивностью эмболии)
Б) темпами перекрытия сосудистого русла (мгновенное, постепенное, медленное)
В) возникающими патофизиологическими расстройствами и реакцией со стороны различных органов (сердечная, легочная, мозговая, почечная, печеночная)
Г) сроками оказания медицинской помощи
94. У больных с факторами риска тромбоэмболии легочной артерии эта патология должна быть исключена при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме
А) очаговой пневмонии
Б) затяжной и рецидивирующей пневмонии
В) плеврита
Г) инфаркта миокарда
Д) крупозной пневмонии
95. Подъем давления в малом круге кровообращения при эмболии сегментарных ветвей легочной артерии связан преимущественно
А) с площадью перекрытых сосудов
Б) с рефлекторно-спастической реакцией
В) с выбросом в ток крови кининов и простагландинов
Г) с активацией симпато-адреналовой системы
96. Бронхоспазм, боли в животе, покраснение лица, чувство жара при тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии возникают вследствие
А) легочно-сосудистого рефлекса
Б) легочно-бронхиального рефлекса и гипоксемии
В) разрушения кровяных пластинок, а также выхода в ток крови кининов и простогландинов
Г) с активацией симпато-адреналовой системы

97. Признаками тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ является
- А) резкая перегрузка правого предсердия
 - Б) острая блокада правой ножки пучка Гисса
 - В) глубокие зубцы SI, QIII
 - Г) резко отрицательный TIII
 - Д) все перечисленное
98. Рентгенологическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются (признаки Верстермарка)
- А) расширение тени сосудов корня и обеднение сосудистого рисунка легкого, высокое стояние купола диафрагмы
 - Б) появление участка затемнения, неоднородной структуры с подчеркнутым сосудистым рисунком
 - В) тень плеврального выпота и обеднение в этой зоне сосудистого рисунка
 - Г) рентгенологические признаки увеличения левого желудочка и левого предсердия
99. Наиболее информативным методом исследования при тромбоэмболии легочной артерии является
- А) рентгенологический
 - Б) электрокардиографический
 - В) сканирование легких с помощью радионуклидов
 - Г) зондирование малого круга кровообращения
100. Инфаркт-пневмония обычно
- А) быстро рассасывается с восстановлением нормального легочного рисунка
 - Б) имеется затяжное течение с фиброзированием
 - В) имеется склонность к абсцедированию
 - Г) не определяется на рентгенограмме грудной клетки
101. Триада Вирхова характеризуется:
- 1) ускорением тока крови
 - 2) замедлением тока крови
 - 3) повышением свертываемости крови
 - 4) уменьшением свертываемости крови
 - 5) повреждением стенки сосуда
 - 6) отсутствием изменений стенки сосуда
- а) правильные ответы 1,3,5
 - б) правильные ответы 2,4,6
 - в) правильные ответы 2,3,5
 - г) правильные ответы 1,2,6
102. Чаще всего источником возникновения эмбола при тромбоэмболии легочной артерии являются
- 1) вены стопы
 - 2) вены голени и бедра
 - 3) вены рук
 - 4) вены шеи
 - 5) вены голени
 - 6) правый желудочек и предсердие
 - 7) левый желудочек и предсердие
 - 8) вены таза
- а) правильные ответы 1, 3, 8
 - б) правильные ответы 2, 6, 8
 - в) правильные ответы 2, 3, 6
 - г) правильные ответы 3, 5, 7
103. У больного с фактором риска тромбоэмболии легочной артерии врач должен, в первую

очередь

- А) путем опроса исключить тромбоз в системе поверхностных и глубоких вен
- Б) произвести на месте ЭКГ
- В) сделать на месте обзорный снимок легких
- Г) назначить суточное мониторирование ЭКГ и АД

104. При заболевании сердца тромбоэмболия легочной артерии чаще встречается у больных

- А) с инфарктом передней стенки миокарда
- Б) с мерцательной аритмией
- В) с интрамуральным инфарктом миокарда
- Г) с пролапсом митрального клапана

105. Сосудистый коллапс и остановка сердца при эмболии основного ствола легочной артерии связаны

- А) с сосудистым сопротивлением кровотоку
- Б) с легочно-сосудистым рефлексом
- В) с альвеолярно-сосудистым рефлексом
- Г) с резким снижением сердечного выброса

106. Сосудистый коллапс при эмболии мелких ветвей легочной артерии связан

- А) с сосудистым сопротивлением кровотоку
- Б) с легочно-сосудистым рефлексом
- В) с альвеолярно-сосудистым рефлексом
- Г) с резким снижением сердечного выброса

107. Инфаркт-пневмония сопровождается кровохарканьем

- А) в 20% случаев
- Б) в 30-40% случаев
- В) в 40-60% случаев
- Г) в 70-80% случаев

108. Тень инфаркт-пневмонии и плеврита на рентгенограмме появляются после тромбоэмболии легочной артерии

- А) через 4-6 часов
- Б) через 6-12 часов
- В) через 24-48 часов
- Г) через 48 часов и позже

109. Тромбоэмболии легочной артерии с подострым и рецидивирующим течением осложняется плевритом

- А) в 15-20% случаев
- Б) в 30-35% случаев
- В) в 35-40% случаев
- Г) в 50-60% случаев

110. При фибринолитической терапии тромбоэмболии легочной артерии наилучший результат дает

- А) гепарин, вводимый подкожно
- Б) гепарин, вводимый внутривенно
- В) фибринолизин, вводимый внутривенно
- Г) фибринолизин и гепарин, вводимый внутривенно
- Д) стрептокиназа, вводимая внутривенно.

111. Всегда ли обратима обструкция при легкой и среднетяжелой БА?

- А) да
- Б) нет

В) зависит от тяжести приступа

Г) зависит от времени года

112. БА чаще встречается:

А) у мужчин

Б) у женщин

В) нет гендерных различий

Г) в зависимости от региона проживания

113. БА чаще возникает:

А) в детском возрасте

Б) в пожилом возрасте

В) в возрасте 20-30 лет

Г) в возрасте 40-50 лет

114. Положительный результат с метахолиновой пробой является специфичным для БА?

А) да

Б) нет

В) только у детей

Г) только у лиц пожилого возраста

115. Снижение ФЖЕЛ у больных БА является следствием воздушной ловушки?

А) да

Б) нет

В) только у детей

Г) только у лиц пожилого возраста

116. Существует ли риск поздней астматической реакции после проведения пробы с метахолином?

А) да

Б) нет

В) только у детей

Г) зависит от сопутствующей терапии

117. Можно ли оценить гиперреактивность бронхов с помощью показателя пиковой объемной скорости выдоха?

А) да

Б) нет

В) только у детей

Г) только у лиц пожилого возраста

118. Увеличение содержания эозинофилов в крови и мокроте указывает на atopическую природу БА?

А) да

Б) нет

В) только у детей

Г) только у лиц пожилого возраста

119. В возрасте 1 года БА вероятнее всего обусловлена:

А) инфекцией

- Б) аллергией
- В) контактом с шерстью животных
- Г) курением

120. Можно ли по одному из данных показателей предсказать влияние беременности на течение БА?

- А) лейкоцитоз
- Б) эозинофилы крови
- В) сывороточный иммуноглобулин Е
- Г) сывороточный иммуноглобулин М

121. Дифференциальный диагноз одышки у ребенка 1 года включает:

- А) кистозный фиброз
- Б) бронхиолит
- В) бронхиальную астму
- Г) врожденный порок развития
- Д) все перечисленное

122. У больного БА с выявленной тенью в верхней доле левого легкого какой диагноз исключает эта находка?

- А) ТВС
- Б) АБЛА
- Г) Лимфома
- Д) Пневмония
- Б) Ничего из перечисленного

123. Какой части исследования необходимо уделить наибольшее внимание у больной 40 лет с хроническим синуситом, у которой после приема аспирина развился бронхоспазм, хотя атопии в анамнезе нет?

- А) ЛОР-органы
- Б) сердечно-сосудистая система
- В) желудочно-кишечный тракт
- Г) конечности

124. Каких анестетиков следует избегать при даче наркоза у больного с БА?

- А) фторотан
- Б) лидокаин
- В) циклопропан
- Г) этран

125. У больных БА с малым вентиляционным резервом после операции какие анестетики предпочтительны для послеоперационной аналгезии?

- А) наркотики
- Б) ацетилсалициловая кислота
- В) региональная аналгезия
- Г) аналгезию следует вообще избегать

126. Какая астма у 21-летнего пациента, у которого развился бронхоспазм после посещения предприятия по производству серосодержащего газа?

- А) аллергическая
- Б) неаллергическая

- В) хроническое обструктивное заболевание легких
- Г) рестриктивное заболевание легких

127. Наиболее важным компонентом фотохимического смога, который вызывает бронхоспазм, является:

- А) диоксид азота
- Б) озон
- В) соляная кислота
- Г) серная кислота

128. Сопутствующая вирусная инфекция верхних дыхательных путей может усилить проявления БА?

- А) да
- Б) нет
- В) только при инфицировании вирусом гриппа
- Г) только у детей и лиц пожилого возраста

129. Профессиональная астма может быть обусловлена:

- А) иммуноглобулином Е
- Б) неиммунологическими реакциями
- В) прямым раздражением бронхов
- Г) всем перечисленным

130. Гиперреактивность бронхов увеличивается при воздействии ... инфекции?

- А) бактериальной
- Б) вирусной
- В) паразитарной
- Г) не увеличивается при воздействии инфекции

131. Под действием ренина происходит

Варианты ответов

- 1 сужение приносящей артериолы
- 2 расширение приносящей артериолы
- 3 уменьшение размеров пор базальной мембраны
- 4 гипертрофия сосудистых петель клубочка
- 5 уменьшение реабсорбции белка

132. Из ингредиентов первичной мочи в почечных канальцах пассивно реабсорбируется

Варианты ответов

- 1 натрий
- 2 глюкоза
- 3 вода
- 4 уробилиноген
- 5 калий

133. Реабсорбция воды отсутствует

Варианты ответов

- 1 в проксимальном канальце
- 2 в нисходящем отделе петли Генле
- 3 в восходящем отделе петли Генле
- 4 в собирательной трубке
- 5 по ходу всего нефрона

134. Под действием паратгормона реабсорбция фосфатов

Варианты ответов

- 1 увеличивается
- 2 уменьшается
- 3 увеличивается только в кортикальных нефронах
- 4 уменьшается только в кортикальных нефронах
- 5 не изменяется

135. Из нижеперечисленных веществ активной реабсорбции в канальцах подвержены

Варианты ответов

- 1 вода
- 2 калий
- 3 натрий
- 4 мочевины
- 5 фосфаты

136. Между секрецией ионов калия и водорода в нефроне имеется

Варианты ответов

- 1 прямая зависимость
- 2 обратная зависимость
- 3 зависимость отсутствует
- 4 секреция калия зависит от реабсорбции кальция
- 5 секреция водорода обратно пропорциональна реабсорбции натрия

137. Действие АДГ осуществляется

Варианты ответов

- 1 в проксимальном канальце
- 2 в петле Генле
- 3 в дистальном канальце
- 4 в собирательной трубке
- 5 по ходу всего нефрона

138. Метаболический ацидоз в здоровых почках вызывает

Варианты ответов

- 1 повышение аммонийного коэффициента
- 2 снижение аммонийного коэффициента
- 3 увеличение клиренса мочевины
- 4 увеличение секреции калия

139. Эритропоэтин вызывает

Варианты ответов

- 1 анаболический эффект
- 2 эритропоэтическую порфирию
- 3 восстановление эритропоэза и анаболический эффект
- 4 увеличение жизни эритроцита
- 5 все указанные процессы

140. Инкреторная функция почек обеспечивает

- 1) регуляцию артериального давления и объема циркулирующей крови
- 2) уровень эритропоэза и свертывание крови
- 3) секрецию минералокортикоидов корой надпочечников и метаболизм кальция и фосфора
- 4) секрецию антидиуретического гормона
- 141) секрецию натрийуретических гормонов

Варианты ответов

- 1 верно 1, 2, 3
- 2 верно 1 и 2
- 3 верно 2 и 4
- 4 верно 4

5 верно 1,2,3,4,5

141. Витамин Д3 стимулирует резорбцию кальция в

Варианты ответов

- 1 канальцах
- 2 кишечнике
- 3 собирательных трубках
- 4 канальцах и кишечнике
- 5 собирательных трубках и канальцах

142. Усиление секреции ренина происходит при

Варианты ответов

- 1 гиповолемии
- 2 снижении перфузионного давления в афферентных артериолах
- 3 сниженном поступлении натрия в организм
- 4 всех перечисленных состояниях
- 5 перечисленных состояниях не происходит

143. Не верным является утверждение о нормальном расположении почек:

- 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

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты верны

144. Не верным является утверждение о нормальном расположении почек по отношению к позвоночнику:

- 1 параллельно
- 2 симметрично под углом 30°
- 3 асимметрично под углом 30°
- 4 симметрично под углом 45°
- 5 асимметрично под углом 45°

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3, 5
2. Если верно 1, 2, 4, 5
3. Если верно 1, 3, 4, 5
4. Если верно 2, 3, 4, 5
5. Все варианты не верны

145. Почечную ножку образуют (выберите неправильные варианты ответов):

- 1 мочеточник и почечная артерия
- 2 почечная артерия и вена
- 3 почечная вена и мочеточник
- 4 мочеточник, почечные артерия и вена

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

146. Почечная артерия, войдя в ворота почки, непосредственно делится на (выберите неправильные варианты ответов):

- 1 дугообразные артерии
- 2 приносящие артериолы
- 3 междольковые артерии
- 4 междольковые артерии

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

147. Выносящая артериола кортикальных нефронов, выйдя из капсулы клубочка делится на капилляры (выберите неправильные варианты ответов):

- 1 оплетающие проксимальные и дистальные каналы
- 2 оплетающие собирательные трубки
- 3 оплетающие петлю Генле
- 4 не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4

148. Выносящая артериола юкстамедуллярных нефронов, выйдя из капсулы, делится на капилляры (выберите неправильные варианты ответов):

- 1 оплетающие проксимальные и дистальные каналы
- 2 оплетающие собирательные трубки
- 3 оплетающие тонкий сегмент петли Генле
- 4 не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4

149. Прямые артерии и вены не располагаются:

- 1 в Бертининовых столбах
- 2 в Мальпигиевых пирамидах
- 3 между корковым и мозговым веществом
- 4 между наружным и внутренним мозговым веществом

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

150. Лимфатическая система почки не имеет прямого функционального подчинения:

- 1 клубочковой фильтрации
- 2 реабсорбционной работе канальцев
- 3 секреторной работе канальцев
- 4 всем указанным процессам

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4

3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

151. В иннервации канальцевого аппарата почек участвуют нервы (выберите неправильные утверждения):

- 1 только адренергические
- 2 только холинергические
- 3 адренергические и холинергические
- 4 ауторегулируются

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

152. Источником иннервации клеток ЮГА не являются следующие нервные сплетения:

- 1 аортальное
- 2 ренальное
- 3 аорторенальное
- 4 аортальное и ренальное

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

153. Клетки эпителиоидные, плотного пятна, мезангиальные и Гурмагтига являются главными морфологическими элементами:

Варианты ответов

- 1 эпителия клубочков
- 2 эпителия канальцев
- 3 мезангия
4. Юкстагломерулярного аппарата

154. Не секретирующими ренин клетками являются:

- 1 эпителиоидные (гранулярные)
- 2 клетки плотного пятна
- 3 клетки Гурмагтига
- 4 мезангиальные клетки

155. Простагландины не вызывают

- 1 вазодилатацию и стимуляцию секреции вазопрессина
- 2 депрессорный эффект и стимуляцию секреции ренина
- 3 вазодилатацию и стимуляцию синтеза урокиназы
- 4 депрессорный эффект и стимуляцию секреции АДГ

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

156. Фильтром для форменных элементов крови не являются

- 1 поры эндотелиального слоя

- 2 поры базальной мембраны
- 3 щелевые мембраны
- 4 ножки подоцитов
- 5 щеточная кайма

Варианты ответов

- 1. Если верно 1, 2, 3
- 2. Если верно 1, 2, 4
- 3. Если верно 1, 3, 4
- 4. Если верно 2, 3, 4
- 5. Все варианты верны

157. Митохондрии отсутствуют в

Варианты ответов

- 1 всех клетках петли Генле
- 2 только в кортикальных нефронах
- 3 только в юкстамедуллярных нефронах
- 4 только в восходящем отделе петли Генле

158. Процесс ультрафильтрации не является

- 1 активным
- 2 пассивным
- 3 и активным, и пассивным
- 4 активным или пассивным под влиянием различных гуморальных факторов

Варианты ответов

- 1. Если верно 1, 2, 3
- 2. Если верно 1, 2, 4
- 3. Если верно 1, 3, 4
- 4. Если верно 2, 3, 4

159. Ультрафильтрация в клубочках не осуществляется за счет давления

- 1 онкотического белков плазмы
- 2 гидростатического крови
- 3 осмотического провизорной мочи
- 4 всех перечисленных

Варианты ответов

- 1. Если верно 1, 2, 3
- 2. Если верно 1, 2
- 3. Если верно 1, 3
- 4. Если верно 4

160. Отрицательный заряд базальная мембрана несёт:

Варианты ответов

- 1 Во всех нефронах клубочка
- 2 только в кортикальных нефронах
- 3 только в юкстамедуллярных нефронах

161. В почках мочевины и мочевая кислота (укажите неправильные ответы):

- 1 фильтруются, реабсорбируются и секретируются
- 2 фильтруются и реабсорбируются, секретируется только моче
- 3 фильтруются и реабсорбируются
- 4 фильтруется мочевины, секретируется мочевая кислота

Варианты ответов

- 1. Если верно 1, 2, 3
- 2. Если верно 1, 2, 4
- 3. Если верно 1, 3, 4
- 4. Если верно 2, 3, 4
- 5. Все варианты не верны

162. Ренин не влияет на
1 сужение приносящей артериолы
2 расширение приносящей артериолы
3 фильтрацию и реабсорбцию мочевой кислоты
4 фильтрацию мочевины

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

163. Из ингредиентов первичной мочи в почечных канальцах пассивно не реабсорбируются

- 1 натрий
- 2 глюкоза
- 3 вода
- 4 уробилиноген
- 5 калий

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3
2. Если верно 1, 2, 4
3. Если верно 1, 3, 4
4. Если верно 2, 3, 4
5. Все варианты не верны

164. Реабсорбция воды происходит

Варианты ответов

- 1 в проксимальном канальце
- 2 в нисходящем отделе петли Генле
- 3 в восходящем отделе петли Генле
- 4 в собирательной трубке
- 5 по ходу всего нефрона

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3, 5
2. Если верно 1, 2, 4, 5
3. Если верно 1, 3, 4, 5
4. Если верно 2, 3, 4, 5
5. Если верно 1, 2, 3, 4

165. Под действием паратгормона выведение фосфатов с мочой

Варианты ответов

- 1 увеличивается
- 2 уменьшается
- 3 не изменяется

166. Из нижеперечисленных веществ активной реабсорбции в канальцах не подвержены

- 1 вода
- 2 калий
- 3 натрий
- 4 мочевины
- 5 фосфаты

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3, 5
2. Если верно 1, 2, 4, 5
3. Если верно 1, 3, 4, 5
4. Если верно 2, 3, 4, 5

5. Если верно 1, 2, 3, 4

167. Секретия ионов калия и водорода в нефроне не подвержена

1 прямой зависимости

2 обратная зависимость

3 зависимость отсутствует

4 секретия калия зависит от реабсорбции кальция

5 секретия водорода обратно пропорциональна реабсорбции натрия

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3, 5

2. Если верно 1, 2, 4, 5

3. Если верно 1, 3, 4, 5

4. Если верно 2, 3, 4, 5

5. Если верно 1, 2, 3, 4

168. Точкой приложения АДГ не является

1 проксимальный каналец

2 петля Генле

3 дистальный каналец

4 собирательная трубка

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3

2. Если верно 1, 2, 4

3. Если верно 1, 3, 4

4. Если верно 2, 3, 4

5. Если верно 1, 2, 3

169. Метаболический ацидоз в здоровых почках не приводит

1 к повышению аммонийного коэффициента

2 к снижению аммонийного коэффициента

3 к увеличению клиренса мочевины

4 к увеличению секретии калия

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3

2. Если верно 1, 2, 4

3. Если верно 1, 3, 4

4. Если верно 2, 3, 4

5. Всё перечисленное верно

170. Эритропоэтин не вызывает

1 анаболический эффект

2 эритропоэтическую порфирию

3 восстановление эритропоэза и анаболический эффект

4 увеличение жизни эритроцита

Варианты ответов

1. Если верно 1, 2, 3

2. Если верно 1, 2, 4

3. Если верно 1, 3, 4

4. Если верно 2, 3, 4

5. Всё перечисленное не верно

171. Инкреторная функция почек не влияет напрямую на

1 регуляцию артериального давления и объема циркулирующей крови

2 уровень эритропоэза и свертывание крови

3 секретию минералокортикоидов корой надпочечников и метаболизм кальция и фосфора

4 секретию антидиуретического гормона

5 секретию натрийуретических гормонов

Варианты ответов

- 1 верно 1, 2, 3
- 2 верно 1 и 2
- 3 верно 2 и 4
- 4 верно 4 и 5
- 5 верно 1,2,3,4,5

172. На резорбцию кальция в канальцах и кишечнике влияет

Варианты ответов

1. Эргокальциферол
2. Холекальциферол
3. 1,25-дигидроксиохолекальциферол
4. гидроксихолекальциферол

173. Общим морфологическим признаком мезангиальных нефритов не является

- 1 расширение мезангия
- 2 пролиферация мезангия
- 3 интерпозиция мезангия

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2
- 2 если верно 1, 3
- 3 если верно 2, 3
- 4 всё перечисленное неверно

174. Изолированным минимальным нефротическим синдромом наиболее часто клинически проявляется морфологическая форма

Варианты ответов

- 1 мезангиокапиллярного нефрита
- 2 минимальные изменения
- 3 мезангиопролиферативного нефрита
- 4 мембранозная нефропатия

175. Для мезангиопролиферативного гломерулонефрита в наибольшей степени характерны

Варианты ответов

- 1 развитие артериальной гипертензии
- 2 наибольший полиморфизм клиники
- 3 формирование нефротического синдрома
- 4 мочевого синдром

176. Максимально быстрое прогрессирование нефрита не характерно

- 1 для латентного нефрита
- 2 для нефротической формы нефрита
- 3 для смешанной формы нефрита
- 4 для гипертонической формы нефрита

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2, 3
- 2 если верно 1, 2, 4
- 3 если верно 1, 3, 4
- 4 если верно 2, 3, 4
- 5 всё перечисленное неверно

177. Постоянного наблюдения за временем свёртывания при хроническом гломерулонефрите требует терапия

Варианты ответов

- 1 глюкокортикостероидными гормонами
- 2 цитостатиками
- 3 гепарином

4 НПВП

178. Постоянное наблюдение за уровнем лейкоцитов крови требует лечение

Варианты ответов

- 1 глюкокортикостероидными гормонами
- 2 цитостатиками
- 3 гепарином
- 4 НПВП
- 5 антибиотиками

179. Цитостатические препараты не применяются

- 1 при узелковом периартериите с поражением почек
- 2 при активном люпус-нефрите
- 3 при хроническом гломерулонефрите нефротического типа
- 4 при быстро прогрессирующем нефрите

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2, 3
- 2 если верно 1, 2, 4
- 3 если верно 1, 3, 4
- 4 если верно 2, 3, 4
- 5 всё перечисленное неверно

180. Показаниями для проведения "пульс"-терапии метипредом не являются

Варианты ответов

- 1 высокая степень активности почечного процесса
- 2 быстро прогрессирующий нефрит
- 3 криз отторжения трансплантата
- 4 всё перечисленное неверно

181. Назначение стероидов не является абсолютно противопоказанным

- 1 при нефрите с минимальными изменениями
- 2 при активном волчаночном нефрите
- 3 при истинной склеродермической почке
- 4 при поражении почек при синдроме Вегенера
- 5 при мезангиопролиферативном нефрите

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2, 3, 5
- 2 если верно 1, 2, 4, 5
- 3 если верно 1, 3, 4, 5
- 4 если верно 2, 3, 4, 5
- 5 если верно 1, 2, 3, 4
- 6 Всё перечисленное верно

182. Кишечная палочка является наиболее частым возбудителем

Варианты ответов

- 1 острого пиелонефрита
- 2 хронического пиелонефрита
- 3 острого гломерулонефрита
- 4 подострого гломерулонефрита
- 5 уретрита и цистита
- 6 всех указанных заболеваний

183. Нарушение пассажа мочи чаще всего способствует возникновению

Варианты ответов

- 1 острого пиелонефрита
- 2 острого гломерулонефрита
3. уретрита

- 4 острого цистита
- 5 всех указанных заболеваний

184. Резким падением артериального давления, уменьшением диуреза, метаболическим ацидозом характеризуется

Варианты ответов

- 1 склеродермический почечный криз
- 2 острая мочекишечная нефропатия
- 3 бактериемический шок при остром пиелонефрите
- 4. Все перечисленные состояния
- 5. Ни одно из перечисленных состояний

185. Дилатация мочеточников за счет гормональной перестройки является наиболее частой причиной развития

Варианты ответов

- 1 пиелонефрита в старческом возрасте
- 2 пиелонефрита у женщин в постменопаузе
- 3 пиелонефрита у беременных
- 4 пиелонефрита на фоне терапии ГКС (глюкокортикостероидами)
- 5 пиелонефрита на фоне ЗГТ (заместительной гормональной терапии)

186. Оперативное лечение с массивной антибактериальной терапией требуется, как правило, для лечения

Варианты ответов

- 1 пиелонефрита, вызванного синегнойной палочкой
- 2 пиелонефрита, вызванного стафилококком
- 3 апостематозного нефрита
- 4 всё перечисленное верно
- 5 всё перечисленное неверно

187. Морфологическим проявлением карбункула почки не является

- 1 вздутие на поверхности почки
- 2 некротизированная ткань, клиновидно уходящая в паренхиму
- 3 инфильтрация капсулы, спаянность ее с паренхимой почки
- 4 частое вовлечение с паранефральной клетчаткой

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2, 3
- 2 если верно 1, 2, 4
- 3 если верно 1, 3, 4
- 4 если верно 2, 3, 4
- 5 всё перечисленное не верно
- 6 всё перечисленное верно

188. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей не является

Варианты ответов

- 1 обязательным показанием для операции
- 2 обязательным показанием для антибактериальной терапии
- 3 обязательным показанием к операции только у девочек
- 4 обязательным показанием к операции только у мальчиков
- 5 всё перечисленное верно
- 6 всё перечисленное не верно

189. Уростазу принадлежит ведущая роль в развитии

Варианты ответов

- 1 хронического гломерулонефрита
- 2 острого пиелонефрита
- 3 хронического пиелонефрита

- 4 всем перечисленным состояниям
- 5 ни одному из перечисленных состояний

190. Патологоанатомическое исследование постоянно выявляет лимфогистiocитарную инфильтрацию интерстиция при

Варианты ответов

- 1 хроническом пиелонефрите
- 2 остром гломерулонефрите
- 3 хроническом гломерулонефрите
- 4 мезангиокапиллярном нефрите
- 5 всех вышеперечисленных состояниях
- 6 ни одном из вышеперечисленных состояний

191. Исследование ночной мочи наиболее целесообразно для

Варианты ответов

- 1 выявления бактериурии
- 2 выявления нарушений концентрационной функции почек
- 3 выявления гематурии
- 4 выявления цилиндрурии
- 5 выявления протеинурии

192. Для латентного пиелонефрита не являются обязательными

Варианты ответов

- 1 боли в пояснице
- 2 повышение температуры тела
- 3 ознобы
- 4 все указанные симптомы
- 5 ни один из указанных симптомов

193. Наличие выраженного гидрокаликоза является важным для установления диагноза

Варианты ответов

- 1 пиелонефрита
- 2 гломерулонефрита
- 3 интерстициального нефрита
- 4 ничего из перечисленного
- 5 всего перечисленное

194. Лечение хронического пиелонефрита не должно базироваться

Варианты ответов

- 1 на данных посева мочи
- 2 на данных о состоянии уродинамики
- 3 на оценке функции почек
- 4 на всех перечисленных данных
- 5 всё перечисленное не верно

195. Карбенициллин рациональнее применять для лечения пиелонефрита, вызванного

Варианты ответов

- 1 стафилококком
- 2 стрептококком
- 3 кишечной палочкой
- 4 синегнойной палочкой
- 5 микобактериями

196. Поражение печени и дентальную дисплазию плода могут вызвать

Варианты ответов

- 1 антибиотики группы пенициллина
- 2 антибиотики группы макролидов

- 3 карбапенемы
- 4 антибиотики группы тетрациклина
- 5 фторхинолоны

197. При лечении пиелонефрита беременных нежелательно назначение

- 1 антибиотиков тетрациклинового ряда
- 2 аминогликозидов
- 3 цефалоспоринов
- 4 полусинтетических пенициллинов

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2, 3
- 2 если верно 1, 2, 4
- 3 если верно 1, 3, 4
- 4 если верно 2, 3, 4
- 5 всё перечисленное не верно
- 6 всё перечисленное верно

198. У больного, страдающего хроническим пиелонефритом и простатитом не является целесообразной терапия

- 1 5-НОК
- 2 бисептолом
- 3 невигамоном
- 4 ампициллином

Варианты ответов

- 1 если верно 1, 2, 3
- 2 если верно 1, 2, 4
- 3 если верно 1, 3, 4
- 4 если верно 2, 3, 4
- 5 всё перечисленное не верно
- 6 всё перечисленное верно

199. У больного с продолжительным анамнезом заболевания на фоне массивной протеинурии и высокого артериального давления выявляется быстрое прогрессирование почечной недостаточности. Какие заболевания следует исключить, как менее вероятные:

- 1. туберкулез почек
- 2. опухоль почек
- 3. поликистоз почек
- 4. подострый гломерулонефрит
- 5. пиелонефрит

Варианты ответов

- 1 верно 1, 2, 3
- 2 верно 1 и 2
- 3 верно 2, 3, 4, 5
- 4 верно 4
- 5 верно 1, 2, 3, 5
- 6 верно 1, 3, 4, 5

200. Для острого интерстициального нефрита в общем анализе мочи низко специфичны

- 1 лейкоцитурия
- 2 протеинурия
- 3 гематурия
- 4 бактериурия
- 5 все указанные симптомы

Варианты ответов

- 1 верно 1, 2, 3
- 2 верно 1 и 2
- 3 верно 2, 3, 4

- 4 верно 5
- 5 верно 1, 2, 4
- 6 верно 1, 3, 4

201. Степень вовлечения в патологический процесс артериол почек при доброкачественном артериолонефросклерозе коррелирует с таковой артериол

Варианты ответов

- 1 глазного дна
- 2 поджелудочной железы
- 3 слюнных желез
- 4 всех указанных органов
- 5 ни одного из указанных органов

202. Морфологические изменения клубочков при артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

- 1 первичными и независимыми
- 2 вторичными по отношению к поражению сосудов
- 3 как первичными, так и вторичными
- 4 клубочки не поражаются

203. Все следующие симптомы начальной стадии артериальной гипертензии имеют психическую основу, за исключением

Варианты ответов

- 1 слабости и усталости
- 2 болей в области сердца
- 3 тошноты
- 4 головной боли
- 5 гипертрофии левого желудочка

204. Одним из характерных симптомов злокачественной артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

- 1 абдоминальные боли
- 2 необъяснимое похудание
- 3 артралгии
- 4 геморрагическая сыпь
- 5 все перечисленное

205. При доброкачественном артериолонефросклерозе в мочевом осадке

Варианты ответов

- 1 в подавляющем большинстве случаев изменений нет
- 2 наблюдается изолированная протеинурия до 1,5 г/л
- 3 микрогематурия
- 4 макрогематурия
- 5 выраженная лейкоцитурия и цилиндрурия

206. При злокачественном артериолонефросклерозе протеинурия

Варианты ответов

- 1 наблюдается всегда
- 2 может отсутствовать
- 3 никогда не наблюдается
- 4 нехарактерна

207. Наиболее ранним функциональным проявлением поражения почек при артериальной гипертензии является

Варианты ответов

- 1 снижение клубочковой фильтрации
- 2 снижение канальцевого максимума для парааминогипурата

- 3 повышение плазмотока
- 4 снижение реабсорбции фосфора
- 5 все перечисленное

208. Определение уровня ренина в периферической крови

Варианты ответов

- 1 является важным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике с реноваскулярной гипертонией
- 2 не информативно в дифференциально-диагностическом плане
- 3 является вспомогательным тестом на реноваскулярную природу артериальной гипертонии
- 4 является диагностическим критерием феохромоцитомы

209. Кардиальные и церебральные симптомы более всего свойственны

Варианты ответов

- 1 вазоренальной артериальной гипертензии
- 2 гипертонической болезни с поражениями почек
- 3 реноваскулярной гипертонии
- 4 любой форме гипертонии
- 5 верно 1 и 3

210. Возможными исходами поражения почек при артериальной гипертензии являются

Варианты ответов

- 1 первично-сморщенная почка
- 2 пиелонефрит
- 3 стеноз почечных артерий
- 4 вторично-сморщенная почка
- 5 все перечисленное

211. При поражении почек вследствие артериальной гипертензии показана диетотерапия с ограничением хлористого натрия и использованием

Варианты ответов

- 1 преднизолона
- 2 цитостатика
- 3 курантила
- 4 гепарина
- 5 гипотензивной и диуретической терапии

212. Инфекционный эндокардит наиболее часто вызывается

Варианты ответов

- 1 пневмококками
- 2 грамотрицательными бактериями
- 3 стрептококками, стафилококками
- 4 гонококками, менингококками
- 5 вирусами

213. Поражение почек при инфекционном эндокардите может характеризоваться

Варианты ответов

- 1 диффузным нефритом
- 2 очаговым нефритом
- 3 инфарктом почки
- 4 амилоидозом почек
- 5 любым указанным поражением

214. При поражении почек у больных с бактериальным эндокардитом наиболее целесообразно назначение

Варианты ответов

- 1 пенициллина

- 2 полусинтетических пенициллинов
- 3 гентамицина или стрептомицина
- 4 препаратов тетрациклинового ряда
- 5 терапии только после получения результатов посева крови

215. Для профилактики поражения почек при бактериальном эндокардите необходимо назначение:

Варианты ответов

- 1 постельного режима
- 2 диеты с ограничением белка
- 3 антибактериальной терапии
- 4 всего вышеперечисленного

216. Функциональное состояние почек у больных со стенозом почечных артерий зависит

Варианты ответов

- 1 от степени стенозирования
- 2 от давности заболевания
- 3 от одно- или двустороннего процесса
- 4 от присутствия инфекции мочевых путей
- 5 от всех указанных факторов

217. Артериальная гипертензия вследствие атеросклероза почечных артерий характеризуется главным образом

Варианты ответов

- 1 выраженной протеинурией
- 2 выраженной гематурией
- 3 сочетанием протеинурии и гематурии
- 4 выраженной лейкоцитурией
- 5 ни одним из указанных симптомов

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	А	46	Б	91	А	136	1	181	2
2	А	47	А	92	А	137	3	182	1
3	Б	48	Г	93	Б	138	2	183	1
4	Г	49	А	94	А	139	4	184	3
5	Г	50	А	95	Б	140	1	185	3
6	Б	51	Б	96	А	141	4	186	3

7	А	52	А	97	А	142	1	187	5
8	Б	53	В	98	Б	143	2	188	5
9	А	54	Г	99	Д	144	2	189	3
10	Г	55	В	100	Б	145	1	190	1
11	А	56	Б	101	Г	146	1	191	1
12	Г	57	Д	102	Г	147	4	192	4
13	А	58	Б	103	Г	148	1	193	1
14	Г	59	Б	104	Б	149	2	194	5
15	Б	60	А	105	Б	150	3	195	4
16	Г	61	Г	106	Б	151	2	196	4
17	А	62	В	107	Б	152	2	197	1
18	В	63	Б	108	Б	153	2	198	1
19	Б	64	В	109	В	154	4	199	5
20	А	65	В	110	Г	155	1	200	3
21	Г	66	Б	111	Б	156	4	201	4
22	Г	67	В	112	В	157	1	202	2
23	А	68	Б	113	В	158	3	203	5
24	А	69	Б	114	А	159	2	204	2
25	В	70	Д	115	А	160	1	205	2
26	Б	71	Д	116	А	161	2	206	1
27	Б	72	Д	117	А	162	4	207	2
28	А	73	Г	118	А	163	4	208	2
29	В	74	Г	119	Б	164	4	209	4
30	А	75	А	120	В	165	1	210	1
31	Б	76	Б	121	В	166	2	211	5
32	А	77	Г	122	Б	167	4	212	3
33	Б	78	Б	123	Б	168	2	213	5
34	Г	79	Б	124	Д	169	3	214	2
35	А	80	Д	125	Г	170	1	215	4
36	В	81	Б	126	В	171	4	216	5
37	А	82	Б	127	Г	172	3	217	5

38	Б	83	В	128	Б	173	4		
39	Г	84	Б	129	А	174	2		
40	В	85	Г	130	А	175	2		
41	Г	86	Г	131	1	176	2		
42	А	87	Д	132	1	177	3		
43	Б	88	Б	133	1	178	2		
44	А	89	А	134	2	179	5		
45	Г	90	А	135	3	180	4		

«Клиническая фармакология»:

001. Как меняется объем распределения жирорастворимых ЛС у тучных больных?
- уменьшается
 - уменьшается или не меняется
 - не меняется
 - не меняется или увеличивается
 - увеличивается
002. Как меняется биотрансформация ЛС на фоне курения и приема алкоголя?
- уменьшается
 - уменьшается или не меняется
 - не меняется
 - не меняется или усиливается
 - усиливается
003. От какого основного фактора зависит биоэквивалентность лекарства?
- фармакодинамические характеристики ЛС
 - физико-химические характеристики
 - лекарственная форма
 - технология изготовления
 - состояние организма пациента
004. Какие побочные действия ЛС не зависят от дозы?
- связанные с фармакологическими свойствами ЛС
 - токсические осложнения, обусловленные абсолютной или относительной передозировкой
 - вторичные эффекты, обусловленные нарушением иммунобиологических свойств организма
 - иммунологические реакции немедленного и замедленного типов
 - синдром отмены
005. Какое осложнение у новорожденных может вызвать введение беременным перед родами сульфата магния?
- развитие нейро-мышечных блокад и летаргии
 - угнетение дыхания
 - тромбоцитопению
 - гепатотоксическое действие
 - гипотрофию

006. Какие осложнения у новорожденных может вызвать назначение беременным -адреноблокаторов?
- а) потеря слуха
 - б) поражение кожных покровов
 - в) гипотрофию плаценты и плода
 - г) преждевременное закрытие боталлова протока
 - д) геморрагический синдром
007. Применение каких antimicrobных препаратов наиболее безопасно во время беременности?
- а) аминогликозиды
 - б) котримоксазол
 - в) нитрофураны
 - г) пенициллины
 - д) фторхинолоны
008. Укажите антибиотик, не обладающий антисинегнойной активностью:
- а) карбенициллин
 - б) ампиокс
 - в) тикарциллин
 - д) азлоциллин
 - г) цефтазидим
009. Больной пневмонией, получающий антибактериальное лечение, стал предъявлять жалобы на головокружение, неустойчивость и пошатывание при ходьбе. Применение какого антибиотика могло вызвать эти симптомы?
- а) ампициллин
 - б) цефоперазон
 - в) гентамицин
 - г) эритромицин
 - д) линкомицин
010. Укажите антибиотик, являющийся препаратом выбора при лечении инфекций, вызванных staph. aureus:
- а) пенициллин
 - б) гентамицин
 - в) азитромицин
 - г) левомецетин
 - д) амоксициллин-клавуланат
011. Укажите антибиотик, являющийся препаратом выбора при лечении инфекций, вызванных метициллинрезистентным стафилококком:
- а) линкомицин
 - б) эритромицин
 - в) ванкомицин
 - г) пенициллин
 - д) оксациллин
012. Укажите антибиотик, обладающий наибольшей антианаэробной активностью:
- а) ампициллин
 - б) гентамицин
 - в) цефоперазон
 - г) метранидозол
 - д) тетрациклин
013. Активен против атипичных возбудителей (микоплазма, хламидии, легионелла):
- а) гентамицин

- б) эритромицин
- в) ампиокс
- г) левомецетин
- д) клиндамицин

014. Котримоксазол является препаратом выбора при лечении:

- а) пневмоцистной пневмонии у больных с иммунодефицитом
- б) дифтерии
- в) холангита
- г) пневмококковой пневмонии
- д) амёбной дизентерии

015. Какой антибиотик противопоказан больным, получающим миорелаксанты или при миастении?

- а) ампициллин
- б) гентамицин
- в) эритромицин
- г) линкомицин
- д) ципрофлоксацин

016. Больному бронхиальной астмой, получающему постоянно преднизолон внутрь, теопек, ингаляции беротека, в связи с присоединившейся бронхолегочной инфекцией были назначены эритромицин и бромгексин. На третий день лечения у больного появилась головная боль, беспокойство, раздражительность, сердцебиение, ощущение перебоев в сердце, снижение АД, повышение температуры, тошнота, рвота. С токсическим действием какого препарата связаны эти симптомы?

- а) преднизолон
- б) теопек
- в) эритромицин
- г) беротек
- д) бромгексин

017. Концентрацию теофиллина в крови снижают все указанные препараты, кроме:

- а) фенобарбитала
- б) рифампицина
- в) карбамазипина
- г) нифедипина
- д) фенитоина

018. Средняя терапевтическая концентрация теофиллина в плазме составляет:

- а) 10-20 мкг/мл
- б) 25-30 мкг/мл
- в) 30-35 мкг/мл
- г) 35-40 мкг/мл
- д) 5-10 мкг/мл

019. При сочетанном действии теофиллина и циметидина действие эуфиллина:

- а) усиливается
- б) усиливается или не изменяется
- в) уменьшается
- г) уменьшается или не изменяется
- д) не изменяется

020. Длительность действия ксантинов:

- а) 1-2 часа
- б) 2-3 часа
- в) 3-4 часа
- г) 6-8 часов

д) 10-12 часов

021. Какой механизм действия агонистов 2-адренорецепторов?

- а) ингибирование фосфодиэстеразы
- б) торможение дегрануляции тучных клеток
- в) блокада гистаминовых рецепторов
- г) угнетение действия лейкотриенов на дыхательные пути
- д) активация аденилатциклазы, увеличение образования цАМФ

022. Укажите начало, максимум действия и длительность действия фенотерола (беротека):

- а) немедленно, 10 минут, 6 часов
- б) 15 минут, 30 минут, 6 часов
- в) 2-3 минут, 20 минут, 2,5 часа
- г) 5-10 минут, 30 минут, 6 часов
- д) 30-40 секунд, 20 минут, 3-5 часов

023. Укажите наиболее частые побочные эффекты ингаляторных форм глюкокортикоидов:

- а) развитие остеопороза
- б) гиперкортицизм
- в) кандидоз полости рта и глотки
- г) артериальная гипертония

024. В отличие от беклометазона пропионата, будезонид обладает:

- а) более значительным сродством к рецепторам в легких, подвергается активной биотрансформации в печени при первом прохождении
- б) в большей степени угнетает образование гидрокортизона
- в) более часто ведет к развитию гипергликемии
- г) более часто вызывает обострение бронхо-легочной инфекции
- д) различие между препаратами отсутствует

025. Укажите 2-адреномиметик длительного действия:

- а) сальбутамол
- б) тербуталин
- в) фенотерол
- г) орципреналина сульфат
- д) формотерол

026. Укажите препарат, обладающий наиболее мощным угнетающим действием на желудочную секрецию:

- а) омепразол
- б) циметидин
- в) фамотидин
- г) сукральфат
- д) пиренципин

027. Укажите рекомендуемую суточную дозу ранитидина для лечения рецидива язвенной болезни 12-перстной кишки:

- а) 75 мг
- б) 150 мг
- в) 300 мг
- г) 600 мг
- д) 900 мг

028. Больной, страдающий ревматоидным полиартритом,

длительное время получает НПВП.

Какой препарат показан этому пациенту для предотвращения язвообразования?

- а) сукральфат
- б) гастрोцепин
- в) ранитидин
- г) маалокс
- д) мисопростол

029. При лечении хеликобактериоза наиболее эффективно применение:

- а) ранитидина
- б) оксациллина
- в) де-нола
- г) де-нола+ампициллин (амоксициллин)
- д) маалокса

030. Наиболее рациональный режим назначения антацидов у больных язвенной болезнью:

- а) за 20 минут до еды
- б) сразу после еды
- в) через 20 минут после еды и на ночь
- г) через час после еды и на ночь
- д) независимо от приема пищи 4-5 раз в день

031. Какие гипотензивные препараты

действуют преимущественно как постганглионарные адреноблокаторы?

- а) пентамин
- б) клонидин
- в) гуанетидина сульфат
- г) анаприлин
- д) хлорталидон

032. Какие гипотензивные препараты

действуют на нейрогуморальные механизмы регуляции АД?

- а) клонидин
- б) каптоприл
- в) миноксидил
- г) гуанетидин
- д) гидрохлортиазид

033. Укажите механизмы гипотензивного действия верошпирона:

- а) снижение активности ренина плазмы
- б) блокада адренорецепторов
- в) уменьшение объема циркулирующей жидкости
- г) снижение общего периферического сопротивления
- д) конкурентный антагонист альдостерона

034. Биодоступность нифедипина низкая из-за:

- а) пресистемной элиминации в печени
- б) низкой абсорбции
- в) связывания с белками плазмы
- г) инактивации в желудочно-кишечный тракт

035. Укажите длительность гипотензивного действия разовой дозы клофелина при приеме внутрь:

- а) 1-2 часа
- б) 6-8 часов
- в) 10-12 часов
- г) 2-24 часа

д) до 3 суток

036. Купирование неосложненного гипертонического криза следует начинать:

- а) с внутримышечного введения 1,0 мл 0,01% раствора клофелина
- б) с 40 мг фуросемида внутрь
- в) с 10-20 мг нифедипина сублингвально
- г) с 40 мг анаприлина внутрь
- д) с внутривенного 1,0 мл 0,5% раствора фентоламина

037. Каптоприл противопоказан больным:

- а) с циррозом печени
- б) с хронической почечной недостаточностью
- в) с легочным сердцем
- г) с сахарным диабетом
- д) с язвенной болезнью

038. Укажите механизм действия нитроглицерина:

- а) блокада -адренорецепторов
- б) спазмолитическое, миотропное действие на гладкие мышцы сосудистой стенки
- в) блокада мелких кальциевых каналов клеточной мембраны
- г) повышение активности -рецепторов сосудистой стенки коронарных артерий
- д) повышает медленный ток кальция в клетку

039. Каковы противопоказания к назначению нитратов?

- а) острый инфаркт миокарда
- б) артериальная гипертензия
- в) гипотония
- г) брадикардия
- д) атриовентрикулярная блокада

040. Чем обусловлен антиангинальный эффект -адреноблокаторов?

- а) расширение коронарных сосудов
- б) снижение послеи преднагрузки на сердце
- в) уменьшение работы сердца
- г) центральный механизм действия
- д) повышение потребности миокарда в кислороде

041. Укажите -адреноблокатор селективного действия:

- а) обзидан
- б) тразикор
- в) вискен
- г) сектраль
- д) аптин

042. Какова биоусвояемость пропранолола при приеме внутрь?

- а) 10%
- б) 25%
- в) 40%
- г) 66%
- д) 100%

043. Какова биодоступность верапамила при приеме внутрь?

- а) 10%
- б) 25%
- в) 75%

- г) 50%
- д) 100%

044. Укажите противопоказания к назначению нифедипина:

- а) артериальная гипертония
- б) сердечная недостаточность
- в) бронхиальная астма
- г) артериальная гипотония
- д) атриовентрикулярная блокада 2-й степени

045. Укажите препарат, относящийся к 1-й группе антиаритмических средств (мембраностабилизирующего действия):

- а) лидокаин
- б) изоптин
- в) кордарон
- г) хинидин
- д) дифинин

046. Укажите препарат, относящийся ко 2-й группе антиаритмических средств (местные анестетики):

- а) мекситил
- б) обзидан
- в) вискен
- г) кордарон
- д) новокаинамид

047. Укажите препарат, относящийся к 3-й группе антиаритмических средств (-адреноблокаторы):

- а) лидокаин
- б) тразикор
- в) кордарон
- г) хинидин
- д) изоптин

048. Укажите продолжительность действия лидокаина:

- а) 20 минут
- б) 60 минут
- в) 1,5-2 часа
- г) 4 часа
- д) 12 часов

049. Укажите период полувыведения кордарона:

- а) 4-6 часов
- б) 1-2 часа
- в) 20-24 часа
- г) 1-3
- д) 14 дней

050. Укажите время достижения максимальной концентрации изоптина в плазме крови при приеме внутрь:

- а) 10 минут
- б) 50 минут
- в) 1,5-2 часа
- г) 8 часов
- д) 10 часов

051. Укажите местный анестетик,

обладающий наиболее выраженным антиаритмическим действием:

- а) лидокаин
- б) тримекаин
- в) ксикаин
- г) новокаин
- д) мекситил

052. Развитие толерантности к нитратам зависит, главным образом:

- а) от пути введения нитрата
- б) от времени достижения максимальной концентрации в крови
- в) от продолжительности действия
- г) от комбинации с другими лекарствами
- д) ни один из перечисленных факторов не влияет на развитие толерантности

053. В отличие от изосорбид-динитрата, 5-изосорбид-мононитрат:

- а) не подвергается первичной пресистемной элиминации при прохождении через печень
- б) не вызывает развития толерантности
- в) не вызывает метгемоглобинии
- г) не вызывает головной боли
- д) различия между препаратами отсутствуют

054. Стимуляция H1-рецепторов вызывает:

- А) формирование аллергического воспаления
- Б) усиление секреции соляной кислоты
- В) Секрцию ферментов поджелудочной железой
- Г) возбуждение ЦНС
- Д) все перечисленное

055. H1-блокаторы наиболее эффективны при:

- А) профилактике неаллергического воспаления
- Б) лечении аллергических реакций
- В) профилактике аллергических реакций
- Г) лечении неаллергического воспаления
- Д) обострении язвенной болезни

056. Антигистаминные средства I поколения способны блокировать:

- А) H1-рецепторы
- Б) серотониновые рецепторы
- В) М-холинорецепторы
- Г) адренергические рецепторы
- Д) все перечисленные

057. Отметьте недостаток антигистаминных препаратов I поколения:

- А) тахифилаксия
- Б) угнетение ЦНС
- В) тахикардия
- Г) атония кишечника
- д) все перечисленные

058. К I поколению антигистаминных не относится:

- А) димедрол
- Б) супрастин
- В) фенкарол
- Г) цетиризин
- Д) все перечисленные

059. Выберите международное непатентованное название тавегила:

- А) хлоропирамин
- Б) клемастин
- В) мебгидролин
- Г) квифенадин
- Д) диазолин

060. Выберите характерный побочный эффект для антигистаминных II поколения:

- А) угнетение ЦНС
- Б) кардиотоксичность
- В) атония кишечника
- Г) атония мочевого пузыря
- Д) тахифилаксия

061. К III поколению антигистаминных не относится:

- А) цетиризин

- Б) левоцетиризин
- В) лоратадин
- Г) фексофенадин
- Д) дезлоратадин

062. Угнетение ЦНС как побочный эффект антигистаминных I поколения усиливают:

- А) алкоголь
- Б) седативные
- В) транквилизаторы
- Г) снотворные
- Д) все перечисленные

063. У больного с аденомой простаты применяют с осторожностью:

- А) дезлоратадин
- Б) лоратадин
- В) цетиизин
- Г) фексофенадин
- Д) супрастин

064. Риск нарушений ритма при использовании астемизола возрастает при совместном применении с:

- А) азитромицином
- Б) пенициллином
- В) эритромицином
- Г) цефатоксимом
- Д) меропенемом

065. Выберите антигистаминный препарат для местного применения:

- А) цетрин
- Б) супрастин
- В) кларитин
- Г) аллергодил
- Д) насобек

066. Отметьте продолжительность действия фексофенадина:

- А) 2 часа
- Б) 6 часов
- В) 12 часов
- Г) 24 часа
- Д) 48 часов

067. С каким из антигистаминных имеет перекрестную аллергическую реакцию эуфиллин:

- А) цетиризин
- Б) супрастин
- В) фексофенадин
- Г) лоратадин
- Д) димедрол

068. Выберите антигистаминный препарат, имеющий парентеральную форму:

- А) тавегил
- Б) телфаст

- В) ксизал
- Г) зиртек
- Д) кларитин

069. Выберите антигистаминный препарат с наименьшим угнетающим действием на ЦНС:

- А) димедрол
- Б) тавегил
- В) супрастин
- Г) фенкарол
- Д) диазолин

070. Выберите препарат, который необходимо ввести в первую очередь при анафилактическом шоке:

- А) преднизолон
- Б) адреналин
- В) пипольфен
- Г) эуфиллин
- Д) дигоксин

071. Антигистаминные препараты могут рассматриваться в качестве базисных средств при лечении:

- А) аллергических ринитов
- Б) вазомоторных ринитов
- В) бронхиальной астмы
- Г) инфекционно-аллергических миокардитов
- Д) всем перечисленным

072. К побочным эффектам терфенадина, ограничивающим его применение, относится:

- А) наличие седативного действия
- Б) кардиотоксическое действие
- В) способность повышать внутриглазное давление
- Г) сухость во рту
- Д) запоры

073. Астемизол отличается от других антигистаминных средств 2-го поколения:

- А) необратимым связыванием с H1-гистаминорецепторами
- Б) более выраженным действием в первые дни приема
- В) возможностью монотерапии при atopической астме
- Г) более выраженным седативным
- Д) не отличается от других препаратов 2 поколения

074. Какой из антигистаминных препаратов имеет максимальный период полувыведения:

- А) терфенадин
- Б) астемизол
- В) лоратадин
- Г) цетиризин
- Д) дезлоратадин

075. Клинический эффект кетотифена проявляется через:

- А) 2 часа
- Б) 2 дня
- В) 7 дней

- Г) 14 дней
- Д) 1 месяц

076. Доза какого антигистаминного препарата должна быть снижена у больного с ХПН:

- А) лоратадина (klarитина)
- Б) цетиризина (zirтека)
- В) дезлоратадина (эриуса)
- Г) клемастина (тавегила)
- Д) фексофенадина (телфаста)

077. Какой антигистаминный препарат способен потенцировать эффекты алкоголя:

- А) дезлоратадин (эриус)
- Б) фексофенадин (телфаст)
- В) цетиризин (zirтек)
- Г) лоратадин (klarитин)
- Д) эбастин (кестин)

078. Клинический эффект интраназального аллергодила при аллергическом рините наступает через:

- А) 5-10 мин
- Б) 20-40 мин
- В) 1-2 часа
- Г) 5-6 часов
- Д) 24 часа

079. Наиболее частый побочный эффект при использовании интраназальной формы аллергодила:

- А) сонливость
- Б) носовые кровотечения
- В) чувство горечи во рту
- Г) повышение аппетита
- Д) сердцебиение

080. Какой препарат оказывает максимальное противовоспалительное действие при лечении аллергических ринитов:

- А) азеластин (аллергодил)
- Б) кромогликат (интал)
- В) беклазон (насобек)
- Г) лоратадин (klarитин)
- Д) все перечисленные

081. Основным показанием к назначению интраназального кромогликата является:

- А) бронхиальная астма
- Б) аллергический ринит
- В) рецидивирующая крапивница
- Г) пищевая аллергия
- Д) гнойный гайморит

082. Клинический эффект интраназальных ГКС развивается через:

- А) 1-2 часа
- Б) 20-24 часа
- В) 2-4 дня

- Г) 1 неделю
- Д) 2-3 недели

083. К побочным эффектам интраназальных ГКС относятся все, кроме:

- А) жжения в полости носа
- Б) кандидоза полости носа
- В) носовых кровотечений
- Г) угревой сыпи на лице
- Д) характерны все перечисленные

084. Средством выбора для лечения сезонного аллергического ринита в период беременности является:

- А) интраназальные ГКС
- Б) интраназальные антигистаминные
- В) интраназальный кромогликат
- Г) фексофенадин
- Д) лоратадин

085. Укажите антигистаминный препарат, обладающий М-холинолитическим действием:

- А) дифенгидрамин (димедрол)
- Б) хифенадин (фекарол)
- В) лоратадин (klaritin)
- Г) фексофенадин (телфаст)
- Д) цетиризин (зиртек)

086. Выберите антигистаминный препарат, не обладающий седативным действием:

- А) димедрол
- Б) тавегил
- В) супрастин
- Г) пипольфен
- Д) кларитин

087. Выберите препарат, имеющий парентеральную форму:

- А) тавегил
- Б) кларитин
- В) зиртек
- Г) телфаст
- Д) эриус

088. Какой ГКС предпочесть при аллергической реакции:

- А) дексаметазон
- Б) триамцинолон
- В) бетаметазон
- Г) преднизолон
- Д) гидрокортизон

089. Назовите препарат, относящийся к производным алколоидов спорыньи:

- А) ницерголин
- Б) винпоцетин
- В) нимодипин
- Г) пирацетам

Д фенибут

090. Отметьте показания для назначения кавинтона:

- А. Нарушение мозгового кровообращения
- Б. Вазовегетативные проявления климактерического синдрома
- В. Сосудистые заболевания клетчатки
- Г. Болезнь Меньера
- Д. Все перечисленное

091. Укажите, какой побочный эффект не характерен для винпоцетина:

- А. Головокружения
- Б. Психическое и двигательное возбуждения
- В. Повышение АД
- Г. Экстрасистолия
- Д. замедление AV-проводимости

092. Отметьте противопоказание к назначению кавинтона:

- А. Выраженное нарушение сердечного ритма
- Б. Тяжелое течение ИБС
- В. Беременность
- Г. Острая стадия геморрагического инсульта
- Д. Все перечисленное

093. Отметьте препараты, относящиеся к антагонистам Ca:

- А. Винкамин, винпоцетин
- Б. Пирацетам, анирацетам
- В. Циннаризин, флунаризин
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

094. Укажите состояние, когда назначение циннаризина нежелательно:

- А. ОНМК
- Б. Мигрень
- В. Лабиринтные расстройства
- Г. Болезнь Паркинсона
- Д. Нарушение периферического кровообращения

095. Назовите основное показание для назначения нимодипина:

- А. Нарушение периферического кровообращения
- Б. Лечение ишемического НМК, вызванного субарахноидальным кровоизлиянием
- В. Лабиринтные расстройства
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

096. Укажите препараты, обладающие церебральной сосудистой селективностью:

- А. Исрадипин
- Б. Коринфар ретард
- В. Верапамил
- Г. Дилтиазем
- Д. Атенолол

097. Укажите, какие побочные эффекты характерны для нимотопа

- А. Повышение АД, нарушение AV-проводимости
- Б. Периферические отеки, увеличение креатинина, диспептические явления
- В. Гиперурикемия, мышечная гипотония
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

098. Укажите препарат, не относящийся к метилксантинам:

- А. Агапурин
- Б. Эуфиллин
- В. Сермион
- Г. Пентилин
- Д. Трентал

099. Отметьте механизм терапевтического действия ноотропов:

- А. Увеличение энергетического состояния нейронов
- Б. Активация пластических процессов в ЦНС
- В. Улучшение процессов синаптической передачи
- Г. Мембраностабилизирующее действие
- Д. Все перечисленное

100. Укажите препарат, не относящийся к нейроаминокислотам:

- А. Танакан
- Б. Глутаминовая кислота
- В. Пантогам
- Г. Фенибут
- Д. Пикамилон

101. Укажите препарат, не относящийся к ноотропам

- А. Пирацетам
- Б. Танакан
- В. Энцефабол
- Г. Фенибут
- Д. Фенитоин

102. Отметьте механизм действия холина альфосцерата:

- А. Обладает холиномиметическим действием
- Б. Обладает холинолитическим действием
- В. Прямое влияние на гладкую мускулатуру сосудов
- Г. Тормозит возбудимость центральных вазомоторных центров
- Д. Блокада периферических α -адренорецепторов

103. Отметьте показания для назначения глиатилина:

- А. Хроническая цереброваскулярная недостаточность
- Б. Болезнь Альцгеймера
- В. Нарушение памяти
- Г. Функциональное расстройство ЦНС
- Д. Все перечисленное

104. Укажите состав препарата фезам:

- А. Танакан 40 мг + циннаризин 25 мг.
- Б. Пирацетам 400 мг. + винпоцетин 5 мг
- В. Пирацетам 400 мг + циннаризин 25 мг
- Г. Пентоксифиллин 400 мг + циннаризин 25 мг
- Д. Винпоцетин 5 мг + флунаризин 5 мг.

105. Укажите неправильное утверждение о мексидоле:

- А. Оказывает церебропротекторное действие
- Б. Обладает ноотропным действием
- В. Улучшает реологию крови
- Г. Является транквилизатором дневного типа
- Д. Оказывает атерогенное действие

106. Укажите состав инстенона:

- А. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + экстракт гинго билоба + этамиван 25 мг
- Б. Этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг + пиридитол 25 мг
- В. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг
- Г. Гексобендина гидрохлорид 5 мг + этофиллин 50 мг + пантогам 50 мг
- Д. Этамиван 25 мг + этофиллин 50 мг + агапурин 400 мг

107. Укажите препарат, назначаемый интраназально:

- А. Мексидол
- Б. Танакан
- В. Энцефабол
- Г. Глиатилин
- Д. Семакс

108. Укажите неблагоприятный эффект транквилизаторов:

- А. Антифобический
- Б. Анксиолитический
- В. Противосудорожный
- Г. Миорелаксантный
- Д. Седативный

109. Отметьте основные недостатки короткодействующих инсулинов:

- А. Замедленное начало – ч\з 30 мин., длительность действия – до 8 ч.
- Б. Быстрое начало – ч\з 3 мин., длительность 2 ч.
- В. Начало действия – ч\з 10 мин., длительность – до 4 ч.
- Г. Замедленное начало – ч\з 1 час., длительность действия – до 6 ч.
- Д. Ничего из перечисленного

110. Назовите короткодействующий аналог человеческого инсулина:

- А. Хумулин
- Б. Хумалог
- В. Лантус
- Г. Протофан
- Д. Ультралонг

111. Отметьте механизм действия производных сульфаниламочевины:

- А. Стимулируют высвобождение инсулина из β -клеток поджелудочной железы
- Б. Снижение уровня глюкагона
- В. Увеличение количества инсулиновых рецепторов в клетках
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

112. Укажите препарат, не относящийся к производным сульфанилмочевины II генерации:

- А. глибенкламид (манинил)
- Б. хлорпропамид (минерин)
- В. гликвидон (глюренорм)
- Г. гликлазид (диабетон)
- Д. глимепирид (амарил)

113. Взаимодействие с какими препаратами тормозит метаболизм производных сульфанилмочевины:

- А. Сульфаниламиды
- Б. Дикумарины
- В. НПВС
- Г. Тетрациклины
- Д. Все перечисленное

114. Укажите состав препарата глибомет:

- А. глибенкламид 2,5 мг + акарбоза 100 мг
- Б. метформин 400 мг + акарбоза 100 мг
- В. метформин 400 мг + репаглинид 0,5 г.
- Г. глибенкламид 2,5 мг + пиоглитазон 30 мг
- Д. глибенкламид 2,5 мг + метформин 400 мг

115. Укажите основной механизм инкретиномиметиков:

- А. Стимулируют высвобождение инсулина из β -клеток поджелудочной железы
- Б. Ингибирует кишечную α -глюкозидазу
- В. Увеличивает количество транспортеров глюкозы
- Г. Агонист R ГПП-1
- Д. Является агонистом γ -R, активируемых PPAR γ

116. Назовите препарат, относящийся к ингибиторам ДПП-4:

- А. Эксенатид (баета)
- Б. Репаглинид (новонорм)
- В. Акарбоза (глюкобай)
- Г. метформин (сиофор)
- Д. Ситаглиптин (янувия)

117. Укажите первый аналог человеческого ГПП-1

- А. Ситаглиптин (янувия)
- Б. Лираглутид (виктоза)
- В. Вилдаглиптин (галвус)
- Г. Репаглинид (новонорм)
- Д. Эксенатид (баета)

118. Укажите препарат, выпускаемый в виде шприц-ручки:

- А. Эксенатид (баета)

Б. Репаглинид (новонорм)
 В. Акарбоза (глюкобай)
 Г. метформин (сиофор)
 Д. Ситаглиптин (янувия)

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001 – а	029 – г	54	А	74	Б	94	Г	114	Д
002 – д	030 – г	55	В	75	Д	95	Б	115	Г
003 – г	031 – в	56	Д	76	Б	96	А	116	Д
004 – г	032 – б	57	Д	77	В	97	Б	117	Б
005 – а	033 – д	58	Г	78	Б	98	В	118	А
006 – в	034 – а	59	Б	79	В	99	Д		
007 – г	035 – г	60	Б	80	В	100	А		
008 – б	036 – в	61	В	81	Б	101	Д		
009 – в	037 – б	62	Д	82	В	102	А		
010 – д	038 – б	63	Д	83	Г	103	Д		
011 – в	039 – в	64	В	84	В	104	В		
012 – г	040 – в	65	Г	85	А	105	Д		
013 – б	041 – г	66	Г	86	Д	106	В		
014 – а	042 – б	67	Б	87	А	107	Д		
015 – б	043 – б	68	А	88	Г	108	Г		
016 – б	044 – г	69	Г	89	А	109	А		
017 – г	045 – г	70	Б	90	Д	110	Б		
018 – а	046 – а	71	А	91	В	111	Г		
019 – а	047 – б	72	Б	92	Д	112	Б		
020 – в	048 – в	73	А	93	В	113	Д		
021 – д	049 – д								
022 – г	050 – в								
023 – в	051 – д								
024 – а	052 – в								
025 – д	053 – а								
026 – а									
027 – в									
028 – д									

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

3.2. Вопросы для устного собеседования

«Внутренние болезни»

1. Острый коронарный синдром: определение, классификация, диагностика, тактика лечения больных с острым коронарным синдромом.
2. ИБС: стенокардия, классификация, факторы риска, клиника, диагностические методы исследования больных стенокардией.
3. Атипичные формы стенокардии. Дифференциальная диагностика стенокардий.
4. Лечение стенокардии: купирование ангинозного приступа, лечение хронических форм ИБС.
5. Гипертоническая болезнь. Классификация, стратификация пациентов по степени риска. Патогенетические механизмы эссенциальной гипертензии. Факторы риска возникновения гипертонической болезни. Методы обследования пациентов с артериальной гипертензией.
6. Особенности артериальной гипертензии у женщин в период климакса и менопаузы, при беременности, АГ в сочетании с сахарным диабетом, АГ в пожилом и старческом возрасте.
7. Симптоматические артериальные гипертензии. Диагностика нефрогенных, вазоренальных, эндокринных, гемодинамических, нейрогенных и лекарственных АГ. Принципы лечения.
8. Инфаркт миокарда: определение, эпидемиология, факторы риска, классификация.
9. Дифференциальная диагностика при аускультативном синдроме шумов в сердце, тактика участкового врача.
10. Ревматоидный артрит. Этиопатогенез, клиника, классификация, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
11. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. Тактика участкового врача.
12. Классификация туберкулеза. Особенности современного течения и диагностика.
13. Легочные кровотечения и кровохарканье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
14. Острая дыхательная недостаточность, классификация, этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
15. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные взгляды на этиологию, клиническую симптоматику, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.

«Смежные дисциплины»:

1. Классификация инфекционных заболеваний
2. Основные методы диагностики инфекционных заболеваний
3. Острые кишечные инфекции
4. ОРВИ. Грипп
5. СПИД
6. Атипичные пневмонии
7. Внутрибольничные инфекции
8. Вирусные гепатиты. Классификация. Диагностика.
9. Вирусный гепатит В. Диагностика. Лечение
10. Вирусный гепатит С. Диагностика. Лечение.
11. Туберкулез легких. Классификация, диагностика, лечение прогноз
12. Внелегочные формы туберкулеза. Классификация, диагностика, лечение, прогноз, реабилитация
13. Антибактериальная терапия в клинике внутренних болезней
14. ОНМК. Классификация. Клиническая картина.

15. ОНМК. Классификация. Диагностика.
16. ОНМК. Диагностика. Лечение.

«Поликлиническая терапия»

1. Соматоформная вегетативная дисфункция. Диагностика. Лечение
2. Артериальные гипертензии. Классификация. Диагностика
3. Первичная артериальная гипертензия. Лечение.
4. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация. Диагностика. Лечение.
5. ЭКГ. План заключения. Изменения при ИБС
6. ЭКГ. План заключения. Изменения при гипертрофиях желудочков.
7. ЭКГ. План заключения. Изменения при эндокринной патологии.
8. ЭКГ. План заключения. Изменения при синдромах преждевременной деполяризации желудочков.
9. Врожденные пороки сердца. Классификация. Наблюдение
10. Приобретенные пороки сердца. Классификация. Особенности гемодинамики. Диагностика. Лечение
11. Хроническая болезнь почек. Классификация. Диагностика. Лечение
12. Хроническая болезнь почек. Место в формулировке диагноза. Диагностика. Лечение. Прогноз
13. Хроническая болезнь почек. ХПН. Соотношение понятий. Диагностика. Лечение. Прогноз
14. Бронхообструктивные заболевания. Классификация. Диагностика.
15. Бронхообструктивные заболевания. ФВД.
16. Бронхообструктивные заболевания. Дифференциальный диагноз.
17. Лечение ХОБЛ
18. Классификация и диагностика различных форм бронхиальной астмы.
19. Лечение бронхиальной астмы.
20. Хронический бронхит. Классификация. Клиническое течение. Диагностика. Лечение. Прогноз
21. Соединительнотканная дисплазия сердца. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение. Прогноз
22. Синдром соединительнотканной дисплазии. Клинические проявления. Диагностика. Особенности поражения желудочно-кишечного тракта.
23. Особенности диагностики синдрома соединительнотканной дисплазии.

«Клиническая фармакология»:

1. Клиническая фармакология, предмет, задачи, основные разделы.
2. Принципы организации и функционирования клиничко-фармакологической службы в лечебно-профилактических учреждениях.
3. Понятие о комплаентности. Факторы, оказывающие негативное и позитивное влияние на комплаентность.
4. Понятие о фармакоэкономике. Основные методы фармакоэкономического анализа. Клиническое значение.
5. Понятие о фармакоэпидемиологии. Виды фармакоэпидемиологических исследований. Клиническое значение.
6. Лекарственные взаимодействия, разновидности, клиническое значение.
7. Современные методы оценки клинической эффективности и безопасности лекарственных средств. Клинические исследования. Понятие о «надлежащей клинической практике» (Good Clinical Practice – GCP).
8. Понятие о медицине, основанной на доказательствах. Принципы рационального поиска клиничко-фармакологической информации.
9. Нежелательное действие лекарственных средств, разновидности. Понятие о побочном эффекте, нежелательном явлении, нежелательной лекарственной реакции, токсическом действии.
10. Понятие о фармаконадзоре, его предназначение и функционирование.

11. Особенности применения лекарственных средств при беременности.
12. Особенности применения лекарственных средств у детей и пожилых.
13. Формулярная система обеспечения и применения лекарственных средств. Понятие о больничном лекарственном формуляре.
14. Клиническая фармакология (КФ) нестероидных противовоспалительных препаратов: классификация, фармакодинамика, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.
15. КФ глюкокортикоидов: классификация, фармакодинамика, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.
16. КФ бета-адреноблокаторов: классификация, фармакодинамика, фармакокинетика, показания к применению, противопоказания, нежелательные реакции.
17. КФ ингибиторов АПФ: фармакодинамика, фармакокинетика, нежелательные реакции, особенности действия и применения отдельных препаратов.
18. КФ блокаторов медленных кальциевых каналов: классификация, фармакодинамика, фармакокинетика, нежелательные реакции, особенности действия и применения отдельных препаратов.
19. КФ диуретиков: классификация, фармакодинамика, фармакокинетика, нежелательные реакции, особенности действия и применения отдельных препаратов.
20. КФ антибиотиков группы пенициллинов: классификация, спектр активности, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.
21. КФ антибиотиков группы цефалоспоринов: классификация, спектр активности, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.
22. КФ антибиотиков группы хинолонов/фторхинолонов: классификация, спектр активности, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.
23. КФ антибиотиков группы макролидов: классификация, спектр активности, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.
24. КФ антибиотиков группы аминогликозидов: классификация, спектр активности, фармакокинетика, показания к применению, нежелательные реакции.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. Осмотр больного с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

2. Осмотр больного с заболеваниями органов пищеварения
3. Интерпретация общего анализа крови
4. Интерпретация общего анализа мочи
5. Расшифровка ЭКГ
6. Аускультация сердца
7. Обоснование предварительного диагноза
8. Обоснование плана обследования больного
9. Интерпретация данных ЭхоКГ
10. Определение группы крови
11. Обоснование предварительного диагноза
12. Интерпретация общего анализа крови
13. Расспрос больного с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
14. Аускультация сердца
15. Промывание желудка
16. Обоснование плана лечения больного
17. Техника переливания крови
18. Техника промывания желудка
19. Стерильная пункция
20. Трактовка показателей пробы Зимницкого
21. Оказание помощи при гипертоническом кризе
22. Трактовка общего анализа мочи
23. Трактовка показателей пробы Нечипоренко
24. Трактовка анализа биохимических показателей
25. Трактовка анализа желудочного содержимого
26. Трактовка показателей анализа мокроты
27. Трактовка показателей анализа электролитов сыворотки крови
28. Трактовка показателей анализа мокроты
29. Трактовка рентгенограммы
30. Купирование болевого синдрома
31. Сердечно-легочная реанимация: сроки, алгоритм

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты. Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов). Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

3.4. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА N 1

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 1 :

ЭКГ - прилагается.

1. Общий анализ крови : эр. - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.

2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100 %.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
5. Рентгенография - прилагается.

ЗАДАЧА N 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Сыворотка крови : СРБ+, ЛДГ 360ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24Е/л, АЛТ 16 Е/л.
3. Свертываемость крови - 3 мин.
4. ПТИ - 100 %.
5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации : лейкоц. - $6,0 \times 10^9$, э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.
6. Рентгенограмма - прилагается.

ЗАДАЧА N 3

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 3 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин - 7,6 ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость- 8 мин.
3. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л - 1-2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
6. Анализ крови общий : Нв - 140 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. - $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/час.

З А Д А Ч А N 4

Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 4 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление полиморфности экстрасистол, групповых, определение количества экстрасистол в час - более 30 в час.
3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,7 см); снижение сократительной способности миокарда.
4. Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.
5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% , свертываемость- - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).
6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п -1-2 в п/зр.
8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л - $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ -4 мм/час.

З А Д А Ч А N 5

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких

везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 5 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - II.
3. Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, л - $6,0 \times 10^9$ /л, ц.п. - 0,9 ; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.
6. Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

ЗАДАЧА N 6

Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках - 180/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. II тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости - без патологических изменений.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 6 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Общий анализ крови: эр. - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, цв.п. - 1,0 тромбоциты - 300×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /г, пал. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 30%, мон. - 8%, СОЭ - 8 мм/час.
3. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1023, белка и сахара нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр. эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет.
4. Анализ мочи по Зимницкому: уд. вес от 1008 до 1027, дневной диурез - 800,0 мл, ночной диурез - 500,0 мл.
5. Анализ мочи по Нечипоренко: в 1 мл мочи эр. - 800, лейкоц. - 1000.
6. Проба Реберга : клубочковая фильтрация - 100 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98%.
7. Анализы крови: на мочевины - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,088 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 4,5 г/л, ПТИ - 100 ед.
8. Рентгеноскопия сердца - прилагается.
9. Эхокардиоскопия: незначительное расширение полости левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, фракция выброса - 65%.
10. УЗИ почек - почки обычных размеров, чашечно-лоханочный комплекс не изменен, конкрементов не определяется.

11. Радиоренография - поглотительная и выделительная функции почек не нарушены.
12. Глазное дно - некоторое сужение артерий.
13. Консультация невропатолога - функциональное расстройство нервной системы.

ЗАДАЧА N 7

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 7 :

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^{12}/л$, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.

1. Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.
2. ЭКГ - прилагается.
3. Рентгенография грудной клетки - прилагается.

ЗАДАЧА N 8

Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи "простудных" заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: темп. тела $37,3^{\circ}C$, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 8 :

1. Общий анализ крови: эр. - $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты - $240 \times 10^9/л$, лейкоциты - $10,0 \times 10^9/л$, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 4-6 в п/зр., лейкоциты - 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
3. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.
4. Серологическое исследование - повышенный титр антител к микоплазменной инфекции.
5. Рентгенограмма - прилагается.
6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция - кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
7. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.
8. ЭКГ - прилагается.
9. Бронхоскопия - признаки катарального бронхита.
10. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

ЗАДАЧА N 9

У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом.

Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД - 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 9 :

1. Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^9/л$, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.
2. Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.
3. ЭКГ - прилагается.
4. Рентгенография грудной клетки - прилагается.

ЗАДАЧА N 10

Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), "свист в груди", приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после

переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до $37,5^{\circ}\text{C}$. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

Объективно: темп. $37,3^{\circ}\text{C}$. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 10 :

1. Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - $230 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $10 \times 10^9/\text{л}$, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
3. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.
4. Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.
5. Бактериологический анализ мокроты: не удалось собрать мокроту.
6. Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.
7. Рентгенография - прилагается.
8. ЭКГ - прилагается.
9. Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 1

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 2

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 3

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача - снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты I группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция.
В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты I-ой группы антиаритмических средств.
5. Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 4

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу экстрасистолии (вероятно желудочковой).
2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, велоэргометрия, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Дифференциальная диагностика синдрома экстрасистолии (вариант нормы, кардиальное происхождение, внесердечные причины).
4. Лечение: В-блокаторы, кордарон, этмозин, аллопенин, ритмонорм. Оценка эффективности лечения по суточному мониторированию - уменьшение количества экстрасистол на 70%.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 5

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение:
терапия гипертензивного криза;
терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.
- кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 6

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии.
2. План дополнительного обследования: ЭКГ, эхокардиоскопия, общий анализ мочи, анализ

мочи по Зимницкому, УЗИ почек, консультация окулиста, рентгеноскопия сердца, консультация невропатолога, общий анализ крови, проба Реберга, анализ крови на мочевины, креатинин, холестерин, бета-липопротеиды, протромбин, радиоренография.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с симптоматическими артериальными гипертензиями:
- почечными - хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз, реноваскулярная гипертензия;
 - эндокринными - феохромоцитомы, первичный гиперальдостеронизм, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, акромегалия;
 - гемодинамическими - недостаточность аортального клапана, атеросклероз аорты, застойная гипертензия;
 - нейрогенными - опухоли или травмы головного или спинного мозга, энцефалит, кровоизлияние;
 - с гипертензией вследствие сгущения крови при эритремии;
 - с экзогенными гипертензиями вследствие свинцовой интоксикации, приема глюкокортикоидов, контрацептивов.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 7

1. Предварительный диагноз: тромбоз легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающейся аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 8

1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН II ст.
2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипичные клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование - определение титра антител к антигенам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.
4. Принципы лечения:
 - антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики
 - бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия
 - дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополигмонин, плазма
5. иммунокорригирующая терапия - дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал
6. симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды, диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др. физиотерапевтическое лечение - имопецин, электро-УВЧ, индуктотермия, ЛФК.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 9

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 10

1. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит.
2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, серологическое исследование - определение титра антител к вирусам, бактериям, микоплазмам, рентгенография легких в 3-х проекциях, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с острой пневмонией.
4. Принципы лечения:
противовоспалительные средства - анальгин, ацетилсалициловая кислота и др.
антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламидные препараты
противовирусные средства - сывороточный полиглобулин, противогриппозный гамма-глобулин, интерферон
бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия
физиотерапевтическое лечение - щелочные ингаляции, ингаляции бронхолитиков, УВЧ, индуктотерапия, ЛФК.

Критерии оценивания задачи:

- «Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.
- «Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.
- «Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.
- «Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Название рефератов/докладов

«Внутренние болезни»

1. Ультразвуковые методы исследования в клинике внутренних болезней
2. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики некоронарогенных заболеваний сердца
3. Современные представления об этиопатогенезе, диагностика и лечение редких форм ИБС
4. Хроническое легочное сердце
5. Синкопальные состояния в клинике внутренних болезней

6. Фармакотерапия сердечной недостаточности
7. Поражение сердечно-сосудистой системы при сахарном диабете
8. Поражение сердца при аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани
9. Инвазивные методы исследования в клинике внутренних болезней
10. Санаторно-курортное лечение кардиологических заболеваний
11. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у больных различного возраста
12. Психосоматическая патология в клинике внутренних болезней

«Смежные дисциплины»

1. Современные методы диагностики туберкулеза
2. Цереброкардиальный синдром в практике терапевта
3. Показатели иммунного статуса у больных с бронхиальной астмой
4. Побочные эффекты антибактериальных препаратов
5. Бронхиальная астма и беременность
6. Оперированное легкое: наблюдение, контроль, прогноз
7. Респираторный дистресс-синдром взрослых
8. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций
9. Внелегочные формы туберкулеза в практике терапевта
10. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, прогноз, профилактика
11. Атипичная пневмония
12. Вирусные респираторные инфекции: современное состояние вопроса
13. ОНМК в практике терапевта

«Поликлиническая терапия»

1. Психосоматическая патология в практике терапевта
2. Хроническая болезнь почек
3. Методы лучевой диагностики в гастроэнтерологии
4. Радиоизотопные методы диагностики в клинике внутренних болезней
5. Нервная анорексия в практике терапевта
6. Соединительнотканная дисплазия сердца в практике терапевта
7. Тромбоэмболические осложнения при кардиальной патологии
8. Высокотехнологические методы исследования и лечения в кардиологии
9. Диализные методы лечения ХПН
10. Соматоформная вегетативная дисфункция в практике терапевта
11. Диспансерное наблюдение подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы
12. Вторичные артериальные гипертензии в практике терапевта
13. Артериальная гипертензия у беременных

«Клиническая фармакология»

1. Антиаритмические средства
2. Фармакотерапия острого коронарного синдрома
3. Фармакотерапия сепсиса
4. Применение лекарственных средств при беременности
5. Применение лекарственных средств при ХПН
6. Особенности фармакотерапии у диализных больных
7. Взаимодействие лекарственных препаратов, применяемых у больных с заболеваниями легких и сопутствующей патологией
8. Фармакотерапия заболеваний щитовидной железы
9. Фармакотерапия пневмоний
10. Антибактериальная терапия: современные аспекты

