

## Тестовые задания по специальности «Терапия».

Какой признак соответствует I стадии гипертонической болезни?

- Отек соска зрительного нерва.
- Гипертрофия левого желудочка.
- Скорость клубочковая фильтрация 80 мл в минуту.
- Зубец R в V5 - V6 равен 32 мм.
- Отсутствие поражения органов-мишеней.

Основанием для постановки диагноза гипертонической болезни II стадии является:

- Наличие указания на гипертоническую болезнь у родителей.
- Избыточная масса тела.
- Гипертрофия левого желудочка.
- Микроальбуминурия 20мг/дл.
- Отсутствие в процессе обследования вторичных причин повышения артериального давления.

Критериями артериальной гипертензии являются:

- Уровень систолического давления 140 мм рт. ст. и выше или диастолического давления 90 мм рт. ст. и более.
- Повышение систолического давления выше 120 мм рт. ст. или диастолического давления больше 80 мм рт. ст.
- Повышение систолического давления выше 160 мм рт. ст. или диастолического давления больше 95 мм рт. ст.

К органам-мишеням артериальной гипертензии относятся:

- Сердце.
- Почки.
- Головной мозг.
- Все перечисленное.

Для постановки диагноза артериальной гипертензии 3 стадии имеет значение:

- Факт повышения САД более 180 мм.рт ст.
- Наличие ассоциированных клинических состояний.
- Поражения органов мишеней.
- Все вышеперечисленное.

Наиболее информативным методом обследования при вазоренальной артериальной гипертензии является:

- УЗИ почек.
- Экскреторная урография.
- Ангиография почечных артерий.
- ЦДС почечных артерий.
- Проба Зимницкого.

Для гипертонической болезни характерны все признаки патологии сердечно-сосудистой системы, кроме:

- Аортальной конфигурации сердца.
- ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка.
- Снижения систолического выброса и общего периферического сосудистого сопротивления.
- Превышения артериального давления более чем 140/90 мм рт. ст

- Поражения сосудов сетчатки по типу ангиоспастического ретинита.

Осложнением гипертонической болезни является все, кроме:

- Острая правожелудочковая недостаточность.
- Гипертонический криз.
- Сердечная астма.
- Острое нарушение мозгового кровообращения.
- Носовое кровотечение.

Систолическую артериальную гипертензию с большим пульсовым давлением вызывает:

- Коарктация аорты.
- Феохромоцитома.
- Тиреотоксикоз.
- Вазоренальная гипертензия.
- Недостаточность аортального клапана.

Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:

- Травмы костей таза и нижних конечностей
- Злокачественных новообразований
- Заболеваний венозной системы
- Оперативных вмешательств
- Острых вирусных инфекций

Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флеботромбозе или тромбозе вен нижних конечностей чаще всего на :

- 1-й неделе заболевания
- 2-3-й неделе заболевания
- Спустя месяц и более от начала заболевания

Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:

- Одышка, цианоз, тахикардия
- Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия
- Цианоз, бронхоспазм, тахикардия
- Кровохарканье, коллапс, одышка

Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

- ЭКГ
- Эхокардиография
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- Мультиспиральная компьютерная томография легких
- Магниторезонансная томография легких

У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:

- 10% миокарда
- 20% миокарда
- 40% миокарда
- 60% миокарда
- 90% миокарда

Причиной острой тампонады сердца может быть:

- Вирусный перикардит
- Выпот в перикард при злокачественной опухоли
- Уремия
- Разрыв левого желудочка
- Правильно 1 и 4

Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса никогда не наблюдается при:

- Синоатриальной блокаде
- Неполной АВ-блокаде высокой степени
- Полной поперечной блокаде
- Правильного ответа нет

Абсолютным противопоказанием к назначению и-АПФ является:

- Бронхиальная астма.
- Хроническая почечная недостаточность.
- Облитерирующий эндартериит.
- Двусторонний стеноз почечных артерий.
- Верны все варианты.

К препаратам для лечения артериальной гипертензии не относятся:

- Бета-адреноблокаторы.
- Спазмолитики.
- Ингибиторы АПФ
- Антагонисты кальция.

Прямым ингибитором ренина является:

- Эналаприл.
- Квинаприл.
- Алискирен.
- Терлмисартан.
- Ранолазин.

Патогенетическим методом лечения артериальной гипертензии при первичном гиперальдостеронизме является:

- Фуросемид.
- Капотен.
- Атенолол.
- Верошпирон.
- Эуфиллин.

Алтеплаза для лечения тромбоэмболии легочной артерии:

- Вводится в дозе 100 мг
- Вводится в дозе 300 мг
- Не применяется

Укажите препарат «первой» линии для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда:

- Амiodарон
- Лидокаин
- Хинидин

- Верапамил
- Дилтиазем

Назначение какого  $\beta$ -адреноблокатора при ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких характеризуется минимальным риском возможных бронхообструктивных осложнений?

- Небиволол
- Надолол
- Пиндолол
- Пропранолол
- Окспренолол

Что означает понятие «интервальная терапия» для предотвращения толерантности к нитратам?

- Перерыв в приеме нитратов на 4-6 часов
- Перерыв в приеме нитратов на 8-12 часов
- Перерыв в приеме нитратов на 24 часа
- Перерыв в приеме нитратов на трое суток
- Все перечисленное верно

Укажите лекарственный препарат, с которым нецелесообразно сочетать  $\beta$ -адреноблокаторы из-за возможных осложнений:

- Рамиприл
- Верапамил
- Моксонидин
- Нифедипин
- Аторвастатин

Укажите оптимальную дозу аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных при стабильной ИБС:

- 75-150 мг
- 325мг
- 50 мг
- 500мг
- 1000 мг

К признакам «эффективной» тромболитической терапии относятся все признаки, кроме:

- «Реперфузионные» аритмии
- Снижение к изолинии элевации сегмента ST на 50% и более от исходного уровня
- Увеличение депрессии сегмента ST в «реципрокных» отведениях
- Прекращение ангинозной боли
- Ускоренная динамика формирования подострого периода Q-образующего инфаркта миокарда

Время внутривенного введения тромболитического препарата 5-10 секунд характерно для:

- Стрептокиназы
- Альтеплазы
- Стафилокиназы
- Тенектеплазы
- Проурокиназы

Препарат, доказанно увеличивающий выживаемость больных ИБС, перенесших ИМ:

- Ранолазин
- Метопролола сукцинат
- Триметазидин
- Верапамил, дилтиазем
- Амлодипин

В качестве компонента «двойной» дезагрегантной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом дополнительно к аспирину назначается:

- Кангрелор
- Клопидогрел
- Тикагрелор
- Тиклопидин
- верно 2 и 3

Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:

- улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
- обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
- участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
- все вышеперечисленное

Показателями здоровья населения являются:

- заболеваемость, смертность, рождаемость
- распространенность заболеваний, демографические показатели
- состояние среды обитания человека
- заболеваемость, демографические показатели, показатели физического развития, инвалидность

В отношении каких лиц медицинская помощь оказывается без согласия граждан?

- находящиеся в шоковом, коматозном состоянии;
- страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- верно все перечисленное

Что составляет предмет врачебной тайны:

- сведения о состоянии пациента в период его болезни
- информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента,
- диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
- все вышеперечисленное

Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- все население, за исключением неработающих граждан
- дети и подростки
- беременные женщины
- работающие граждане

К первичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:

- Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена
- Пропаганда здорового образа жизни
- Диетическая коррекция нарушений липидного обмена
- Все перечисленное

Одновременно к первичной и вторичной профилактике ИБС относятся следующие мероприятия:

- Диетические мероприятия
- Медикаментозная коррекция гиперхолестеринемии
- Нормализация АД
- Все перечисленное

Вторичная профилактики ИБС проводится среди:

- Здоровых лиц с одним или несколькими факторами риска ИБС
- Здоровых лиц с совокупностью факторов риска ИБС
- Больных артериальной гипертонией, не имеющих ИБС
- Правильного ответа нет

Для вторичной медикаментозной профилактики повторного инфаркта миокарда или внезапной смерти следует применять:

- Бета-блокаторы
- Рибоксин
- Антикоагулянты
- Все перечисленное

Для длительной вторичной профилактики ИБС следует применять бета-блокаторы:

- Кардиоселективные
- Некардиоселективные
- Только 1 и 2
- Обладающие внутренней симпатомиметической активностью

Риск неблагоприятных исходов у больных, перенесших инфаркт миокарда, при длительном приеме бета-блокаторов удается снизить на:

- 50-60%
- 40-50%
- 30-40%
- 25%

К доказанным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:

- Малоактивного образа жизни, потребления высококалорийной пищи
- Интенсивных физических нагрузок
- Курения
- Дислипидемии

Из нижеперечисленных факторов риска ИБС наиболее значимы является:

- Артериальная гипертония
- Гипертриглицеридемия
- Нарушенная толерантность к углеводам
- Малоактивный образ жизни

К основным факторам риска ИБС относятся все нижеперечисленные, кроме:

- Артериальной гипертонии
- Гиперхолестеринемии
- Курения
- Правильного ответа нет

К доказанным факторам риска развития атеросклероза относится все перечисленное, кроме:

- Возраст
- Курение
- Сахарный диабет 2 типа
- Сахарный диабет 1 типа

Задачи реабилитации в кардиологии:

- оптимизация лечения и обучение пациента по вопросам, связанным с ССЗ;
- психологическая адаптация к наличию хронического заболевания;
- информирование об изменении образа жизни и коррекции факторов сердечно-сосудистого риска;
- все ответы верные

Оптимальный уровень ЛПНП у пациента с перенесенным инфарктом миокарда:

- <1,8 ммоль/л;
- <2,8 ммоль/л;
- <3,8 ммоль/л;
- <4,8 ммоль/л.

К факторам, способствующим вероятному рецидивированию ФП, не относятся:

- пожилой возраст (более 65 лет);
- большие размеры левого предсердия (передне-задний размер более 4,2 см);
- высокий уровень общего холестерина;
- низкая ФВ ЛЖ (<35 %).

Нормальные значения окружности талии у мужчин и женщин:

- Женщины<88.0 см, мужчины<102.0 см
- Женщины<80.0 см, мужчины<100.0 см
- Женщины<70.0 см, мужчины<90.0 см
- Женщины<66.0 см, мужчины<80.0 см

Целевой уровень артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа:

- <140/90 мм рт ст
- <130/80 мм рт ст
- <140/85 мм рт ст
- <125/75 мм рт ст

Целевой уровень артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией и протеинурией:

- <140/90 мм рт ст
- <130/80 мм рт ст
- <140/85 мм рт ст
- <125/75 мм рт ст

Аспекты реабилитации у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- Медицинский, физический, психологический, профессиональный, социально-экономический
- Физический, психологический, профессиональный, социальный
- Медицинский, физический, психологический
- Медицинский, профессиональный, социально-экономический.

Показания к кардиореабилитации с применением физических тренировок:

- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в стабильном состоянии при отсутствии противопоказаний
- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями не зависимо от противопоказаний
- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями с низким риском осложнений
- Показана всем больным сердечно-сосудистыми заболеваниями не зависимо от состояния

Противопоказания к проведению кардиореабилитации с применением физических тренировок:

- Тяжелые нарушения ритма и проводимости, острая аневризма ЛЖ, нестабильная стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда менее 3 месяцев назад, артериальное давление свыше 140/90 мм рт ст
- Инфаркт миокарда в срок менее 3х недель, острая аневризма ЛЖ, тяжелые нарушения ритма и проводимости, нестабильная стенокардия или стенокардия высокого функционального класса, артериальное давление свыше 180/100 мм рт ст
- Инфаркт миокарда в срок менее 6 месяцев, острая и хроническая аневризма ЛЖ, нестабильная стенокардия или стенокардия высокого функционального класса, артериальное давление свыше 180/100 мм рт ст
- Инфаркт миокарда в срок менее 6 месяцев, острая и хроническая аневризма ЛЖ, стенокардия любого функционального класса, артериальное давление свыше 140/90 мм рт ст

Допускается ли выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником:

- да
- только через ВК
- с разрешения главного врача
- с разрешения заведующего отделением

Кто имеет право быть лечащим врачом:

- обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
- обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования
- окончивший интернатуру и получивший сертификат или клиническую ординатуру и получивший сертификат
- врач, имеющий стаж медицинской деятельности более 2 лет

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены) дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности указывается со следующего календарного дня

- по их желанию
- Всегда
- По желанию врача

Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (институтов) курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии

- на время лечения



- на время лечения и проезда к месту лечения
- на время лечения и проезда к месту лечения и обратно
- Все не верно

При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой

- непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ
- регистрации документов в учреждении МСЭ
- После выдачи заключения МСЭ

Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является :

- оценка состояния здоровья пациента
- определение сроков и степени нетрудоспособности
- установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз)
- обеспечение качества и эффективности проводимого лечения
- все вышеперечисленное

Что вызывает адинамическую паралитическую непроходимость?

- инвагинация
- псевдотуморозный панкреатит
- перитонит
- заворот кишечника

У 50-летнего мужчины, злоупотребляющего алкоголем, после двух приступов интенсивных болей в верхней половине живота в течение нескольких дней, при обращении в поликлинику врачом пальпируется инфильтрат в эпигастрии. На УЗИ описано скопление жидкости в сальниковой сумке. Следует заподозрить:

- карциному желудка
- карциному поджелудочной железы
- псевдокисту поджелудочной железы
- асцит неясного генеза

Что указывает на плохой прогноз при остром панкреатите?

- увеличение концентрации сывороточной амилазы и диастазы мочи
- выраженная гипергликемия и глюкозурия
- стойкое падение артериального давления
- увеличение времени свертываемости и длительности кровотечения

Мужчина жалуется на поносы, не купирующиеся антидиарейными средствами; периодически чувство сильного голода и дрожи в теле, ощущения «приливов крови»; вследствие постепенно прогрессирующей в течение 3 месяцев болезни значительно потерял в весе. Следует заподозрить:

- инсулиному
- сахарный диабет, 1 тип, дебют
- феохромоцитому
- випомому

Какой из следующих гормонов, секретлируемых слизистой 12-перстной кишки и верхнего отдела тонкой кишки стимулирует высвобождение панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами?

- холецистокинин
- секретин
- глюкагон
- панкреатический полипептид

Экзокринная функция поджелудочной железы регулируется посредством медиатора:

- дофамина
- серотонина
- адреналина
- ацетилхолина

При морфологическом исследовании кишечника при болезни Крона выявляется:

- гранулематозное неспецифическое воспаление кишки, начинающееся с подслизистого слоя, распространяющееся на всю толщу стенки
- поверхностные язвы, криптабсцессы
- гранулемы с казеозным некрозом в центре
- множественный псевдополипоз стенки кишки

Наиболее частое показание к экстренному хирургическому лечению болезни Крона:

- внутренние и внешние свищи
- пальпируемый инфильтрат в животе
- синдром нарушенного всасывания
- кишечная непроходимость

Водородный дыхательный тест с лактозой применяется для диагностики:

- целиакии
- лактазной недостаточности
- внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- синдрома избыточного бактериального роста кишечника

Диарея может быть купирована при помощи глюкокортикоидных гормонов при:

- болезни Уиппла
- остром ротавирусном энтерите
- эозинофильном энтерите
- лямблиозе /*Giardia lamblia*/

При определении степени тяжести цирроза (индекс Child-Pugh) печени какие 2 клинических критерия учитываются?

- асцит и печеночная энцефалопатия
- желтуха и печеночная энцефалопатия
- отеки на ногах и синяковость
- желтуха и асцит

При определении степени тяжести цирроза (индекс Child Pugh) печени какие 3 лабораторных критерия учитываются?

- общий билирубин, прямой билирубин, общий белок
- альбумин, тромбоциты, протромбиновый индекс
- альбумин, общий билирубин, протромбиновый индекс
- прямой билирубин, МНО, общий белок

Какой из перечисленных препаратов является обязательным компонентом любой схемы иммуносупрессии при трансплантации печени?

- азатиоприн
- минералокортикоидные гормоны
- интерферон пролонгированного действия (Пегасис, Пегинтрон)
- такролимус (Програф)

После пересадки печени несколько хуже прогноз при исходном заболевании:

- первичном склерозирующем холангите
- болезни Вильсона-Коновалова
- алкогольном циррозе печени
- билиарном циррозе печени

Увеличение сывороточного альфа-фетопротеина наиболее выражено при:

- гепатоцеллюлярном раке
- карциноме толстой кишки
- болезни Крона
- карциноиде поджелудочной железы

При тяжелом рецидивирующем течении хронического гепатита В, с длительным цитолизом, резким повышением АЛТ, АСТ, не купирующейся желтухой, следует исключить:

- аутоиммунную природу заболевания
- сопутствующий хронический описторхоз
- синдром перегрузки железом
- наличие антител к дельта-вирусу

Морфологические признаки HCV-инфекции:

- лимфоидные фолликулы в портальных трактах, активация синусоидальных клеток и образование "цепочек" лимфоцитов вдоль синусоидов, стеатоз гепатоцитов
- образование гранул, содержащих лимфоидные и эпителиоидные клетки
- поражение желчных протоков, пролиферация дуктулов, перидуктулярный фиброз по типу луковой шелухи
- лимфогистиоцитарная инфильтрация, казеозный некроз и фиброз портальных трактов

Одна из основных особенностей вирусного гепатита Е, отличающая его от всех других вирусных гепатитов:

- поражается преимущественно взрослое население, среди них лица молодого возраста
- путь передачи преимущественно водный, течение болезни острое, инфекция характерна для жарких стран
- наиболее тяжелое течение болезни с угрозой летального исхода у беременных
- хронизации инфекционного процесса не наблюдается, прочный пожизненный иммунитет

Какое из перечисленных оперативных вмешательств в значительной степени увеличивает вероятность возникновения желчнокаменной болезни:

- резекция печени
- субтотальная резекция желудка, гастрэктомия
- спленэктомия
- резекция терминального отдела подвздошной кишки

Укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни:

- уменьшение выраженности болевого синдрома
- ускорение рубцевания язвы
- снижение частоты рецидивов язвенной болезни

- уменьшение риска прободения язвы

Наиболее частая локализация карциномы желудка?

- дно желудка
- кардиальный отдел, кардиоэзофагеальный переход
- тело желудка
- пилорическая и антральная часть

При хроническом гастрите типа А (аутоиммунном) какой отдел желудка никогда не вовлекается в процесс:

- дно
- тело
- большая кривизна
- антральный, препилорический отделы

При каком заболевании пищевода постоянно наблюдается затруднение прохождения как твердой, так и жидкой пищи?

- раке пищевода
- ахалазии кардии
- кольце Шацкого
- пищеводе Барретта

Для хронического фундального гастрита (тип А) характерно:

- наличие циркулирующих антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла
- частое сочетание с дуоденальными язвами
- ассоциация с инфекцией *H. pylori*
- уровень гастрина в норме или незначительно снижен

Язвы-рак следует заподозрить:

- при локализации язвы желудка в одних и тех же зонах при обострении
- наличии множественных язв с склонностью к кровотечению
- при выявлении *H. pylori*-ассоциированной язвы желудка
- если язва локализуется по большой кривизне желудка

Синдром Меллори-Вейса - это:

- разрыв пищевода с развитием медиастинита
- разрыв слизистой в месте перехода пищевода в желудок с кровотечением из него
- кровотечение из полипов в желудке
- острый геморрагический гастрит

Клиническая картина при пищеводе Барретта:

- обязательно сопровождается признаками желчного рефлюкса
- ничем не отличается от других проявлений ГЭРБ, диагноз морфологический
- характеризуется выраженным болевым синдромом, чаще требует дифференциации со стенокардией
- проявляется парадоксальной дисфагией – задержкой жидкой пищи при нормальном прохождении плотной пищи

Наиболее часто встречающимся симптомом при диффузном эзофагоспазме является:

- дисфагия
- изжога

- боль за грудиной
- регургитация пищи

Препарат выбора при амебиазном абсцессе печени:

- цефтриаксон
- левомицетин
- ципрофлоксацин
- метронидазол

У мужчины 60 лет наблюдается тяжелая изжога, ночной кашель. При обследовании выявлен рефлюкс-эзофагит 2 степени тяжести (эндо-скопическая классификация Савари-Миллеру). В тера-пию, кроме соблюдения образа жизни, диеты, сна с приподнятым головным концом, целесообразно включить:

- селективные В2-адреномиметики на ночь в небулайзере
- ингибиторы протонной помпы в сочетании с прокинетиками
- ингаляционные гормоны (например, пульмикорт, беклометазон) в небулайзере, потом порошковые, как базисную терапию
- антациды и препараты, подавляющие кашлевой рефлекс

Препаратом выбора при рефлюкс-эзофагите 3-4 степени тяжести по классификации Савари-Миллеру является:

- фамотидин
- де-нол
- итоприд
- рабепразол

Наиболее эффективная терапия ахалазии кардии:

- пневмокардиодилатация или бужирование пищевода
- прием антагонистов кальция, нитратов для устранения гипермоторной дискинезии грудного отдела пище-вода
- регулярный прием ингибиторов протонной помпы и гелевых антацидов перед едой
- постоянный прием прокинетиков (домперидон, итоприд)

52-летний учитель средней школы, страдающий язвенной болезнью, в течение нескольких лет сам, по требованию, лечился ранитидином и метоклопрамидом. При осмотре врач обнаружил у него произвольные нерегулярные жевательные движения и повторяющиеся подергивания языка. Наиболее ве-роятной причиной этих движений является:

- болезнь Вильсона
- хорея Хантингтона (Huntington)
- опухоль мозжечка
- поздняя дискинезия, обусловленная блокадой центральных допаминовых рецепторов

Какой микроорганизм вызывает псевдомембранозный колит, связан-ный с приемом антибиотиков?

- bacteroides Fragelis
- clostridium Perfringes
- clostridium Difficile
- yersinia pestis

Дивертикулы чаще всего локализуются:

- в 12-перстной кишке

- в тонкой и подвздошной кишке
- в правой половине толстой кишки
- в левой половине толстой кишки

Основным фактором, влияющим на развитие дивертикула, является:

- хронический запор
- возрастная дегенерация тканей
- длинная толстая кишка
- врожденная предрасположенность

При развитии карциномы у больных с язвенным колитом основной особенностью данной опухоли является:

- преимущественно эндофитный рост
- преимущественно экзофитный рост
- наиболее частый вариант – плоскоклеточный ороговевающий рак
- опухоль мультифокальная, возникает сразу в нескольких отделах толстой кишки

Первым объективным признаком при подозрении на ишемический колит может быть:

- болезненность одной половины толстой кишки, согласно кровообращению из мезентериальных артерий
- вздутие, урчание, переливание в животе у пожилого больного
- наличие систолического шума при аускультации сосудов абдоминального отдела аорты
- наличие внешних признаков атеросклероза: пальпируемая стенка лучевой артерии вне пульсовой волны, «arcus senilis», симптомы «червячка» и «гусиного горла» при пальпации периферических артерий

57-летний мужчина в течение 3 месяцев страдает запорами. Бариевая клизма выявила стеноз нисходящего отдела толстой кишки. Наиболее вероятной причиной этого является:

- дивертикулит
- ишемический колит
- опухоль толстой кишки
- псевдомембранозный колит

Наиболее частая локализация карциноида:

- прямая кишка
- аппендикс
- терминальная часть подвздошной кишки
- поджелудочная железа

Лабораторным критерием диагноза аутоиммунного гепатита является:

- выявление высокого уровня А2-и гамма-глобулиновой фракции белков
- наличие в высоком титре антител к гладкой мускулатуре /SMA/, ядерным антигенам /ANA/
- наличие в высоком титре антимитохондриальных антител /AMA/
- наличие в высоком титре LE-клеток, повышение уровня альфа-фетопротеина

Для деконтаминации кишки при синдроме избыточного бактериального роста препаратом выбора является:

- ципрофлоксацин
- альфа-нормикс
- флюконазол
- метронидазол

Для снятия спазма сфинктеров при болезнях желчных путей, поджелудочной железы, наиболее эффективны:

- м-холиноблокаторы
- миотропные спазмолитики
- метилксантины
- миорелаксанты

Для выявления гепатоцеллюлярной карциномы у больного циррозом печени с описанной выраженной неоднородностью ткани печени на УЗИ, лучшим методом визуализации опухоли является:

- операция – лапароскопия или диагностическая лапаротомия
- компьютерная томография с болюсным контрастированием
- магнито-резонансная томография
- ангиография с исследованием печеночной артерии, катетеризацией по Сельдингеру

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 906н, О порядке оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология», штатным нормативом предусмотрена ставка врача-гастроэнтеролога:

- 1 на 35 000 прикрепленного взрослого населения
- 1 на 50 000 прикрепленного взрослого населения
- 1 на 70 000 прикрепленного взрослого населения
- 1 на 100 000 прикрепленного взрослого населения

При обследовании пациента гастроэнтерологического профиля и назначении ему лекарственных препаратов следует в первую очередь руководствоваться:

- стандартом специализированной медицинской помощи, действующим в настоящее время
- методическими рекомендациями, разработанными на кафедрах ведущих ВУЗов
- последними медицинскими справочниками по гастроэнтерологии
- коллегиальным решением при осмотре ведущего специалиста или врачебной комиссии

Стандартом специализированной медицинской помощи больным с язвенным колитом для исключения сочетания с первичным склерозирующим холангитом холангиография рекомендуется к выполнению:

- у 100% больных
- у 50% больных
- у 10% больных
- у 3% больных

Согласно рекомендации Маастрихт-4 по лечению инфекции *Helicobacter pylori*, тройная эрадикационная терапия должна проводиться:

- 7 дней
- 10 дней
- 14 дней
- 20 дней

При проведении ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллотомии наиболее грозным осложнением, безоговорочно требующим обязательного неотложного оперативного вмешательства, является:

- острый панкреатит
- перфорация двенадцатиперстной кишки

- кровотечение из зоны папиллотомии
- острый холангит

Литолитическая терапия при ЖКБ урсодезоксихолевой кислотой в дозе 10-15 мг/кг будет эффективна, если у пациента:

- камни единичные, до 1 см, рентгенконтрастные
- камни мелкие, выполняющие не более 2/3 желчного пузыря, рентгенконтрастные
- одиночный крупный камень, до 3 см, рентгеннеконтрастный
- не более 3 камней до 1 см, рентгеннеконтрастных

При проведении экспертизы трудоспособности медицинские критерии включают в себя все, кроме:

- клинического диагноза
- наличия осложнений
- тяжести и характера заболевания
- характеристики преобладающего профессионального напряжения (физического или нервно-психического)

При проведении экспертизы трудоспособности социальные критерии включают в себя все, кроме:

- организации, периодичности и ритма работы
- характеристики преобладающего профессионального напряжения (физического или нервно-психического)
- определения ближайшего и отдаленного клинического прогноза
- наличия неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей }

Имеют право на получение листков нетрудоспособности все, кроме:

- работающих по трудовым договорам
- государственных служащих
- работающих по гражданско-правовым договорам подряда, поручения
- безработных, состоящих на учете в органах труда и занятости

Иностранцам гражданам, работающим по трудовым договорам на предприятиях РФ, в случае временной нетрудоспособности выдается:

- справка произвольной формы
- справка установленной формы
- листок нетрудоспособности
- никакой документ не выдается

Гражданам, признанным безработными, листок нетрудоспособности выдается:

- в случае заболевания, травмы, беременности и родов
- в случае заболевания, травмы, беременности и родов, если они состоят на учете в территориальных органах Федеральной службы по труду и занятости
- только при госпитализации в стационар
- листок нетрудоспособности не выдается

Не имеют права выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, врачи:

- муниципальных ЛПУ
- частнопрактикующие
- государственных ЛПУ
- учреждений санитарно-эпидемиологического надзора



Не имеют права выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, врачи:

- женской консультации
- травматологического центра
- станций скорой медицинской помощи
- кардиологического центра

Не имеют права выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, врачи:

- стационара родильного дома
- детской больницы
- дневного стационара
- домов отдыха }

Врач, занимающийся частной медицинской практикой, имеет право на выдачу листка нетрудоспособности:

- в любых случаях, на общих основаниях
- в исключительных случаях
- при наличии лицензии на медицинскую деятельность
- при наличии лицензии на медицинскую деятельность, включающую услуги по экспертизе временной нетрудоспособности

Функции листка нетрудоспособности:

- юридическая, статистическая, финансовая;
- юридическая и финансовая;
- правовая и статистическая;
- статистическая и динамическая.

Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности на срок до:

- 3 дней
- 5 дней
- 10 дней
- 15 дней

Фельдшер, имеющий право выдавать листок нетрудоспособности, может выдавать его на срок:

- до 5 дней
- до 7 дней
- до 10 дней
- до 30 дней }

ВК может продлить листок нетрудоспособности на:

- 5 дней
- 10 дней
- 15 дней
- 30 дней

Врач стационара при выписке больного может продлить листок нетрудоспособности на:

- 1 день
- 3 дня
- 10 дней

- продление листка нетрудоспособности свыше дней пребывания в стационаре не проводится

К вопросам, входящим в компетенцию врачебной комиссии ЛПУ в области экспертизы трудоспособности, относятся все, кроме:

- продление листка нетрудоспособности на сроки свыше 10 дней
- разрешение сложных и конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- освобождение от экзаменов в школе, средних и высших учебных заведениях
- направление на лечение за пределы административной территории

Лицам, самостоятельно обращающимся на консультацию, выдается:

- листок нетрудоспособности
- справка установленной формы
- справка неустановленной формы
- экспертные документы не выдаются

Справка установленной формы не выдается:

- учащимся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профобразования
- учащимся послевузовского профобразования (аспиранты, клинические ординаторы, интерны)
- детям, посещающим дошкольное и школьное учреждение, при наложении карантина
- курсантам военных образовательных учреждений

По уходу за подростком старше 15 лет листок нетрудоспособности может быть продлен ВК не более:

- 3 дней
- 5 дней
- 7 дней
- 10 дней

Листок нетрудоспособности выдается по уходу за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях выдается сроком:

- до 3 дней, по решению ВК - до 7 дней
- до 7 дней, по решению ВК - до 10 дней
- до 10 дней, по решению ВК - до 15 дней
- до 15 дней, по решению ВК - до 20 дней

В случае утраты листка нетрудоспособности дубликат:

- не выдается
- выдается лечащим врачом с восстановлением всех записей в листке нетрудоспособности
- выдается ВК с восстановлением всех записей в листке нетрудоспособности
- выдается ВК, где одной строкой включаются все дни ВН

При наступлении временной нетрудоспособности в период очередного отпуска выдается:

- листок нетрудоспособности со дня установления ВН
- листок нетрудоспособности со дня окончания отпуска
- справка неустановленной формы со дня установления ВН и до окончания отпуска
- экспертные документы не выдаются

При получении травмы в состоянии алкогольного опьянения листок нетрудоспособности выдается:

- со дня обращения
- со дня обращения с отметкой о состоянии алкогольного опьянения (в графе «Дополнительный код»)
- со дня обращения с отметкой о нарушении режима (в графе «Нарушение режима»)
- листок нетрудоспособности не выдается

Нарушением экспертного режима не является:

- несвоевременная явка на прием к врачу
- выход на работу без выписки врачом
- отказ от направления в учреждение МСЭ
- курение в медицинском учреждении

Лицам, проходящим по решению суда судебно-медицинскую экспертизу и признанным нетрудоспособными, выдается:

- листок нетрудоспособности со дня установления ВН
- листок нетрудоспособности со дня окончания экспертизы
- справка неустановленной формы со дня установления ВН
- документы о ВН не выдаются

При заболевании туберкулезом и благоприятном медицинском прогнозе на МСЭ больные направляются не позднее:

- 2 мес
- 4 мес
- 10 мес
- 12 мес

В случае заболевания студента во время оплачиваемой производственной практики выдаются документы:

- справка установленной формы № 095-у
- листок нетрудоспособности
- справка установленной формы № 095-у и листок нетрудоспособности
- справка неустановленной формы

Медицинское заключение об освобождении школьника от экзаменов по болезни выдает:

- лечащий врач
- ВК
- главный врач ЛПУ
- главный терапевт (или педиатр) города

При заболеваниях (травмах) листок нетрудоспособности выдается:

- в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни
- в любой день
- в день обращения к врачу
- только в рабочие дни

За прошедшие дни листок нетрудоспособности может быть выдан в исключительных случаях:

- по заключению лечащего врача
- по решению врачебной комиссии
- по решению МСЭ

- по заключению главного врача

При направлении больных непосредственно после стационарного лечения на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения листок нетрудоспособности:

- не продлевается
- продлевается на весь период долечивания
- продлевается по решению ВК специализированного стационара на весь период долечивания, но не более чем на 24 дня
- продлевается по решению ВК на весь период долечивания без ограничения срока

Женщине в случае нормально протекающей одноплодной беременности листок нетрудоспособности выдается:

- с 28 недель беременности одновременно на 154 календарных дня
- с 30 недель беременности одновременно на 140 календарных дней
- с 32 недель беременности одновременно на 140 календарных дней
- по желанию женщины

Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком не может быть выдан матери во всех случаях, кроме:

- в период очередного отпуска или отпуска без сохранения содержания
- в период отпуска по беременности и родам
- в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком
- при наличии других неработающих членов семьи

При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет и работающей на условиях неполного рабочего времени или на дому, выдается:

- справка неустановленной формы
- справка установленной формы 095/у
- листок нетрудоспособности
- экспертные документы не выдаются

Учительница Кузнецова М.И., находясь в отпуске по уходу за ребенком, срок которого истек 1 апреля, обратилась 25 марта к травматологу по поводу бытовой травмы. Временная нетрудоспособность продолжалась по 14 апреля включительно. Лечащий врач обязан выдать листок нетрудоспособности:

- с 25 марта
- с 1 апреля
- со 2 апреля
- с 11 дня заболевания }

На МСЭ направляются граждане, имеющие:

- стойкие ограничения жизнедеятельности
- нарушения функций организма
- стойкие ограничения жизнедеятельности и нуждающиеся в социальной защите
- нарушения функций организма, стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите

Работающему инвалиду, в случае временной нетрудоспособности выдается:

- листок нетрудоспособности на весь срок ВН, но не более 2 мес
- листок нетрудоспособности на весь срок ВН, но не более 4 мес
- справка неустановленной формы на весь срок ВН

- документы о ВН не выдаются

При заболевании больные направляются на МСЭ не позднее:

- 2 мес
- 4 мес
- 10 мес
- 12 мес

При травме или реконструктивной операции и благоприятном медицинском прогнозе больные направляются на МСЭ не позднее:

- 2 мес
- 4 мес
- 10 мес
- 12 мес

При неблагоприятном медицинском прогнозе и отказе больного от освидетельствования на МСЭ листок нетрудоспособности:

- закрывается и пациент выписывается к труду;
- может быть продлен до 10 месяцев;
- не продлевается и закрывается датой отказа;
- не продлевается и не закрывается с даты отказа.

40 При несвоевременной явке на освидетельствование в бюро МСЭ без уважительной причины группа инвалидности определяется с даты:

- направления на МСЭ
- регистрации документов в бюро МСЭ
- запланированного освидетельствования в бюро МСЭ
- фактически проведенного освидетельствования в бюро МСЭ

Больной 35 лет, водолаз. Диагноз: Гипертоническая болезнь I стадии. Решите вопросы ВТЭ:

- в трудоустройстве не нуждается
- трудоустройство через ВК
- направление на МСЭ (III группа инвалидности, возможно переобучение)
- направление на МСЭ (II группа инвалидности)

Больной 54 лет, учитель начальных классов. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения ФК III. ХСН II А, ФК II. Решите вопросы ВТЭ:

- в трудоустройстве не нуждается;
- трудоустройство через ВК;
- направление на МСЭ (III группа инвалидности);
- направление на МСЭ (II группа инвалидности);

Больной Р., 46 лет, экономист. Диагноз: Бронхиальная астма, инфекционно-зависимая, средней степени тяжести, в фазе ремиссии. ДН I. Оцените трудоспособность:

- в трудоустройстве не нуждается;
- трудоустройство через ВК;
- направление на МСЭ (III группа инвалидности)
- направление на МСЭ (II группа инвалидности).

Больной 54 лет, инженер. Работа связана с умеренным нервно-психическим напряжением. Диагноз: ИБС, стенокардия ФК IV. Гипертоническая болезнь III стадии с редкими гипертоническими кризами II вида. ХСН IIА, ФК II. Оцените трудоспособность:

- в трудоустройстве не нуждается
- трудоустройство через ВК
- направление на МСЭ (III группа инвалидности)
- направление на МСЭ (II группа инвалидности)

Работающему инвалиду, направленному в центр реабилитации выдается листок нетрудоспособности:

- на весь срок лечения
- на весь срок лечения и дни проезда
- на недостающие к отпуску дни
- на дни проезда

инвалидность III и II группы при первичном освидетельствовании в Бюро МСЭ устанавливается на:

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- 5 лет

Инвалидность I группы при первичном освидетельствовании в Бюро МСЭ устанавливается на

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- пожизненно

Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием выплачивается за весь период временной нетрудоспособности застрахованного до его выздоровления или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности в размере ...

- 100% его среднего заработка
- 50% его среднего заработка
- 75% его среднего заработка
- 10% его среднего заработка

При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой:

- направления на МСЭ
- регистрации документов в бюро МСЭ
- освидетельствования в бюро МСЭ
- оформления индивидуальной программы реабилитации

Гражданин, или его законный представитель, в случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого

- в бюро МСЭ, проводившее освидетельствование
- в главное бюро МСЭ
- в соответствующий орган социальной защиты населения
- нет правильного ответа

При проведении гормональных исследований для первичной надпочечниковой недостаточности характерно все, кроме:

- снижения уровня кортизола в крови
- снижения уровня альдостерона в крови
- повышения уровня АКТГ в крови
- снижения уровня АКТГ в крови

При дифференциальной диагностике первичного и вторичного гипокортицизма используется все выше перечисленное, кроме:

- пробы с депо-синакеном
- пробы Лабхарта
- уровня АКТГ
- пробы Лидла

Третичная надпочечниковая недостаточность обусловлена:

- снижением секреции кортиколиберина гипоталамусом
- врожденным дефектом в биосинтезе альдостерона
- повышением секреции кортиколиберина гипоталамусом
- первично сниженной секрецией АКТГ, не зависящей от секреции кортиколиберина

Первичный гипокортицизм сочетается со всеми болезнями, кроме:

- сахарного диабета
- гипотиреоза
- болезни Иценко-Кушинга
- гипопаратиреоза

Для больных с хронической надпочечниковой недостаточностью характерно все, кроме:

- повышения аппетита
- сильной слабости
- потемнения кожи
- тошноты, рвоты

Для аддисонического криза характерно все, кроме:

- коллапса
- острой сердечно-сосудистой недостаточности
- отеки
- дегидратации

Для клиники вторичного гипокортицизма характерно все, кроме:

- клинических признаков недостаточности гонадотропинов
- астении
- наличия гиперпигментации
- клинических признаков недостаточности ТТГ

К третичной недостаточности надпочечников приводит все, кроме:

- опухоли гипоталамуса
- нейроинфекции с нарушением секреции кортиколиберина
- травматического поражения гипоталамуса
- тотальной адреналэктомии

Патоморфологические изменения при острой надпочечниковой недостаточности в зависимости от этиопатогенетической формы характеризуются всем, кроме:

- обширных кровоизлияний надпочечников
- травматического поражения надпочечников
- опухоли мозгового вещества надпочечника
- геморрагического некроза в надпочечниках

Причинами вторичной хронической надпочечниковой недостаточности являются все, кроме:

- опухоли гипоталамуса
- синдрома Шихана
- кровоизлияния в гипофиз
- тромбоза кавернозного синуса

Избыток минералокортикоидов вызывает все симптомы, кроме:

- головные боли
- понижение артериального давления
- отеки
- гипокалиемический алкалоз

Острая надпочечниковая недостаточность имеет клинические формы все, кроме:

- сердечно-сосудистой формы
- легочной формы
- желудочно-кишечной формы
- нервно-психической формы

У больных, перенесших тотальную адреналэктомию, может развиваться синдром:

- синдром Иценко-Кушинга
- ДВС-синдром
- синдром Нельсона
- синдром Шихана

Для клиники хронической надпочечниковой недостаточности характерно все, кроме:

- гипергликемии
- пристрастия к соленой пище
- мышечной слабости
- гиперпигментации кожи и слизистых оболочек

Для первичной надпочечниковой недостаточности характерно наличие:

- снижение кортизола + снижение АКТГ
- снижение АКТГ + повышение кортизола
- снижение АКТГ + нормальный уровень кортизола
- снижение кортизола + повышение АКТГ

Для замещения выраженной минералокортикоидной недостаточности используется:

- гидрокортизон
- преднизолон
- флудрокортизон
- кортизон

Глюкокортикоидом короткой продолжительности действия не является:

- кортизон



- преднизолон
- гидрокортизон
- дексаметазон

Минералокортикоидной активностью не обладает:

- дексаметазон
- преднизолон
- гидрокортизон
- кортизон

Диагноз острой надпочечниковой недостаточности основывается на:

- определении уровня кортизола крови
- определении уровня кортизола мочи
- клинике и определении уровня К, Na
- определении уровня АКТГ

Секреция альдостерона усиливается при непосредственном влиянии на его рецепторы:

- ангиотензина - 2
- ренина
- дезоксикортикостерона
- прогестерона

Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики:

- гипоталамического синдрома и синдрома Иценко-Кушинга
- ожирения и болезни Иценко-Кушинга
- нормы и синдрома Иценко-Кушинга
- болезни и синдрома Иценко-Кушинга

Какой из препаратов не относится к глюкокортикоидам

- флудрокортизон
- гидрокортизон
- преднизолон
- кортизона ацетат

Наиболее частая причина первичного гипотиреоза?

- АИТ.
- ДТЗ.
- эндемический зоб.
- подострый тиреоидит.

Благоприятный прогноз у больного синдромом/болезнью Иценко-Кушинга при:

- легкой форме, длительном течении, возраст 50 лет
- легкой форме, небольшой длительности, возраст до 30 лет
- средней степени тяжести, торпидном течении, с осложнением стероидным диабетом
- легкой форме, небольшой длительности, детский возраст

После лечения болезни Иценко-Кушинга больной должен находиться под наблюдением:

- у терапевта, в течение года
- у эндокринолога, в течение 3мес.
- у эндокринолога, в течение не менее 6мес.
- не находится под наблюдением

Особенностями нарушений углеводного обмена при болезни Иценко-Кушинга являются:

- необходимость инсулинотерапии
- гипогликемические состояния
- инсулинорезистентность
- склонность к кетоацидозу

В клиническом анализе крови при болезни Иценко-Кушинга отмечаются:

- лейкоцитопения
- тромбоцитопения
- полицитемия
- эозинофилия и гранулоцитопения

Для болезни Иценко-Кушинга наиболее характерно:

- гипонатриемия
- увеличение активности щелочной фосфатазы
- гиперкалиемия
- гипокалиемия

При тяжелой форме болезни Иценко-Кушинга отмечается:

- равномерное распределение подкожного жирового слоя
- патологические переломы костей
- усиление дифференцировки и роста скелета
- сохранение менструального цикла.

Дифференциальный диагноз болезни Иценко-Кушинга проводят со следующими заболеваниями:

- хронический пиелонефрит
- хроническая надпочечниковая недостаточность
- синдром истощенных яичников
- синдром Иценко-Кушинга

Наиболее эффективно при болезни Иценко-Кушинга:

- протонотерапия межюточно-гипофизарной области
- хирургическая аденомэктомия
- применение блокаторов гипоталамо-гипофизарной систем
- удаление одного или двух надпочечников

Наиболее частыми костными изменениями болезни Иценко-Кушинга являются:

- деформация и перелом костей, остеопороз
- ускорение дифференцировки и роста скелета
- гиперостоз
- остеомалация

Малая дексаметазоновая проба проводится для диф.диагноза:

- нормы и гиперкортицизма
- синдрома и болезни Иценко-Кушинга
- феохромоцитомы и болезни Иценко-Кушинга
- АКТГ-эктопированного синдрома и синдрома Иценко-Кушинга

При проведение малого теста Лиддла кортизол в крови в норме:

- снижается менее 50 нмоль/л
- повышается в 2 раза

- остается неизменным
- снижается на 5нмоль/л

При проведении малой дексаметазоновой пробы пациент принимает:

- 1мг дексаметазона
- 2мг дексаметазона
- 5мг преднизолона
- 0,5мг дексаметазона

К поздним осложнениям сахарного диабета относятся:

- кетоацидоз
- диабетическая ретинопатия
- гиперосмолярная кома
- гипогликемия

Для избежания сосудистых осложнений, с какой частотой нужно определять HbA1c?

- раз в год
- раз в 6 месяцев
- каждый месяц
- раз в 3 месяца

Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов?

- артериальная гипертензия
- микроангиопатия
- нейропатия
- ретинопатия

Спорадический зоб, это:

- зоб, выявляемый в районах йодного дефицита
- зоб, выявляемый в районах с нормальным потреблением йода
- зоб, выявляемый в подростковом возрасте
- зоб, выявляемый у детей, родители которых имеют патологию ЩЖ

Для диагностики диффузного эутиреоидного зоба не показано:

- определение ТТГ
- определение Т3
- УЗИ щитовидной железы
- пальпация щитовидной железы

Комбинированным препаратом йода является:

- йодомарин
- йодбаланс
- йодокомб
- эутирокс

Противопоказанием к приему калия йодида является все, кроме:

- детский возраст
- гиперфункция щитовидной железы
- токсическая аденома щитовидной железы
- функциональная автономия щитовидной железы.

Признаками йододефицита являются все, кроме:

- задержка физического развития
- нарушение менструального цикла
- снижение интеллекта
- синдром мальабсорбции

Больная А. 60 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Диабет компенсирован диетой и приемом сиофора. Больной предстоит операция по поводу желчнокаменной болезни. Какова тактика сахароснижающей терапии?

- сохранение прежней схемы лечения
- увеличение дозировки сиофора
- добавление преднизолона
- отмена сиофора и перевод на инсулин

Какой из препаратов инсулина имеет наименьшую продолжительность действия?

- актрапид
- хумалог
- протафан
- лечемир

Больной сахарным диабетом 1-го типа заболел ОРЗ с подъемом температуры тела. Какова тактика в отношении инсулинотерапии?

- отменить инсулин
- уменьшить количество потребляемых углеводов
- увеличить суточную дозу инсулина
- уменьшить суточную дозу инсулина

В каких случаях не следует достигать идеальной компенсации диабета?

- беременность
- возраст 18 лет
- язвенная болезнь желудка
- нестабильная стенокардия

В наименьшем проценте выделяется через почки сульфаниламидный препарат:

- глимепирид
- глюренорм
- глибенкламид
- гликлазид

Противопоказанием к назначению препаратов сульфонилмочевины является все перечисленное, кроме:

- кетацидоза
- беременности
- инсульта в анамнезе
- проведение оперативного лечения

К механизму сахароснижающего действия бигуанидов не относится:

- стимуляция синтеза инсулина В-клетками
- торможение глюконеогенеза в печени
- активация тирозинкиназы
- активация глюкозных транспортеров (ГЛЮТ-1, ГЛЮТ-4)

К осложнениям от введения инсулина относятся все перечисленное, кроме:

- аллергических реакций
- отеков
- гипогликемии
- кетоацидоза

Какой из перечисленных препаратов является глибенкламидом?

- глюренорм
- манинил
- глимаз
- диабетон

К группе агонистов рецепторов ГПП-1 относится:

- ситаглиптин
- пиоглитазон
- эксенатид
- репаглинид

Калорийность диеты пациента с сахарным диабетом рассчитывается, исходя из:

- реальной массы тела
- сопутствующей инсулинотерапии
- пола, идеальной массы тела и физической нагрузки
- возраста

При резистентности к сульфаниламидным препаратам больным со сниженной массой тела следует назначить:

- инсулинотерапию
- сульфаниламидные препараты в сочетании с бигуанидами
- расширенную диету и бигуаниды
- низкокалорийную диету и бигуаниды

Какое побочное действие может развиваться у больного сахарным диабетом при приеме бигуанидов, если имеет место сопутствующее заболевание, ведущее к тканевой гипоксии?

- кетоацидоз
- агранулоцитоз
- холестатическая желтуха
- лактацидоз

Наибольшей продолжительностью действия обладает препарат:

- репаглинид
- натеглинид
- гликлазид МВ
- глибенкламид

Беременным с сахарным диабетом показано применение следующей группы препаратов:

- метформин
- препараты сульфонилмочевины
- инсулины
- глиниды

Какой из перечисленных препаратов обладает эффектом глюкозозависимой стимуляции секреции инсулина и способствует снижению массы тела?

- эксенатид
- метформин
- пиоглитазон
- глибенкламид

Применение какой группы препаратов не противопоказано при любой стадии ХБП?

- метформин
- препараты сульфонилмочевины
- ингибиторы ДПП-4
- инсулины

К рациональным комбинациям пероральных сахароснижающих препаратов относится:

- агонисты рецепторов ГПП-1 + ингибиторы ДПП-4
- метформин + ингибиторы ДПП-4
- препараты сульфонилмочевины + глиниды
- инсулин + тиазолидиндионы

К показаниям для инсулинотерапии у больных сахарным диабетом и ОКС не относится:

- СД 1 типа
- терапия высокими дозами стероидов
- гипергликемия при поступлении стойко на уровне 8-9 ммоль/л
- выраженная застойная сердечная недостаточность

Каковы целевые значения гликозилированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом на диализе при отсутствии выраженных сердечно-сосудистых осложнений?

- менее 6,5%
- менее 7,0%
- менее 7,5%
- 7,5-8,0%

К комбинированным сахароснижающим препаратам относится:

- глибомет
- глюкобай
- глюкофаж
- глюренорм

К побочным действиям сенситайзеров не относится:

- отеки
- прибавка массы тела
- повышение активности ферментов печени
- проходящие нарушения остроты зрения

Какие препараты противопоказаны при остром инфаркте миокарда?

- глиниды
- препараты сульфонилмочевины
- метформин
- инсулины

Показанием для начала заместительной почечной терапии у больных СД и ХПН не является:

- СКФ менее 30 мл/мин
- калий сыворотки более 6,5 мэкв/л

- тяжелая гипергидратация с риском развития отека легких
- нарастание белково-энергетической недостаточности

Основными методами лучевой диагностики при ревматоидном артрите являются :

- стандартная (экранная), безэкранный рентгенография
- артрография
- электрорентгенография
- томография
- компьютерная томография

Для псориатического артрита характерны все перечисленные признаки, за исключением:

- эрозий суставных поверхностей дистальных отделов стоп
- кальцинатов мягких тканей
- ассиметричных синдесмофитов
- эрозий суставных поверхностей дистальных межфаланговых суставов рук
- лучевой локализации артрита
- остеолита суставной локализации

Секвестрация костной ткани может быть следствием:

- остеомиелита
- асептического остеонекроза
- травматических переломов костей
- всех перечисленных явлений

Для определения минеральной плотности кости наиболее точным методом является:

- компьютерная томография позвоночника
- ядерно-магнитный резонанс
- биопсия костной ткани
- рентгеновская и ультразвуковая денситометрия

Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности всех перечисленных ферментов сыворотки крови, за исключением:

- амилазы
- креатинфосфокиназы
- аминотрансферазы
- альдолазы
- лактатдегидрогеназы

Наиболее ценным признаком для диагноза системной красной волчанки при биопсии кожи является:

- лимфоидная инфильтрация дермы
- гиперкератоз
- обнаружение иммуноглобулинов G, M и иммунных комплексов в дермоэпидермальном стыке кожи
- отек верхних слоев дермы и атрофия волосяных фолликулов

При системной красной волчанке в сыворотке крови обнаруживаются антитела к следующим антигенам:

- нативной ДНК
- денатурированной ДНК
- гистону
- Ro-антигену

- всем перечисленным

Для ревматоидного артрита характерны следующие изменения синовиальной оболочки, кроме:

- пролиферации синовиоцитов и клеточной инфильтрации нижележащих слоев
- появление лимфоидных фолликулов в толще синовиальной оболочки
- ангиоматоз синовиальной оболочки
- появление пигментированных клеток в синовии

При ревматоидном артрите в синовиальной жидкости не обнаруживаются:

- кристаллы пирофосфата кальция
- увеличенного содержания белка
- уменьшения вязкости
- рагоциты
- ревматоидный фактор

Из перечисленного ниже легочной патологии при ревматоидном артрите не встречается:

- бронхиолит
- альвеолит
- гранулематозный процесс
- увеличение лимфоузлов в средостении
- интерстициальный фиброз
- плеврит

У больных системной красной волчанкой в легких могут обнаруживаться все перечисленные изменения, за исключением:

- дисковидных ателектазов
- базального кистовидного пневмосклероза
- адгезивного плеврита
- увеличение внутригрудных лимфоузлов
- эмфизема легких

Все указанные ниже системные васкулиты сопровождаются поражением легких, кроме:

- узелкового периартериита
- гранулематоза Вегенера
- гигантоклеточного темпорального артериита
- увеличение лимфоузлов синдрома Гудпасчера
- эозинофильного гранулематозного васкулита

Поражение суставов встречается при всех указанных заболеваниях крови, за исключением:

- постгеморрагической анемии
- лейкоза
- лимфогранулематоза
- гемофилии
- гемохроматоза

В начале ревматоидного артрита наиболее часто поражаются следующие суставы:

- пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые
- лучезапястные
- коленные
- шейный отдел позвоночника



- локтевые

Общим проявлением ревматоидного и псориатического артритов при поражении стопы является:

- вальгусное отклонение стопы
- деструктивный артрит
- вальгусное отклонение большого пальца стопы
- синдром тарзального канала

При ревматоидном артрите чаще всего встречается вторичный амилоидоз:

- печени
- кишечника
- почек
- надпочечников
- сердца

Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является:

- некротизирующий васкулит с вовлечением жизненноважных органов
- поражение легких
- подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга
- уремия при вторичном амилоидозе почек
- осложнения лекарственной терапии

Для суставного синдрома при серонегативном ревматоидном артрите характерны все перечисленные особенности, кроме:

- начинается с поражения крупных суставов
- быстро и рано в процесс вовлекаются суставы запястья
- редко в процесс вовлекаются проксимальные межфаланговые и пястно-фаланговые кисти
- часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза
- рентгенологически - преобладают анкилозирование над эрозивным процессом
- часто выявляется двухсторонний сакроилиит

Диагностически важным для ревматоидного артрита признаком является:

- артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- одновременное поражение суставов одного пальца
- диффузный отек пальцев рук или ног в виде «сардельки»
- сенсорная нейропатия
- изменение ногтей (симптом наперстка)

Укажите неверное положение, касающееся применения глюкокортикоидов при ревматоидном артрите :

- длительное применение малых доз (5-7,5 мг преднизолона) замедляет рентгенологическую прогрессию ревматоидного артрита
- применение в качестве промежуточной терапии (bridge-therapy) для подавления высокой активности воспалительного процесса в начале базисной терапии
- дозы, соответствующие 15 мг преднизолона, при длительном применении не вызывают системного остеопороза
- при высокой активности процесса могут применяться в виде пульс-терапии

Введение глюкокортикоидов внутрь сустава рекомендуется преимущественно :

- при одновременном приеме внутрь больших доз глюкокортикоидов

- при моно- или олигоартрите с выраженным экссудативным компонентом
- при множественном поражении суставов с выраженными экссудативными явлениями
- при артралгиях без экссудативных изменений в суставе

Общими признаками заболеваний, входящих в группу спондилоартритов, являются все перечисленные, кроме:

- наличия ревматоидных узелков
- язв полости рта, кишечника, гениталий
- ассиметричного артрита периферических суставов
- тенденция к семейной агрегации

Заподозрить анкилозирующий спондилоартрит позволяют все признаки, кроме:

- болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- скованности в позвоночнике в утренние часы
- конъюнктивита
- выраженного деструктивного процесса только в суставах стоп

Наиболее специфичным лабораторным показателем серонегативных спондилоартритов является:

- увеличение СОЭ
- гипергаммаглобулинемия
- HLA-B27 позитивность
- анемия
- лейкоцитоз

Укажите клинический признак, не характерный для анкилозирующего спондилоартрита:

- ограничение подвижности позвоночника
- подкожные узелки
- поражение ахиллова сухожилия
- уменьшение экскурсии грудной клетки

Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются:

- при гемофилической артропатии
- при псевдоподагре
- при остеоартрозе
- при ревматоидом артрите
- при болезни Бехтерева

Вариантами суставного синдрома псориатического артрита являются нижеперечисленные, за исключением:

- дистального
- остеолитического
- моно- и олигоартрического
- спондилоартрического
- поражения дистальных межфаланговых суставов с костными разрастаниями (узлы Гебердена)

Для псориатического артрита наиболее характерно:

- связь развития аортита и аортального порока сердца с активностью периферического артрита
- связь амилоидной нефропатии с характером поражения кожи
- ярко выраженная атрофия мышц, прилежащих к пораженным суставам

- внутрисуставной остеолит дистальных межфаланговых суставов

Обязательным для псориатического артрита является:

- эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах
- латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике
- анкилозирование межпозвонковых суставов
- первые признаки заболевания – кожные
- наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике

Повышение уровня мочевой кислоты может быть вызвано всеми перечисленными обстоятельствами, кроме:

- лечение тиазидами
- голодания
- лечением колхицином
- употребление большого количества жиров

Для острого подагрического артрита повышение температуры тела:

- характерно
- не характерно

При подагре не поражаются следующие суставы:

- коленные
- плечевые
- локтевые
- голеностопные

Поражение височно-нижнечелюстного сустава может быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- подагры
- анкилозирующего спондилоартрита
- ревматоидного артрита
- ювенильного ревматоидного артрита
- остеоартроза

Подкожные узелки могут встречаться при всех заболеваниях, кроме:

- ревматизма
- ревматоидного артрита
- ревматической полимиалгии
- бактериального эндокардита
- подагры

Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:

- тест муцинового сгустка
- определение глюкозы в синовиальной жидкости
- определение комплемента в синовиальной жидкости
- микроскопическое исследование синовиальной жидкости

Характерным признаком остеопороза является:

- вторичная подагра
- рецидивирующий гонартрит коленных суставов
- потеря болевой чувствительности

- компрессионный перелом позвонков

Узелки Бушара появляются:

- при подагре
- при ревматоидном артрите
- при остеоартрите
- при ревматизме

Начальным признаком остеоартроза коленного сустава является:

- болезненность при пальпации коленного сустава
- хруст при движении в коленном суставе
- остеофиты (по данным рентгенограммы)
- боли при ходьбе по лестнице

Укажите один рентгенологический признак не типичный для остеоартроза:

- сужение суставной щели
- субхондральный склероз
- околосуставной остеопороз
- краевая гипертрофия суставных поверхностей

Причиной аваскулярного некроза кости является:

- воспалительный процесс в синовиальной оболочке
- «инфаркт» кости в результате ее ишемии
- избыточная нагрузка на сустав
- ранняя и быстрая дегенерация суставного хряща при остеоартрозе

При остеопорозе наиболее ранними являются переломы:

- нижних грудных позвонков
- ребер
- шейки бедренной кости
- костей таза

Боли в области плечевого сустава могут быть обусловлены:

- артритом плечевого сустава
- остеохондрозом шейного отдела позвоночника
- поражением сухожильного аппарата
- всем вышеперечисленным

Для кисты Бейкера характерно следующее:

- накопление жидкости в подколенной сумке
- сообщение полости кисты с полостью коленного сустава
- возникновение только при ревматоидном артрите
- двухсторонняя локализация
- верно А, Б

Проявление кожного синдрома при системной красной волчанке может быть все перечисленное, кроме:

- алопеции
- витилиго
- сетчатого ливедо
- фотодерматоза

При системной красной волчанке антинуклеарный фактор выявляется:

- всегда
- не всегда

При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться:

- преходящими нарушениями мозгового кровообращения
- судорогами
- периферической полинейропатией
- психозами
- всем перечисленным

При системной красной волчанке могут наблюдаться следующие гематологические изменения, кроме:

- гемолитической анемии
- мегалобластной анемии
- тромбоцитопении
- лейкопении

Величину поддерживающей дозы глюкокортикоидов при системной красной волчанке можно рассматривать как показатель выраженности клико-лабораторного улучшения:

- да
- нет

При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- лица, пальцев кистей и стоп
- туловища и проксимальных отделов конечностей (до пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов)
- туловища
- головы

Наиболее характерным признаком дерматомиозита является:

- миокардит
- поражение кистей, сходное с ревматоидным артритом
- диффузное поражение интерстициальной ткани легких
- прогрессирующее похудание
- гипотония верхней трети пищевода

Укажите номер приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 апреля 2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхо-легочными заболеваниями пульмонологического профиля»

- 220
- 221
- 222
- 223
- 224

Укажите основной литературный источник по вопросам диагностики и лечения бронхиальной астмы:

- Справочник Видаля
- Формулярная система РФ
- Глобальная Инициатива по астме

- Терапевтический справочник
- Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких

Укажите основной литературный источник по вопросам диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких:

- Справочник Видаля
- Формулярная система РФ
- Глобальная Инициатива по астме
- Терапевтический справочник
- Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких

Средние сроки пребывания на больничном листе при неосложненной лакунарной ангине:

- 3-5 дней
- 8-9 дней
- не менее 12 дней
- 18-21 дней
- 21-28 дней

Средние сроки пребывания на больничном листе при катаральной ангине:

- 5-6 дней
- 8-9 дней
- 10-12 дней
- 18-21 дней
- 21-28 дней

Больные, перенесшие бактериальную ангину, подлежат диспансерному наблюдению в течение:

- 10 дней
- 1 месяц
- 2 месяцев
- 6 месяцев
- диспансерному наблюдению не подлежат

Причиной кровохарканья могут быть все нижеперечисленные состояния, кроме:

- Первичная или метастатическая опухоль.
- Синдром Гудпасчера.
- Инфаркт легкого.
- Саркоидоз.
- Туберкулез.

Какая из нижеперечисленных диагностических процедур более специфична для выявления тромбоэмболии легочной артерии.

- Ангиография.
- Исследование вентиляции (изотопное исследование).
- Перфузионная сцинтиграфия.
- Анализ артериальных газов крови.
- Рентгенография органов грудной клетки.

У 70-летнего больного хроническим бронхитом на фоне ОРВИ усилился непродуктивный кашель, появилась сильная одышка. Объективно: заторможен, выраженный цианоз, диффузные высокотональные сухие свистящие хрипы, ЧД 38\мин, ЧСС 120\мин.

Рентгенологически усиление легочного рисунка. Наиболее вероятным этиологическим фактором ОРВИ в данном случае является:

- Вирус гриппа А
- Вирус парагриппа
- Аденовирус
- Риновирус
- Респираторно- синтициальный вирус

Основным этиологическим фактором острого бронхита является:

- бактерии
- вирусы
- химические раздражающие вещества
- органическая пыль
- грибы

Основным этиологическим фактором пневмонии является:

- золотистый стафилококк
- кишечная палочка
- вирусы
- пневмококк
- моракселла катаралис

Диагностически значимым признакам в постановке диагноза грибкового поражения дыхательных путей является:

- Указания в анамнезе о проживании в районе расположения заводов биотехнологического производства.
- Длительный прием антибиотиков.
- Наличие клиники бронхита.
- Обнаружение вегетирующих форм грибов (мицелий, почкообразующих клеток).
- Обнаружение отдельных клеток грибов в мокроте.

Каковы безусловные факторы риска развития ХОБЛ:

- Курение, социальные факторы.
- Респираторные инфекции, возраст, пол.
- Гиперреактивность дыхательных путей, пассивное курение.
- Тяжелая врожденная недостаточность альфа-1 антитрипсина, курение, повышенный уровень пыли и газов в воздухе (окружающая среда и проф. вредности).
- Тяжелая врожденная недостаточность альфа-1 антитрипсина, гиперреактивность дыхательных путей, пол.

Диагноз муковисцидоза может быть обоснованно заподозрен, если у 17- летнего больного с наличием бронхоэктазов дополнительно выявляют:

- Декстракардию.
- Рецидивирующую крапивницу.
- Наличие нейтрального жира в кале.
- Артериальную гипертензию.
- Снижение уровня IgA в сыворотке.

Какое утверждение относительно саркоидоза легких неверно?

- У части больных наблюдается спонтанный регресс заболевания.
- Возможно гранулематозное поражение печени.
- Глюкокортикоиды эффективны только в больших дозах (1 мг\кг).

- Морфологическим признаком заболевания является эпителиоидная гранулема.
- Дыхательная недостаточность развивается преимущественно по рестриктивному типу.

В отличие от сердечной астмы при бронхиальной астме встречаются все нижеперечисленные признаки, кроме:

- Сухие хрипы в легких.
- Акцент II тона над легочной артерией.
- Признаки левожелудочковой недостаточности.
- Признаки правожелудочковой недостаточности.
- Эозинофилы в мокроте.

В какой клинической ситуации наличие одышки позволяет предположить пневмонию?

- Острое развитие лихорадки до 39 С, малопродуктивный кашель, одышка, участок бронхиального дыхания в правой подлопаточной области.
- Длительный (в течение нескольких лет) кашель с отделением гнойной мокроты, цианоз, одышка при незначительной нагрузке.
- Нарастающая одышка (в течение нескольких месяцев) у больной с синдромом Рейно, непродуктивный кашель, цианоз, утолщение концевых фаланг пальцев.
- Внезапно возникшая одышка у больного с длительным кашлевым анамнезом, ослабление дыхания справа, цианоз.
- Внезапно возникшая одышка у больного с сердечной недостаточностью на фоне постинфарктного кардиосклероза и появлением зубца Q в III и зубца S в I стандартных отведениях.

В комплекс лечения ТЭЛА входят все нижеперечисленные мероприятия, кроме:

- Для коррекции гипоксемии назначают кислород.
- Эмболэктомию из легочных артерий необходимо проводить всем больным после ангиографии.
- Оперативные вмешательства для предупреждения эмболий из системы нижней полой вены показаны при противопоказаниях к применению антикоагулянтов, массивном кровотечении.

У больного хроническим алкоголизмом выявлена пневмония с множественными полостями распада в обоих легких. Лечение пенициллином неэффективно. Из бронхоальвеолярной лаважной жидкости высеян золотистый стафилококк, устойчивый к метициллину. Назначение какого из антибиотиков является оптимальным в данной ситуации:

- Ванкомицин
- Карбенициллин
- Цефтазидим
- Амикацин
- Амоксиклав (амоксициллин с клавулановой кислотой)

Патоморфологические изменения при саркоидозе достаточно разнообразны и включают все нижеперечисленные, кроме:

- Гломерулонефрита.
- Гранулематоза.
- Поражения глаз.
- Увеличения внутригрудных лимфоузлов.
- Узловой эритемы.

Для лечения синегнойной инфекции следует использовать:



- Цефперазон
- Тетрациклин
- Эритромицин
- Амоксициллин
- Линкомицин

Основным механизмом молекулярного действия хинолоновых антибиотиков является:

- нарушение синтеза ДНК
- ингибирование синтеза клеточной стенки
- нарушение синтеза белка
- нарушение функционирования цитоплазматической мембраны
- нарушение функционирования аппарата Гольджи

Эритромицин имеет следующий молекулярный механизм действия:

- ингибирование синтеза белка
- нарушение синтеза ДНК
- ингибирование синтеза клеточной стенки
- нарушение функции цитоплазматической мембраны
- нарушение синтеза РНК

Такой молекулярный механизм действия, как нарушение синтеза ДНК, характерен для:

- ципрофлоксацина
- эритромицина
- ампициллина
- нистатина
- цефотаксима

Для левомицетина характерны все перечисленные ниже осложнения за исключением

- остеопороз
- поражения крови
- дерматиты
- миокардит
- дисбактериоз

Применение каких antimicrobных препаратов наиболее опасно во время беременности

- фторхинолоны
- макролиды
- цефалоспорины
- пенициллины
- сульфаниламидов

Против атипичных возбудителей (микоплазмы, хламидии, легионеллы) следует назначить

- макролиды
- пенициллины
- аминогликозиды
- цефалоспорины
- метронидазол

Какой антибиотик противопоказан больным, получающим миорелаксанты, или при миастении

- гентамицин
- ампициллин

- эритромицин
- линкомицин
- левомицетин

Какой препарат целесообразно назначить при крупозной пневмонии

- амоксициллин
- офлоксацин
- метронидазол
- амикацин
- гентамицин

Какой антибиотик следует назначить 40-летнему больному с абсцессом легких при неэффективности пенициллина

- ципрофлоксацин
- левофлоксацин
- ампициллин
- амфотерицин
- эритромицин

Какая группа антибиотиков наиболее часто вызывает острую почечную недостаточность

- аминогликозиды
- фторхинолоны
- пенициллины
- цефалоспорины
- макролиды

Назовите респираторный фторхинолон

- левофлоксацин
- ципрофлоксацин
- офлоксацин
- норфлоксацин
- пефлоксацин

Назовите фторхинолон с антианаэробной активностью

- моксифлоксацин
- ципрофлоксацин
- офлоксацин
- норфлоксацин
- пефлоксацин

Укажите антистафилококковый препарат узкого спектра

- ванкомицин
- бензилпенициллин
- ципрофлоксацин
- кларитромицин
- цефтриаксон

Укажите цефалоспорин с антисинегнойной активностью

- цефперазон
- цефазолин
- цефуросим
- цефиксим

- цефтриаксон

Укажите цефалоспорины 24-часового действия

- цефтриаксон
- цефаперазон
- цефазолин
- цефуросим
- цефтазидим

Укажите защищенный пенициллин

- аугментин
- амикацин
- азлоциллин
- мезлоциллин
- амоксициллин

Какая группа антибиотиков не относится к бета-лактамам

- оксазолидиноны
- пенициллины
- цефалоспорины
- карбапенемы
- монобактамы

Укажите бета-адреномиметик 12-часового действия

- формотерол
- сальбутамол
- индакатерол
- фенотерол

Укажите бета-адреномиметик 24-часового действия

- формотерол
- сальбутамол
- индакатерол
- фенотерол

Какой препарат не относится к комбинированным бронхолитикам

- тиотропий
- беродуал
- дитэк
- ультибра
- комбивент

Укажите современный бронхолитик антихолинэргического действия:

- гликопирроний
- индакатерол
- рофлумиласт
- формотерол
- флютиказон

Какой препарат используют для профилактики обострения ХОБЛ:

- гликопирроний
- индакатерол

- рофлумаиласл
- формолерол
- флюликазон

К муколитическим препаратам относится

- амброксол
- хромогликат натрия
- фенолерол
- теофиллин (эуфиллин)
- беклометазон

Укажите побочный эффект НЕ характерный для теофиллина

- нарушение цветового зрения
- бессонница
- тремор
- тошнота
- тахикардия

Укажите ингаляционный глюкокортикостероид

- беклометазон
- беродуал
- беролек
- онбрез
- интал

Базисное лечение бронхиальной астмы предполагает обязательное назначение

- ингаляционных глюкокортикостероидов
- бета-2-агонистов
- холинолитиков
- системных глюкокортикостероидов
- муколитиков

Укажите ингаляционный М-холинолитик пролонгированного действия

- тиотропиум бромид
- ипратропиум бромид
- будесонид
- беклометазон
- сальметерол

Укажите комбинированный препарат, сочетающий ИГКС и пролонгированный бронхолитик

- серетид
- серевент
- спирива
- сальбутамол
- формолерол

Симбикорт – это сочетание

- будесонид + формолерол
- будесонид + сальметерол
- фликсотид + сальбутамол
- беклометазон + сальметерол

- беклометазон + формотерол

Болевой синдром при заболеваниях почек обусловлен:

- обструкцией мочеточников
- растяжением и воспалением почечной лоханки
- острой ишемией почечной ткани
- всем вышеперечисленным

Наличие у больного острой односторонней боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область, возникающей после тряской езды, характерно для:

- паранефрита
- острого пиелонефрита
- мочекаменной болезни
- хронического гломерулонефрита

Олигурия наблюдается при:

- коллапсе
- сахарном диабете
- схождении сердечных отеков
- начальной стадии хронической почечной недостаточности

Для внешнего вида больных с нефротическим синдромом характерно:

- цвет кожи "кофе с молоком"
- цианоз губ, мочек ушей, кончиков пальцев
- выраженная отечность лица
- выраженная отечность нижних конечностей

Для острого гломерулонефрита характерно:

- отеки ног к вечеру
- отеки лица и рук на фоне "чугунного цианоза"
- отеки лица утром
- наличие асцита

Для острого гломерулонефрита не характерно:

- артериальная гипертензия
- макрогематурия
- олигурия
- выраженная лейкоцитурия

Появление мочи цвета мясных помоев характерно для:

- острого пиелонефрита
- острого гломерулонефрита
- нефротического синдром
- хронического пиелонефрита

Ведущим механизмом артериальной гипертензии при заболеваниях почек является:

- снижение клубочковой фильтрации воды и натрия
- активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы
- задержка катехоламинов
- снижение депрессорной функции почек

Для нефротического синдрома не характерно

- гипостенурия
- зернистые цилиндры
- гипопротеинемия
- гиперхолестеринемия

Ведущим механизмом отеков при нефротическом синдроме является:

- повышение проницаемости сосудистой стенки
- уменьшение онкотического давления плазмы крови
- задержка в крови и тканях ионов натрия
- повышение гидростатического давления в капиллярах

Для хронической почечной недостаточности характерно все, кроме:

- запаха аммиака изо рта
- поноса
- анемии
- гиперстенурии

При уремии не наблюдается:

- сухость кожных покровов
- гипоизостенурия
- шум трения перикарда
- клубочковая фильтрация 100 мл/мин

Шум трения перикарда можно выслушать у больных:

- с нефротическим синдромом
- с острым гломерулонефритом
- с острым пиелонефритом
- с уремией

Если у больной 35 лет протеинурия 6.0 г в сутки, общий белок 50 г/л, альбумины 30%, АД 120/80 мм рт. ст., массивные отеки, то у больной:

- острый пиелонефрит
- хронический пиелонефрит
- нефротический синдром
- острая почечная недостаточность

При исследовании крови у больных с нефротическим синдромом выявляется:

- гиперпротеинемия
- гипоальбуминемия
- гиперальбуминемия
- гиполипидемия

Морфологический вариант "минимальные изменения клубочков" означает наличие:

- иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране
- выраженной пролиферации мезангия
- гиалиноза и склероза клубочков
- изменений малых отростков подоцитов

Гломерулонефриты:

- иммунновоспалительные заболевания
- заболевания с преимущественным поражением клубочков
- заболевания с преимущественным поражением канальцев

- чаще являются иммунокомплексными болезнями

Иммунные комплексы при гломерулонефритах:

- локализуются только в плотном слое гломерулярной мембраны
- обнаруживаются в разных отделах клубочка
- в их состав в качестве антитела могут входить Ig A, IgG, IgM
- в их состав в качестве антитела входит только IgG

Болезнь Берже:

- IgA нефропатия
- IgM нефропатия
- протекает с признаками нефротического синдрома
- протекает с гематурией

Быстропрогрессирующий гломерулонефрит характеризуется всем кроме:

- бывает как иммунокомплексной, так и аутоиммунной природы
- морфологически представлен минимальными изменениями клубочков
- характеризуется быстрым нарастанием почечной недостаточности
- морфологически проявляется пролиферацией клеток капсулы Боумена

При синдроме Гудпасчера:

- часто возникает латентная форма гломерулонефрита
- поражаются почки и сердце
- поражаются почки и легкие
- возникает поражение сосудов брюшной полости

При назначении цитостатиков при хроническом гломерулонефрите следует учитывать:

- эффективна длительная терапия от 6 месяцев до 3 лет
- циклофосфан более эффективный препарат, чем азатиоприн
- наилучшие результаты достигаются при нефротической форме
- все перечисленное

При массивной селективной протеинурии следует думать о:

- нефротическом синдроме
- очаговом или диффузном нарушении целостности базальной мембраны
- остром гломерулонефрите
- все перечисленное

При суточной протеинурии около 500 мг можно думать о:

- нефротическом синдроме
- латентной форме хронического гломерулонефрита
- хроническом пиелонефрите
- остром пиелонефрите

Хронический гломерулонефрит максимально активный диагностируют при:

- длительно персистирующем остроснефритическом синдроме
- массивных отеках
- стойкой высокой артериальной гипертензией
- все перечисленное

Для лечения хронического гломерулонефрита используются все кроме:

- гепарин

- глюкокортикоиды
- цитостатики
- антациды

Что входит в классическую триаду симптомов при остром гломерулонефрите:

- отеки, гипертония, гематурия
- одышка, анурия, гипертония
- отеки, анурия, гипертония
- отеки, одышка, гипертония

Основным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является:

- стафилококк
- стрептококк
- синегнойная палочка
- кишечная палочка

Факторами риска развития пиелонефрита являются:

- рефлюксы
- обструкция мочевыводящих путей
- беременность
- все перечисленное

Диагноз хронического пиелонефрита базируется на выявлении:

- поражения клубочкового аппарата
- поражении тубулоинтерстициальной зоны
- поражения чашечно-лоханочного аппарата
- признаков почечной недостаточности

Каким типом иммунокомплексных реакций чаще всего обусловлено повреждение клубочков при хроническом гломерулонефрите:

- выработкой антител к гломерулярной базальной мембране
- появлением иммунных комплексов
- выработкой антител к тубулярной базальной мембране
- все перечисленное

Признаки мочевого синдрома при хроническом гломерулонефрите:

- лейкоцитурия
- протеинурия
- белок Бенс-Джонса
- бактериурия

При каком варианте хронического гломерулонефрита сроки формирования ХПН составляют 25 - 30 лет:

- латентном
- гематурическом
- смешанном
- гипертоническом

При каком морфологическом типе хронического гломерулонефрита не обнаруживают изменения морфологических структур при светооптическом исследовании:

- мезангиопролиферативном
- мембранопролиферативном



- мембранозном
- минимальных изменениях клубочков

Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита прогностически наиболее благоприятный:

- гематурический
- нефротический
- гипертонический
- смешанный

Какая проба позволяет выявлять снижение клубочковой фильтрации:

- проба Нечипоренко
- проба Зимницкого
- проба Реберга
- проба Аддиса - Каковского

К осложнениям нефротического синдрома относятся:

- гиповолемия
- отек мозга
- нефротический криз
- все перечисленное

Для нефротического криза верно все кроме:

- усиливается образование брадикинина
- возникают гипотония и коллапс
- массивная диуретическая терапия безопасна
- внутривенное введение белковых растворов может предотвратить развитие нефротического криза

К ренальным симптомам гипернефроидного рака относят:

- симптомы баллотирования опухоли
- боли типа почечной колики
- варикоцеле на стороне опухоли
- все перечисленное

Гематурия при гипернефроидном раке:

- встречается редко
- как правило, носит безболевого характер
- чаще микрогематурия
- в моче появляются сгустки крови

Острая тубулоинтерстициальная лекарственная нефропатия:

- вызывается антибиотиками
- часто сочетается с эозинофилией
- всегда заканчивается полным выздоровлением
- всегда приводит к хронической почечной недостаточности

Для амилоидоза верно все, кроме:

- всегда наследственное заболевание
- может быть вторичным
- часто поражаются почки
- часто поражается кишечник

AA - амилоидоз включает в себя:

- амилоидоз при миеломной болезни
- вторичный амилоидоз
- старческий амилоидоз
- все перечисленное

AL - амилоидоз:

- амилоидоз при периодической болезни
- вторичный амилоидоз
- старческий амилоидоз
- амилоидоз при парапротеинемических гемобластозах

При компенсированной стадии ХПН:

- олигурия или анурия
- полиурия
- гипокалиемия
- гиперкалиемия

При декомпенсированной стадии ХПН:

- фильтрация 70-90 мл/мин
- гипокальциемия
- гипокалиемия
- полиурия.

К заболеваниям с первичным поражением клубочков относятся:

- синдром Гудпасчера
- хронический пиелонефрит
- быстро прогрессирующий нефрит
- туберкулез почки

К заболеваниям с первичным поражением канальцев относятся:

- хронический гломерулонефрит
- хронический пиелонефрит
- синдром Гудпасчера
- нефротический синдром

Причинами геморрагического синдрома при ХПН являются:

- тромбоцитопатия
- нарушения синтеза протромбина
- дефицит факторов свертывания
- дефицит витамина К

Для терминальной стадии ХПН характерно:

- олигоанурия
- гиперкалиемия
- гипокальциемия
- все перечисленное

Алкогольный гломерулонефрит:

- обусловлен Jg A антителам
- относится к JgM нефропатиям

- чаще всего мембранозный
- главным симптомом является выраженная протеинурия

Проксимальный почечный канальцевый ацидоз:

- рН мочи низкий
- характерна гипокалиемия
- возникает при лекарственных поражениях почек
- все перечисленное

Дистальный почечный канальцевый ацидоз:

- снижается секреция ионов водорода
- нарушается реабсорбция бикарбонатов
- имеется склонность к развитию нефрокальциноза
- все перечисленное

На каком основании ставится диагноз анемия у женщин?

- снижение эритроцитов мене  $3,0 * 10^{12}/л$
- снижение гемоглобина менее 120 г/л
- снижение эритроцитов мене  $2,7 * 10^{12}/л$
- снижение гемоглобина менее 130 г/л

По размеру эритроцитов и цветовому показателю ЖДА:

- нормохромная микроцитарная
- гипохромная микроцитарная
- нормохромная макроцитарная
- макроцитарная гипохромная

Патогенез развития сидеропенического синдрома при ЖДА:

- снижение уровня железа в плазме;
- снижение уровня железа в Hb;
- снижение уровня железа в тканях, ферментах, гормонах;
- все из перечисленных

Какой из препаратов не относится к препаратам железа?

- ~ Фенюльс
- ~ Ферраградумент
- ~ Сорбифер
- = Ферезол

Основания излечения ЖДА:

- нормализация уровня Hb
- купирование сидеропенического синдрома
- нормализация уровня ферритина
- все перечисленные

Характер В12-дефицитной анемии:

- нормохромная макроцитарная
- гиперхромная микроцитарная
- гиперхромная, макроцитарная
- гипохромная нормоцитарная

Наиболее специфические изменения в ОАК при В12 – дефицитной анемии:

- лейкопения
- тромбоцитопения
- увеличение СОЭ
- тельца Жолли

Характер фолиево -дефицитной анемии:

- нормохромная макроцитарная
- гиперхромная микроцитарная
- гиперхромная, макроцитарная
- нормохромная микроцитарная

Критерий диагноза тромбоцитопении:

- снижение тромбоцитов менее  $180 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- снижение тромбоцитов менее  $150 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- снижение тромбоцитов менее  $100 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- снижение тромбоцитов менее  $80 \cdot 10^9/\text{л}$ ;

Основное место синтеза факторов свёртывания:

- костный мозг
- тромбоциты;
- эндотелий сосудов
- печень

При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит фактора свертывания крови

- X
- VIII
- IX
- VII

Критерий тяжелой степени гемофилии:

- снижение фактора свёртывания менее 50%
- снижение фактора свёртывания менее 10%
- снижение фактора свёртывания менее 20%
- снижение фактора свёртывания менее 1 %

К факторам активации тромбоцитов относятся:

- АДФ
- коллаген
- фибриноген
- Все факторы

Основное депо железа в организме:

- костный мозг
- селезёнка
- эритроциты
- печень

Что такое анизоцитоз:

- изменение размера эритроцитов
- изменение формы лейкоцитов
- изменение формы эритроцитов
- изменение размеров лейкоцитов

Для усвоения пищевого витамина В12 требуется:

- гастромукопротеин
- нормальная кишечная флора
- повышенная секреция желудочного сока
- все факторы

На каком основании верифицируется агранулоцитоз:

- снижение общего количества лейкоцитов менее  $2,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- снижение общего количества лейкоцитов менее  $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- снижение общего количества лейкоцитов менее  $1,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- снижение общего количества лейкоцитов менее  $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ;

Ведущий метод диагностики апластической (гипопластической) анемии:

- Общий анализ крови
- Развернутая иммунограмма
- Стернальная пункция
- Трепанобиопсия

Критерий верификации острого лейкоза по данным мелограммы:

- повышение количества бластов до 15 %
- повышение количества бластов до 30 %
- полное замещение костного мозга бластами
- повышение количества бластов ? 20 %

Характер анемии при гемобластозах:

- Нормохронная, нормоцитарная
- Гиперхромная, нормоцитарная;
- Гипохромная, макроцитарная;
- Гипохромная, нормоцитарная

Ведущий критерий диф. диагностики между острым лимфолейкозом и о.миелолейкозом:

- жалобы
- возраст
- цитохимическая реакция
- ОАК

Критерий ремиссии острого лейкоза:

- снижение бластов в костном мозге менее 5 % и нормализация ОАК в течение 1 мес;
- нормализация всех показателей ОАК
- отсутствие бластов в ОАК в течение 6 мес;
- все правильные ответы

Классификация лейкозов основана

- на клинической картине заболевания
- на анамнестических данных
- на продолжительности жизни больного
- на степени зрелости клеточного субстрата заболевания

Критерий выздоровления при гемобластозе:

- наличие ремиссии в течение 1 года
- наличие ремиссии в течение 3 лет

- наличие ремиссии в течение 5 лет
- нет правильных ответов

Характерные изменения в общем анализе крови в начальную фазу хронического лимфолейкоза.

- повышение лейкоцитов
- повышение моноцитов
- повышение базофилов
- повышение лимфоцитов

Какой метод диагностики является определяющим в диагностике и определении тактики лечения хронического лимфолейкоза:

- Показатели ОАК
- Показатели иммунофенотипирования
- Показатели миелограммы
- Показатели иммунограммы

Какой из препаратов не относится к цитостатикам

- Ципролет
- Циклофосфан
- Циклоспорин
- Цитозар

Наиболее характерные клинические проявления в хронически стабильную фазу ХМЛ:

- Увеличение лимфатических узлов
- Увеличение печени
- Увеличение селезенки
- Кожный синдром

Ведущий критерий определяющий наличие ремиссии при ХМЛ:

- нормализация показателей ОАК;
- цитогенетический ответ;
- нормализация размеров селезенки
- нет правильных ответов

Характерные жалобы в начальную фазу миеломной болезни:

- слабость
- боли в костях и суставах
- радикулиты
- ничего из перечисленного

Какие изменения выявляются при проведении рентгенографии костей в развернутую стадию миеломной болезни:

- только остеопороз
- только остеосклероз
- только нормальная плотность костной ткани
- все перечисленные

Какое исследование необходимо провести, для выявления М-градиента:

- ОАК
- иммунограмму
- биохимию крови

- протеинограмму

К препаратам из группы бифосфанатов относится:

- Миакальцик
- Циклофосфан
- Зомета
- Новобан

Характерные изменения в ОАК при истинной полицитемии:

- снижение гемоглобина
- повышение тромбоцитов
- повышение Hb, лейкоцитов, тромбоцитов
- нет правильных ответов

Ведущий метод диагностики истинной полицитемии:

- показатели ОАК
- показатели миелограммы
- показатели коагулограммы
- показатели трепанобиопсии

Необходимая минимальная доза аспирина для развития дезантиагрегантного эффекта

- 300 мг
- 250 мг
- 125 мг
- 75 мг

Показатель контроля на фоне лечения гепарином:

- МНО
- ПТИ
- АЧТВ
- Время свертывания

Наиболее характерные изменения в ОАК при миеломной болезни;

- Повышение лейкоцитов
- Снижение тромбоцитов
- Повышение СОЭ
- Снижение эритроцитов

Показатель контроля на фоне лечения варфарином:

- МНО
- ПТИ
- АЧТВ
- Время свертывания

Приказ министерства здравоохранения РФ, регламентирующий объем знаний врача гематолога:

- № 579
- № 401
- №112н
- №158

Приказ министерства здравоохранения РФ, регламентирующий использования компонентов крови:

- № 579
- № 147
- №363
- №108

Приказ министерства здравоохранения РФ «О донорстве крови и ее компонентов»:

- № 411
- № 502
- №183н
- №185

Характерным проявлением 1-ой фазы ДВС-синдрома:

- кровотечение
- нет жалоб
- тромбозы
- нет правильных ответов

Характерным проявлением 3-ой фазы ДВС-синдрома:

- кровотечение
- нет жалоб
- тромбозы
- нет правильных ответов

Возможные причины развития ДВС-синдрома:

- злокачественная опухоль
- сахарный диабет
- системная красная волчанка
- все ответы правильные

Патогенетическое лечение ДВС-синдрома:

- только устранение этиологического фактора
- только использование свежзамороженной плазмы
- только использование антитромбина III
- все ответы правильные

Минимальная терапевтическая доза препаратов железа:

- 75 мг
- 300 мг
- 25 мг
- 100 мг

Максимальная терапевтическая доза препаратов железа:

- 75 мг
- 300 мг
- 25 мг
- 100 мг

Терапевтическая доза гепарина:

- 75 МЕ/кг/сут
- 300 МЕ/кг/сут



- 130 МЕ/кг/сут
- 1500 МЕ/кг/сут

Критерий резистентности к варфарину:

- если суточная доза варфарина 10 мг/сут
- если суточная доза варфарина 20 мг/сут
- если суточная доза варфарина 5 мг/сут
- нет правильных ответов