

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)**

**Кафедра факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского
(лечебный факультет)**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

Герасименко О.Н.



«20__» мая 2025 г.

Оценочные материалы дисциплины

«Факультетская терапия»

Шифр дисциплины: Б1.Б.41

Специальность / направление подготовки: «Лечебное дело» / 31.05.01

Форма обучения: очная

Рабочая программа по дисциплине факультетская терапия является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Оценочные материалы разработали сотрудники кафедры факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского (лечебный факультет).

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
Герасименко О.Н.	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., профессор
Куимов А.Д.	профессор	д.м.н., профессор
Горбунова А.М.	ассистент	к.м.н.
Толмачева А.А.	ассистент	к.м.н.

Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра/организация
Дробышев В.П.	Профессор	д.м.н., профессор	Кафедра госпитальной терапии (лечебный фак.)
Мадонов П.Г.	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., профессор	Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины (фармакологический факультет)


Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского (лечебный факультет):

Протокол № 11 от 20 мая 2025 г.

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор  О.Н. Герасименко

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании цикловой методической комиссии по терапии

Протокол № 4 от 26 мая 2025 г.

Председатель ЦМК по терапии  Н.Л. Тов

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине факультетская терапия**

№п/п	Контролируемые дидактические единицы	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1	Курация и оформление истории болезни	ПК 5,6,8, ОПК 6	Экзаменационные билеты
2	Кардиология	ПК 5,6,8	Фонд контрольно-диагностических материалов КМД
3	Пульмонология	ПК 5,6,8	Промежуточный тест
4	Гастроэнтерология	ПК 5,6,8	Входной тесты по темам
5	Нефрология	ПК 5,6,8	Тесты контроля остаточных знаний
6	Ревматология	ПК 5,6,8	Ситуационные задачи
	Завщита истории болезни	ПК 5,6,8, ОПК 6	Перечень тем УИРС, рефератов, презентаций
			Перечень практических навыков
			Приложение – банк тестовых заданий

* Дидактические единицы соответствуют наименованию раздела или тем (разделов) и берутся из РП дисциплины.

1. Экзаменационные билеты для дисциплины факультетская терапия по специальности 31.05.01, лечебное дело

Факультет	<i>Лечебный</i>
Кафедра	<i>Факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского лечебного факультета</i>
Направление подготовки	31.05.01. Лечебное дело
Дисциплина	<i>Факультетская терапия</i>
Форма обучения	<i>очная</i>
Курс	<i>4</i>
Семестр	<i>7, 8</i>
Вид контроля	<i>Промежуточный</i>
Количество билетов	<i>40</i>
Количество вопросов в билете	<i>4</i>
Составители	<i>Преподаватели- проф.; О.Н. Герасименко, А.Д.Куимов, асс: А.М. Горбунова, А.А. Толмачева</i>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет	лечебный
Кафедра	факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского
Дисциплина	факультетская терапия

Экзаменационный билет № 1

1. Клиническое мышление. Понятие о клиническом диагнозе и его логической структуре. Этапы логической структуры и значение каждого этапа.
2. Классификация ИБС. Вторичная профилактика и лечение ИБС.
3. Клинические проявления остро-нефротического синдрома.
4. Практические навыки.

Зав. кафедрой _____ О.Н. Герасименко

Завуч _____ А.М. Горбунова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет _____ лечебный

Кафедра _____ факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского

Дисциплина _____ факультетская терапия

Экзаменационный билет № 2

1. Первичная артериальная гипертония (гипертоническая болезнь). Классификация. Клинические проявления поражения органов-мишеней. Профилактика АГ.
2. Хроническая левожелудочковая недостаточность. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Русские терапевтические школы (Мудров М.Я., Захарьин Г.А., Боткин С.П., Образцов В.П.).
4. Практические навыки.

Зав. кафедрой _____ О.Н. Герасименко

Завуч _____ А.М. Горбунова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Факультет _____ лечебный

Кафедра _____ факультетской терапии им. проф. Г.Д. Залесского

Дисциплина _____ факультетская терапия

Экзаменационный билет № 3

1. Первичная артериальная гипертония (гипертоническая болезнь). Патогенез. Факторы риска и стратификация групп риска. Осложнения.
2. Острая правожелудочковая недостаточность. Причины. Клиника. Принципы лечения.
3. Сибирские терапевтические школы (Курлов И.Г., Залесский Г.Д., Яблоков Д.Д., Демин А.А., Советские терапевтические школы (Ланг Г.Ф., Мясников А.Л., Кончаловский М.П., Стражеско Н.Д., Тареев Е.М.)
4. Практические навыки.

Зав. кафедрой _____ О.Н. Герасименко

Завуч _____ А.М. Горбунова

Критерии оценки экзаменационных ответов

Оценка «отлично» / «зачтено». Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 90 %).

Оценка «хорошо» / «зачтено». Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 70 %).

Оценка «удовлетворительно» / «зачтено». Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 50 %).

Оценка «неудовлетворительно» / «не зачтено». Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов < 50 %).

Критерии оценки тестовых заданий

Учебная	Срок	Основные правила оценки	Коммен
---------	------	-------------------------	--------

деятельность	сдачи		тарии
Входной контроль	На каждом занятии по 10 тестовых заданий	>90% - отлично 80-90% - хорошо 70-80% - удовлетворит. <70% - неудовлетв.	В учебном классе
Рубежный контроль	На итоговых занятиях каждого цикла	>90% - отлично 80-90% - хорошо 70-80% - удовлетворит. <70% - неудовлетв.	В учебном классе
Итоговый тест по дисциплине (промежуточная аттестация) (АСТ-тест)	На заключительно м занятии	>90% - отлично 80-90% - хорошо 70-80% - удовлетворит. <70% - неудовлетв.	Два варианта: в учебном классе и в компьютерно м зале
Аттестация практических навыков (см. Приложение)	На каждом занятии	Оценивается по 5-ти бальной системе	
Студенческие презентаций при выполнении СРС.	По плану СРС в рамках УИРС	Оценивается по 5-ти бальной системе, при этом учитывается план построения презентации: 1.актуальность вопроса 2.полное освещение клинических синдромов разбираемой темы и их патогенеза 3. программы современного лечения согласно национальным рекомендациям	
Ситуационные задачи	На практических занятиях	Оценивается по 5-ти бальной системе, при этом учитывается: полное освещение клинических синдромов разбираемой темы и их патогенеза; современное лечение согласно национальным рекомендациям	

Фонды контрольно-диагностических материалов (КДМ)

№ №	Контрольно-диагностические мероприятия	Контрольно-диагностические материалы				
		Тестовые задания	Алгоритмы практических манипуляций Материалы практических навыков	Ситуационные или иные задачи	Банк экзаменационных билетов	Контроль СРС
1.	Входной контроль	10 тестовых заданий по 10 темам				
2.	Текущий (рубежный) контроль	20 тестовых заданий в конце тематического цикла				
	Темы					
1	Курация больных, входной контроль	10 ТЗ из раздела пропедевтика, выходной контроль	алгоритм логической структуры диагноза		40 билетов	Студенты представляют рефераты в письменном виде или в виде презентаций
2	Ревматизм (острая ревматическая лихорадка)	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 63, 140, 147, 149-152, 163, 174, 184, 187, 204, 207, 216, 221	ЭХО-КГ и ЧПЭ-эхо – 15, ФКГ – 82, ЭКГ – 11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 8		Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе
3	Митральные пороки сердца	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 16, 49, 70, 71, 73-76, 78-80, 85, 87, 148, 153-158, 160, 166, 168, 182, 185, 196, 208, 215, 218, 224, 251, 252, 260	ЭХО-КГ и ЧПЭ-эхо – 15, ФКГ – 82, ЭКГ – 11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 7		

4	Аортальные пороки сердца	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 67-69, 72,77, 82,83, 86, 90, 111, 162, 178, 197, 198, 201,203,205, 250, 259, 261, 262, 467-471	ЭХО –КГ и ЧПЭ-эхо–15, ФКГ – 82, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 7		
5	Инфекционный эндокардит	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 50, 61,62, 64,65, 88,89, 98-101, 107-109, 119-126, 128, 132, 135, 161, 170, 180, 210, 213, 214	ЭХО –КГ и ЧПЭ-эхо –15, ФКГ – 82, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 6		
6	Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония)	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 37-45, 102, 105, 129-131, 133, 164-167, 169, 179, 202, 220, 231-233, 237, 247, 248, 324-333, 427-433, 435-444, 472-480	ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ	СЗ - 8		
7	Атеросклероз. ИБС. Стенокардия.	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 127, 143, 186, 434, 495-497, 1-8,11,12,14,15,17,19, 94, 103, 112, 114, 116, 118,134, 136-138, 144, 145, 173, 183, 191, 199. 214, 219, 227, 228.234, 363, 378-380, 383, 450, 452, 453-466, 481-485, 494	Видеофильмы: диагностика ИБС, сцинтиграфия миокарда и коронарографии, ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ,	СЗ -7		Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе
8	Инфаркт миокарда	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 20-27,20-31,33-36,104,139,141, 142, 146,177, 181,193,195,222. 229.230,236,253-256, 258,359-362,364, 365,381,382,384-370.391, 392,487-491	Видеофильмы: диагностика ИБС, сцинтиграфия миокарда и коронарографии ЭКГ11 папок по 11-12 ЭКГ			
9	Хроническая сердечная недостаточность	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 9,10, 18, 58,66, 91, 93,97, 110, 192, 200, 211, 212, 225, 226, 235, 238-246, 263, 264-267,499, 500	Видеофильм – ХСН			
10	Аритмии	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах»:47, 48, 51, 55 – 57, 60, 113, 115, 117, 171, 188, 190, 194, 206, 209, 257, 268, 269 -323, 334 – 358, 366 – 377, 394 – 419, 426, 445 – 449, 451.	Видеофильм – Фибрилляция предсердий»			
11	Ревматоидный артрит		Видеофильм «Ревматоидный артрит»			

12	Пневмонии	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 1, 5, 7, 8, 14-16,28, 31-34,43, 47,54, 59-62, 66, 77-79,81, 82, 84,101, 110, 111,115,116, 119-122,138-142	Рентгенограммы - 30			Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе
13	Бронхиты, ХОБЛ, легочно-сердечная недостаточность	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 3, 9, 10,12,13,17,20-24,29,30,35,36,38,40,42,44,51,64,65,67,76,85-88,90-95,96,97,99,100,105-107,112,114,117,118,127, 132,137,143,144,146,148, 151,173,175,180,181,196	Рентгенограммы – 26, ЭКГ-гипертрофии отделов сердца – 13, спирограммы - 22			
14	Бронхиальная астма	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 2,3,1113,30,40,41,46,48-50,52,53,63,68-74,89,98,104-106,108,109,113,118,123,126,127.1 29,131,134,145, 147-150,151,173,175,180,181,196	Спирограммы - 22			
15	Хронические нагноительные заболевания легких	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 6,19,26,39,56,125	Рентгенограммы – 10, спирограммы – 22 шт.			
16	Итоговое занятие – зачет. Тестовый контроль. Разбор клинической истории болезни.	Компьютерный тестовый контроль по 20 тестам в условиях автоматической выборки заданий - Quanda	Видеофильм – мофология и эндоскопия при хр. гастрите, Рн-метрия - 20			
17	ГЭРБ, эзофагит, хронический гастрит, синдром диспепсии,	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 4-6,53,54,87,92,94,96,99-104,106,138,139,172,195-197				Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации

18	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 1-3,7-16,42,57,74,75,86,93,97-99,105,106,118,132,135, 137,140-142,151-158,161,162,176,183,185,186,198	Видеофильм – Нр Рн-метрия – 20,	СЗ - 3		и в рабочей программе
19	Заболевания кишечника. Синдром раздраженной кишки.	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 18,25-28,32,44,56,61,65,71,73,76,78-85,160,164,167,175,187,188,199,	Видеофильм – болезни кишечника			
20	Хронический панкреатит и патология билиарной системы	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 17-22,29,43,45,47,48,107-123,143-146,160,170,23,24,49-52,58-60,124-131,133,134,136,137,147-150,168,169,181,189,190	Дуоденальное зондирование – 14 шт,	СЗ - 4		
21	Хронический гепатит	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 30,31,34,35,39-41,45,55,63,66-68,72,159,163,16,166,173,174,179, 180,184,191,103	Видеофильм – болезни печени, УЗИ ОБП - 13	СЗ - 3		
22	Цирроз печени	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – 33,36-38,46,62,64,69,70,77,171,177,178,192,194	Видеофильм – болезни печени, УЗИ обп - 13			Темы рефератов и темы УИРС представлены на кафедральной доске информации и в рабочей программе
23	Гломеруло-нефриты	Из учебного пособия «Внутренние болезни в тестах» ТЗ – раздел нефрология	Видеофильм – нефриты, УЗИ почек -8	СЗ - 23		
24	Промежуточный тестовый компьютерный контроль	20 вопросов по всем разделам				
25	Контроль остаточных знаний	Не проводится				

Тесты применяются не только для текущего контроля, но и для входного контроля, и для самостоятельной работы.

2. Промежуточный тест

Факультет	<i>лечебный</i>	
Кафедра	<i>Факультетской терапии</i>	
Направление подготовки	31.05.01. Лечебное дело	
Дисциплина	<i>Факультетская терапия</i>	
Форма обучения	<i>очная</i>	
Курс	4	
Семестр	7 и 8	
Вид контроля	<i>Рубежный</i>	
Размещение теста	<i>Учебно-методическое пособие «Внутренние болезни в тестах и в электронном варианте</i>	
Структура теста		
Объем банка тестовых заданий, из них:		1204
открытой формы		27
закрытой формы		1003
на упорядочение		28
на соответствие		36
Контрольный тест (заданий)		
Предполагаемое время тестирования (мин)		

Примеры тестовых заданий.

Типовые задания для входного контроля - 75 тестовых заданий

Примеры.

S: ДЕФИЦИТ ПУЛЬСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:

- Синусовой тахикардии
- Полной атриовентрикулярной блокады
- +Фибрилляция предсердий
- Полной блокаде левой ножки пучка Гиса

-Синусовой брадикардии

S: ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1-ГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;
- +возникновение болей при подъеме до 1-го этажа;
- отсутствие изменений ЭКГ в покое;
- иррадиация болей в левое плечо;
- давящий характер болей.

S: ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНА ПРИ

- тромбоэмболии легочной артерии
- митральном стенозе
- +артериальной гипертонии
- хроническом легочном сердце

S: СРЕДСТВОМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

- морфина;
- мочегонных;
- O₂ со спиртом;
- нитратов;
- +бета-блокаторов.

Типовые задания для промежуточного контроля

S: ГЛАВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВИЧНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:

- инфекционный;
- эндогенная интоксикация;
- +раздражение поллютантами;
- аллергия.

S: БИСОПРОЛОЛ (КОНКОР) ПРИ ИБС:

- +снижает потребность миокарда в кислороде
- расширяет коронарные сосуды
- вызывает спазм периферических сосудов

-увеличивает потребность в кислороде

-увеличивает сократительную работу миокарда

S: ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ПОВЫШЕННАЯ ВЫРАБОТКА:

-АКТГ;

-СТГ;

+адреналина;

-тироксина;

-альдостерона.

Типовые задания по темам (для промежуточного контроля в электронном варианте)

Примеры

Тематический контроль Тема: Хр. нагноительные заболевания легких

{Факультетская терапия}

V1: {Выходной контроль}

V2: {ПУЛЬМОНОЛОГИЯ}

V3: {Хр. нагноительные заболевания легких}

S: ПОСЛЕ ПРОРЫВА ОСТРОГО ОДИНОЧНОГО АБСЦЕССА В БРОНХИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

+повышение температуры тела до 39 С и выше;

-кашель с выделением большого количества мокроты с неприятным запахом;

-улучшение общего состояния;

-кровохарканье.

S: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ:

-стойком выпоте;

-подозрении на эмпиему плевры;

-подозрении на раковую этиологию;

-неясных причинах выпота;

+синдроме Дресслера.

S: НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ ПРОВЕДЕНИЕ:

- рентгеноскопии легких;
- томографии легких;
- бронхоскопии;
- +бронхографии;
- спирографии.

Тематический контроль Тема: Пневмонии

{Факультетская терапия}
 V1: {Выходной контроль}
 V2: {ПУЛЬМОНОЛОГИЯ}
 V3: { Пневмонии }

S: НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ

- ослабления дыхания
- бронхиального дыхания в месте притупления
- крупнопузырчатых хрипов
- +влажных звучных мелкопузырчатых хрипов

S: КЛЮЧЕВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- МРТ органов грудной клетки
- исследование функции внешнего дыхания
- фибробронхоскопия
- +рентгенография органов грудной клетки

S: ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО:

- кристаллы Шарко-Лейдена;
- лейкоциты;
- +эластические волокна;
- спирали Куршмана.

S: ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ
выраженность эозинофилии

- наличие острой дыхательной недостаточностью и или сепсиса

вид возбудителя

сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы

S: К МУКОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ:

-эуфиллин

-кодеин

+лазолван

-беродуал

-макропен

S: ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ:

+макролиды

-аминогликозиды

-пенициллины

-сульфаниламиды

Тематический контроль Тема: Острый инфаркт миокарда

{Факультетская терапия}

V1: {Выходной контроль}

V2: {КАРДИОЛОГИЯ}

V3: {Инфаркт миокарда}

S: ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ

-GOLD

-NYHA

+Killip

-Стражеско-Василенко

S: ДЛЯ НИЖНЕЙ (ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ) ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ:

-:I-е, II-е, AVL;

+:II-е, III-е, AVF;

-:I-e, V5-V6;

-:AVL, V1-V4;

-:AVL.

S: ТЯЖЕЛАЯ ТРАНСМУРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

-депрессией сегмента ST

-инверсией зубца T

-появлением зубца Q

+элевацией сегмента ST

S: К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ДНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

-перикардит;

-кардиогенный шок;

+синдром Дресслера;

-аритмия;

-парез желудка.

S: НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

-коронароспазм

+тромбоз коронарной артерии

-эмболия коронарной артерии

-эрозия атеросклеротической бляшки

S: ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

-селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа

+наркотические анальгетики

-анальгетики-антипиретики

-ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа

S: СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

-влажными хрипами в нижней доле правого легкого;

-шумом трения плевры и перикарда;

-лейкоцитозом;

+увеличением границ сердца вправо;

-экссудативным плевритом.

S: НАГРУЗОЧНЫЙ ЭКГ-ТЕСТ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ

-перенесенного инфаркта миокарда

+ишемической болезни сердца

атеросклероза

-клапанной патологии

S: НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИБС ЯВЛЯЕТСЯ

+артериальная гипертензия

-характер трудовой деятельности

-этническая принадлежность

-употребление алкоголя

Тематический контроль Тема: Инфекционный эндокардит

{Факультетская терапия}

V1: {Выходной контроль}

V2: {КАРДИОЛОГИЯ}

V3: {Инфекционный эндокардит}

S: К ФАКТОРАМ РИСКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

-катетеризация вен;

+легочная гипертензия;

-выскабливание полости матки;

-врожденный порок сердца.

S: ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:

-эффективна;

+не эффективна.

S: БОЛЕЗНЕННЫЕ ЭРИТЕМАТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОДУШЕЧЕК ПАЛЬЦЕВ РУК И НОГ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

-пятна Лукина;

- пятна Джейнуэя;
- инфекционные аневризмы;
- пятна Рота;
- + узелки Ослера.

S: ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ

- Лейк-Луиз;
- +Дюка;
- Шварца;
- Киселя-Джонса;
- Маркуса.

S: ИММУНОДЕФИЦИТ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:

- +развивается;
- не развивается.

S: ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- +характерен;
- не характерен.

S: Инфекционный эндокардит внутривенных наркоманов наиболее часто локализуется на

- легочном клапане;
- дефектах перегородок;
- +трехстворчатом клапане;
- митральном клапане;
- аортальном клапане.

S: ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:

- аортальный стеноз;
- митральный стеноз;
- +аортальная недостаточность;
- стеноз устья легочной артерии.

S: ПЕРВИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ:

- экстракции зуба;
- наркомании;
- аборте;
- +ревматизме.

S: ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЕВА КРОВИ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ:

- исключает;
- +не исключает.

S: САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:

- тромбоэмболический синдром;
- геморрагический синдром;
- +прогрессирующая сердечная недостаточность;
- бактериально-токсический шок.

Примеры тестов контроля остаточных знаний

КОНТРОЛЬ ОСТАТОЧНЫХ ЗНАНИЙ - 80 тестовых заданий

S: ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ:

- 1–2 года;
- +2–3 нед.;
- 4 дня;
- 5 мес.;
- 6 нед.

S: МИОКАРДИТ НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ:

- ревматизме;
- системной красной волчанке;
- +амилоидозе;
- ревматоидном артрите;
- узелковом периартериите.

S: УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ СЕРДЦА ПРИ МИОКАРДИТЕ СВЯЗАНО С:

- гипертрофией миокарда;
- выпотом в полость перикарда;
- накоплением в миокарде гликогена;
- +потерей тонуса сердечной мышцей.

S: РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- стафилококком;
- β-гемолитическим стрептококком группы C;
- пневмококком;
- + β-гемолитическим стрептококком группы A;
- возбудитель неизвестен.

S: ПОСЛЕ ПЕРВОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ АТАКИ ПОРОК СЕРДЦА:

- формируется всегда;
- +может сформироваться;
- никогда не формируется.

S: ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ПРИРОДА РЕВМАТИЗМА:

- функциональная;
- врожденная;
- +воспалительная;
- дистрофическая;
- сосудистая

S: К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- +ангинозная боль в сердце;
- сердцебиение;
- ослабление I тона;
- систолический шум на верхушке;
- увеличение сердца.

S: К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ АРА РЕВМАТИЗМА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- кардит;

-артрит;

-появление ревматических узелков;

-хорея;

+тромбоэмболический синдром

S: НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

-малая хорея;

+ «летучий» артрит;

-кольцевидная эритема;

-узловатая эритема.

S: ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ СЕЗОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ:

-ампициллин

-дигоксин

-делагил

+бициллин

-гентамицин

S: ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

-грубый систолический шум с проведением на сосуды

-хлопающий | тон, диастолический шум

+ослабленный | тон, систолический шум

-ослабление I тона на верхушке и II тона над аортой

S: ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

+хлопающий первый тон на верхушке;

-систолический шум на верхушке;

-увеличение границ сердца влево

S: ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

-никуда не проводится

+проводится в левую подмышечную область

-проводится в яремную ямку

-проводится на сонные артерии

S: НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

-ревматизма;

-инфаркта миокарда;

-травмы грудной клетки;

-инфекционного эндокардита;

+тромбоэмболии легочной артерии

S: ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:

-активной систолы предсердий;

-появления мерцательной аритмии;

S: НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ:

-увеличение левой границы сердца;

-Facies mitrales;

-наличие мерцательной аритмии;

-наличие "щелчка открытия" митрального клапана;

-сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании.

S: ФЕНОМЕН «ПЛЯСКА КАРОТИД» ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

+недостаточности аортального клапана

-тетраде Фалло

-стенозе митрального клапана

-болезни Аддисона

S: ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ ГИПЕРФУНКЦИИ

+левого желудочка

-правого желудочка

-левого предсердия

-правого предсердия

Банк ситуационных задач содержит 75 задач.

Примеры ситуационных задач

ЗАДАЧА.

Стеноз аортального клапана.

Больной Н., 63 лет, обратился с жалобами на появление болей в области сердца, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, головные боли, головокружения.

Из анамнеза выяснено, что с 46 лет отмечает повышение АД до 160/120 мм рт. ст. С 56 лет беспокоят головные боли, головокружения, одышка при умеренной физической нагрузке. Последние два года отмечает пастозность голеней по вечерам.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, незначительный цианоз губ. Легкая пастозность стоп и голеней. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин, хрипов нет. Границы сердца: левая – в V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – III ребро, правая – по правому краю грудины. Верхушечный толчок в V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, усилен, разлитой. При аускультации сердца: на верхушке тоны ослаблены, нерезкий систолический шум; во втором межреберье справа грубый, низкого тембра интенсивный систолический шум с проведением на сосуды шеи, II тон ослаблен. АД 160/100 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритмичный, малого наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

ОАК: Эр.- $3,2 \times 10$, Нб – 130г/л, лейко. – $6,2 \times 10$, б-0, э-1, п-5, с-68, л-22, м-4, СОЭ-7 мм/ч.

Rg. органов грудной клетки: аорта уплотнена, расширена преимущественно в восходящем отделе. Значительное увеличение левого желудочка, небольшое увеличение правого желудочка, левого предсердия.

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Опишите ЭКГ, сделайте заключение.
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения заболевания?
4. Укажите возможные причины данного заболевания.
5. Каковы принципы терапии данного заболевания?

ЗАДАЧА.

Стеноз митрального клапана.

Больной К., 65 лет, обратился с жалобами на усиление одышки инспираторного характера, головную боль, головокружение, нарушение сердечного ритма.

Из анамнеза выяснено: в детстве – частые простудные заболевания, многократно гнойная ангина; болели суставы. В 17-летнем возрасте «находили в сердце шум». В последующие годы чувствовал себя хорошо. Иногда при значительной физической нагрузке отмечал одышку и быструю утомляемость. Ухудшение состояния отмечает в течение последних двух недель перед обращением за медицинской помощью.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренный цианоз губ, акроцианоз. Отеки отсутствуют. В легких дыхание везикулярное, ЧД 24 в мин., в нижних отделах легких застойные влажные, незвонкие мелкопузырчатые хрипы. При осмотре и пальпации области сердца отмечается пульсация в эпигастрии. Границы сердца: левая – в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины. Верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ослаблен. При аускультации сердца: мерцательная аритмия с ЧСС 90 в мин., на верхушке хлопающий I тон, Щелчок открытия митрального клапана протодиастолический шум; во втором межреберье слева – умеренный акцент II тона. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 90 в минуту, аритмичный, малого наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени – на 3 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не увеличена.

ОАК, ОАМ: без патологии.

Реакция на С-реактивный белок отрицательная. Титр анти-О-стрептолизина в пределах нормы.

Rg. органов грудной клетки: аорта умеренно диффузно расширена, уплотнена. Митральная конфигурация сердца.

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Опишите ЭКГ, сделайте заключение.
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения заболевания?
4. Укажите основные причины возникновения данного заболевания.
5. Оцените функцию сердца.
6. Каковы принципы терапии данного заболевания?

ЗАДАЧА.

Экссудативный перикардит.

Больной А., 55 лет, обратился с жалобами на периодические тупые боли в области сердца, возникающие в покое и не купирующиеся нитроглицерином, усиление выраженной постоянной одышки, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, общую слабость, недомогание.

Три недели назад перенес ОРВИ, за медицинской помощью не обращался, лечился народными средствами (отвары лекарственных трав). После перенесенного ОРВИ стал отмечать общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, повышение

температуры до 37,0-37,5°C, потливость, появление тупых болей в области сердца, выраженную постоянную одышку, которая значительно усилилась за последние два дня.

Объективно: Вынужденное положение больного – сидячее с наклоном вперед. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, акроцианоз. Шейные вены набухшие. Отечность и цианоз лица. Пастозность голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, ЧД 26 в мин., в нижних отделах легких застойные влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца: левая – в V межреберье на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины. Верхушечный толчок не определяется. При аускультации сердца: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 102 в минуту, АД 90/70 мм рт. ст. Пульс 102 в минуту, ритмичный, малого наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Нижний край печени – на 3 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, эластичный, болезненный при пальпации. Селезенка не увеличена.

ОАК: Эр.- 3,2×10, Hb – 130г/л, лейкоц. – 9,6×10, б-0, э-1, п-13, с-60, л-22, м-4, СОЭ-17 мм/ч.

ОАМ: желт., проз., уд. вес 1014, белок-отр., сахар-отр., лейкоц.- 2-4 в п/з, эр.-0, эпителий-ед. в п/з, бакт.-0.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 102 в мин; снижение вольтажа всех зубцов.

Rg. органов грудной клетки: Увеличение сердечной тени, тупой печеночно-сердечный угол. Исчезновение талии сердца. Признаки застоя в малом круге кровообращения.

1. Выделите основные клинические синдромы у данного пациента.
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Укажите основные причины возникновения данного заболевания.
5. Ваш дифференциальный диагноз.
6. Каковы принципы терапии данного заболевания? Прогноз.

ЗАДАЧА.

Нестабильная стенокардия.

Больной А., 50 лет, поступил с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной в области ее нижней трети, без иррадиации, возникшую в покое и усиливающуюся при малейшей физической нагрузке, не купирующуюся нитроглицерином, сопровождающейся общей слабостью, недомоганием.

Около месяца назад впервые в жизни отметил появление давящей, сжимающей боли за грудиной без иррадиации после значительной физической нагрузки, купирующейся приемом 1 таблетки нитроглицерина под язык через 1-2 минуты или при прекращении ходьбы. В течение месяца боли неоднократно повторялись, стали возникать при обычной физической нагрузке и в покое, увеличилась продолжительность болей (от 5-7 минут до 15-20 минут), увеличилась потребность в нитроглицерине (до 4 таблеток).

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту, хрипов нет. Границы сердца: левая – в V межреберье на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – III ребро, правая – по правому краю грудины. Верхушечный толчок в V межреберье на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии, не усилен, не разлитой. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 76 в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Нижний край печени – по краю реберной дуги по правой среднеключичной линии, эластичный, безболезненный при пальпации.

ОАК: Эр.- $3,2 \times 10$, Нб – 130г/л, лейкоц. – $6,2 \times 10$, б-0, э-1, п-5, с-68, л-22, м-4, СОЭ-7 мм/ч.

Общий холестерин – 7,5 ммоль/л

ОАМ: желт., проз., уд. вес 1014, белок-отр., сахар-отр., лейкоц.- 2-4 в п/з, эр.-0, эпителий.-ед. в п/з, бакт.-0.

Rg. органов грудной клетки: признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Опишите ЭКГ.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
5. Какова тактика ведения пациентов с данной патологией?
6. Каковы основные принципы терапии данного заболевания?
7. Перечислите возможные исходы и прогноз.

ЗАДАЧА.

Инфаркт миокарда.

Больной М., 56 лет, поступил с жалобами на интенсивную жгучую боль за грудиной в области ее нижней трети, с иррадиацией в левую руку, шею, лопатку, возникшую в покое, не купирующуюся нитроглицерином, длительностью около 2 часов, сопровождающуюся выраженной общей слабостью, холодным потом.

Около 3 лет назад впервые в жизни отметил появление давящей, сжимающей боли за грудиной без иррадиации после значительной физической нагрузки, купирующейся приемом 1 таблетки нитроглицерина под язык через 1-2 минуты или самостоятельно при прекращении ходьбы. В дальнейшем боли неоднократно повторялись, возникали при обычной физической нагрузке, изредка - в покое, купировались нитроглицерином под язык. Сегодня, около 2 часов назад почувствовал ухудшение состояния: отметил выраженную общую слабость, жгучую боль за грудиной в области ее нижней трети, с иррадиацией в левую руку, шею, лопатку, возникшую в покое, не купирующуюся нитроглицерином (4 таб.), сопровождающуюся холодным потом, чувством страха.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, умеренный цианоз губ. Гипергидроз. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту, хрипов нет. Границы сердца: левая – в V межреберье на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии, правая – III ребро, правая – по правому краю грудины. Верхушечный

толчок в V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, не усилен, не разлитой. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту, АД 160/85 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Нижний край печени – по краю реберной дуги по правой среднеключичной линии, эластичный, безболезненный при пальпации.

ОАК: Эр.- $3,2 \times 10$, Нб – 130г/л, лейкоц. – $9,4 \times 10$, б-0, э-1, п-7, с-66, л-22, м-4, СОЭ-17 мм/ч.

ОАМ: желт., проз., уд. вес 1014, белок-отр., сахар-отр., лейкоц.- 2-4 в п/з, эр.-0, эпителиоц.-ед. в п/з, бакт.-0.

Rg. органов грудной клетки: признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Интерпретация ЭКГ.
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
5. Какова тактика ведения пациентов с данной патологией? Каковы основные принципы терапии данного заболевания?
6. Перечислите возможные исходы данного заболевания. Прогноз.

Эталонные ответы:

1. Стеноз аортального клапана.
 - 1) Стеноз аортального клапана
 - 2) Выраженные признаки гипертрофии левого желудочка
 - 3) УЗИ сердца
 - 4) Ревматизм, врожденный порок
 - 5) Диета (стол № 10), медикаментозная терапия: ИАПФ, диуретики, при болях в сердце – НГЛ.
2. Стеноз митрального клапана.
 - 1) Стеноз митрального клапана
 - 2) Мерцательная аритмия, признаки гипертрофии правого желудочка
 - 3) УЗИ сердца
 - 4) Ревматизм, неактивная фаза
 - 5) ХСН II Б, III ФК
 - 6) Стол №10, медикаменты: ИАПФ, сердечные гликозиды (дигоксин), верошпирон и петлевые диуретики
3. Экссудативный перикардит.
 - 1) Кардиалгический синдром, синдром сердечной недостаточности (правожелудочковой, левожелудочковой), воспалительный синдром, астенический
 - 2) Экссудативный перикардит
 - 3) УЗИ сердца
 - 4) Инфекция (вирусы, бактерии, туберкулез), аллергия, системные заболевания соединительной ткани, заболевания крови, злокачественные опухоли, травма сердца, лучевое воздействие, аутоиммунные процессы, нарушение обмена веществ

- 5) Миокардит
- 6) Диета (стол № 10), медикаментозная терапия: Антибиотики, ГКС, НПП, диуретики. При угрозе тампонады пункция перикарда.

4. Прогрессирующая стенокардия

- 1) Впервые возникшая стенокардия
- 2) Определение маркеров некроза, УЗИ сердца.
- 3) Опишите ЭКГ
- 4) Инфаркт миокарда
- 5) Госпитализация в стационар, блок интенсивной терапии. В дальнейшем вентрикулокоронарография.
- 6) Диета (стол № 10), медикаментозная терапия: анальгетики, антикоагулянты, дезагреганты, бетаблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты (инфузионно и per os), статины.
- 7) Исходы: стабильная стенокардия напряжения, инфаркт миокарда, внезапная смерть.

5. Инфаркт миокарда.

- 1) Инфаркт миокарда
- 2) Крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки
- 3) Определение маркеров резорбционно-некротического синдрома, УЗИ сердца
- 4) Расслаивающая аневризма аорты, прогрессирующая стенокардия
- 5) Госпитализация в БИТ с последующим переводом в отделение; Принципы терапии: анальгезия, при отсутствии противопоказаний системный тромболизис или ангиопластика, нитраты, антикоагулянты, дезагреганты, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, статины.
- 6) Исходы: фатальные аритмии и внезапная смерть, разрывы миокарда в остро-подострый период, постинфарктный кардиосклероз, хроническая аневризма с или без ХСН, стабильная стенокардия напряжения.

Перечень тем, рефератов (УИРС).

КАРДИОЛОГИЯ

1. Этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности. Принципы лечения.
2. Этиология, патогенез, клинические проявления, неотложная терапия острой левожелудочковой недостаточности.
3. Этиология, патогенез, клинические проявления и неотложная терапия острого легочного сердца.
4. Факторы риска при ИБС, патогенетические механизмы развития атеросклероза.
5. Патогенетические механизмы развития атеросклероза. Понятие об эндотелиальной дисфункции. Кардиохирургические методы лечения ИБС.
5. Первичная и вторичная профилактика ИБС. Конкретные рекомендации больным по основным факторам риска.

6. Гиполипидемические препараты, классификация, механизм действия, показания к применению.
7. «Атипичные» варианты инфаркта миокарда и стенокардии. Клинические проявления.
8. Осложнения острого и подострого периодов ИМ, их клинические проявления.
9. Кардиогенный шок. Классификация, патогенез, неотложная помощь.
10. Антитромботическая терапия при ИБС и остром ИМ.
11. «Немая ишемия», методы диагностики и лечения.
12. Методы хирургического лечения ИБС.
13. Недостаточность трехстворчатого клапана. Причины, патогенез, клинических синдромов, их проявления. Лечение.
14. Классификация артериальных гипертензий. Особенности проявлений отдельных видов гипертензий.
15. Гипертензивные кризы, классификация. Неотложная помощь.
16. Кардиомиопатии. Определение. Классификация. Дилатационная КМП, клиника, лечение.
17. Гипертрофическая КМП. Клиника, лечение.
18. Рестриктивная КМП. Клиника, лечение.
19. Острый коронарный синдром. Определение, диагностика вариантов ОКС. Принципы лечения.
20. Тромболитические препараты, механизм действия. Способы применения.
21. Внутрисердечная и внесердечная гемодинамика при пороках сердца
22. Риск-метрия при ИБС (стенокардии, ОИМ) и АГ.
23. Аритмии и блокады, классификация, представление об электрофизиологии аритмий.
24. Инфаркт миокарда, роль маркеров некроза в диагностике и интервенционных методов лечения.
25. Влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему.
26. Алкогольные поражения сердца.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1. Дыхательная недостаточность: острая и хроническая. Этиология. Клинические варианты. Классификация.
2. Острое легочное сердце. Причины, патогенез, клиника. ЭКГ-данные. Принципы лечения.
3. Этиология и патогенез хронического легочного сердца. Клиника. Критерии диагностики. Принципы лечения.
4. Астматический статус (жизнеугрожающая астма). Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Принципы лечения.
5. Бактериально-токсический шок. Этиология, патогенез, клиника. Принципы лечения.
6. Респираторный дистресс-синдром. Патогенез, клинические проявления. Принципы лечения.
7. Синдром Хаммана-Рича. Критерии диагностики. Принципы лечения.
8. Легочное кровотечение. Этиология, клинические проявления. Лечение. Дифференциальный диагноз с желудочным кровотечением.
9. Бронхоэктатическая болезнь. Критерии диагностики. Принципы лечения.
10. Хронические обструктивные заболевания легких - ХОБЛ. Факторы риска ХОБЛ, понятие об этой патологии, болезни относящиеся к ХОБЛ. Принципы лечения.
11. Патогенез хронических обструктивных болезней легких.
12. Основные клинические проявления и диагностика атипичных пневмоний
13. ХОБЛ. Роль эндогенных и экзогенных факторов в патогенезе. Морфологические изменения бронхиального дерева. Варианты клинического течения ХОБЛ.

14. БА. Роль аллергенов. Патогенез аллергической реакции. Методы специфической гипосенсибилизации. Небулизация. пикфлоуметрия
15. Хронические нагноения. Бронхоэктатическая болезнь, этиология, патогенез, клиника, лечение Роль эндоскопических методов
16. Хронический абсцесс и гангрена: легкого этиология, патогенез, клиника, лечение
17. Рак легкого, факторы риска, клиника, принципы лечения, профилактика, хир. методы.
18. Влияние курения на органы дыхания.
19. Курение как фактор развития ХОБЛ.
20. Особенности течения пневмоний у алкоголиков

НЕФРОЛОГИЯ

1. Представление о хронических болезнях почек (ХБП), классификация ХБП.
2. Хронический пиелонефрит. Этиология, классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.
3. Интерстициальные нефриты
4. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез синдромов. Клинические проявления, принципы лечения.
5. Хроническая почечная недостаточность. Этиология, патогенез клинических синдромов. Принципы лечения.
6. Эклампсия. Патогенез клинических синдромов. Принципы лечения.
7. Лекарственные и токсические поражения почек.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1. *Helicobacter pylori* - причина или свидетель патологии желудка.
2. Современная классификация хронических гастритов.
3. Этиопатогенетические механизмы развития ЯБ.
4. Печеночная энцефалопатия. Причины. Патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение.
5. Антитоксическая и иммунорегуляторная функция печени (в норме и патологии).
6. Патогенез гепатокардиального и гепаторенального синдромов, их клинические проявления.
7. Патогенез панкреатической диареи. Диагностика и дифференциальная диагностика с энтеральной диареей.
8. Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике (биоценоз кишечника в норме и патологии). Принципы лечения.
9. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Дискинезии желчных путей. Клиника, диагностика, лечение.
10. Современные представления о холелитиазе. Лечение.
11. Фармакотерапия язвенной болезни. Группы препаратов и механизм их действия.
12. Постхолецистэктомический синдром. Определение. Клинические проявления.
13. Билиарные гепатиты и циррозы печени. Формы. Патогенез. Клинические и лабораторные проявления.
14. Серологические маркеры хронических гепатитов - HBV, HCV - инфекции.
15. Внепеченочные проявления HBV, HCV - инфекции.
16. Принципы лечения хронических вирусных гепатитов.
17. Неалкогольная жировая болезнь печени.
18. Рак желудка.
19. Рак поджелудочной железы
20. Важнейшие гельминтозы человека, роль эпидемиологического анамнеза,

клинические проявления описторхоза и лямблиоза, лечение

21. Опухоли кишечника.

22. Синдром раздраженной кишки. Этиопатогенез. Классификация, критерии диагноза.

23. Доброкачественные гипербилирубинемии. Диагностика.

24. Функциональные и органические заболевания в гастроэнтерологии. Синдром диспепсии. Болезни пищевода. ГЭРБ. Эзофагиты.

Перечень практических навыков для студентов 4-го курса

1. Общеклинические навыки (Допороговый уровень)

1. постановка клинического диагноза;
2. знание принципов оформления типовой медицинской документации: оформление и правильное ведение истории болезни, выписка и оформление рецептов;
3. назначение основных лечебных предписаний;
4. опрос, осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация, оценка состояния нервной системы;
5. измерение веса, роста, ОТ; определение типа телосложения, ИМТ;
6. измерение пульса, ЧДД, АД;
7. определение реакции зрачков на свет;
8. знание алгоритма формулировки развернутого клинического диагноза.

2. Лабораторные и инструментальные исследования (Пороговый уровень заключается в умении студентов 4 курса проводить анализ исследований у конкретного больного)

1. интерпретация данных лабораторных исследований – общего анализа крови, мочи, мокроты, плеврального экссудата; перикардального экссудата. асцитической жидкости, проб Нечипоренко, Зимницкого, Реберга, МАУ;
2. интерпретация биохимических анализов крови – кислотно-основное состояние крови, глюкоза, амилаза, диастаза, АсТ, АлТ, билирубин, креатинин (расчет клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта), мочевины, мочевого кислоты, маркеры некроза миокарда (КФК, МВ-КФК, тропонин), липидограмма, ионограмма, коагулограмма (фибриноген, ПТИ, ВК, АПТВ, РФМК), D-димер, МНО), прокальцитонин, натрийуретический пептид, серологические маркеры вирусных гепатитов; острофазовые реакции
3. знание техники записи ЭКГ, чтение ЭКГ с очаговыми и диффузными изменениями миокарда, нарушениями ритма и проводимости;
4. чтение ФКГ;
5. знание принципов суточного мониторирования АД, Холтеровского мониторирования ЭКГ;
6. интерпретация результатов рентгенограмм: ОГК (легких, бронхов, сердца, пищевода) – признаки миокардита, перикардита, плеврита, пневмоний, пороков сердца, застойные явления при недостаточности кровообращения, стриктуры и сужения пищевода; органов брюшной полости (желудка, кишечника, почек) – осложнения при язвенной болезни, рак желудка, кишечника, изменения почек ирригографии
7. интерпретация результатов эндоскопических исследований: бронхограмм,
8. интерпретация результатов эндоскопических исследований ЭФГДС, колоноскопии, ректороманоскопии;
9. интерпретация результатов обследования глазного дна;
10. интерпретация результатов вентрикулокоронарографии, сцинтиграфии миокарда;

11. интерпретация результатов ультразвуковых исследований: определение основных структур и функционального состояния сердца, данные абдоминального УЗИ, в т.ч. почек.
12. принципы методики проведения нагрузочных проб, ВЭМ, степ-теста, тред-мила, фармакологических проб для выявления коронарной недостаточности;
13. знание методики проведения теста «6-минутной ходьбы» для диагностики ХСН
14. интерпретация спирограмм, пикфлоуметрии;
15. интерпретация анализов, отражающих синдромы холестаза, цитолиза, воспаления, гепатоцеллюлярной недостаточности, печеночной энцефалопатии, портальной гипертензии;
16. интерпретация рН-метрии;
17. интерпретация анализов дуоденального содержимого, копрограммы.
18. интерпретация метода исследования на НР-фактор
19. интерпретация данных радиоизотопной рентгенографии и сканограмм при нефритах.
20. интерпретация посева крови на гемокультуру
21. интерпретация заключения по рентгенограмме суставов
22. интерпретация результатов содержания железа в сыворотке крови и ОЖСС

3. Лечебные манипуляции:

1. определение тактики и принципов лечения при распространенных заболеваниях у конкретного больного;

Приложение

**Новосибирская государственная
медицинская академия**

**ВНУТРЕННИЕ
Б О Л Е З Н И
В
Т Е С Т А Х**

под редакцией профессора А.Д.Куимова

Новосибирск, 2002 г.

Внутренние болезни в тестах (учебно-методическое издание).
Издание 2-е, переработанное и дополненное.

Составители: проф. А.Д.Куимов, проф. Ю.О.Ким, проф. С.Д.Маянская, проф. Я.В.Поляков; доценты А.Б.Кривошеев, В.В.Меркушев, Н.В.Метелкина; ассистенты М.А.Банникова, К.В.Попов, Л.И.Хомякова; Т.В.Ермаченко.

Настоящее учебно-методическое пособие составлено на основе тестов, разработанных и апробированных на кафедре факультетской терапии НМИ в 90-х - начале 2000-х гг. Первое издание вышло под названием "Тесты по факультетской терапии" (Новосибирск, 1998). Все тесты адаптированы к программе по внутренним болезням медицинских вузов России. Предназначены для самообучения и самоконтроля студентов, а также для оценки знаний учащихся в "обычном" и компьютерном вариантах.

Рекомендовано к изданию ЦКМС Новосибирской государственной медицинской академии.

ВВЕДЕНИЕ

Тестовый раздел обучения прочно вошел в программы высшего медицинского образования. Он не заменяет, но дополняет такие традиционные формы преподавания, как интеллектуальное и профессиональное общение с преподавателем, работа у постели больного, анализ истории болезни, освоение практических навыков и т.д. Тестовый контроль знаний позволяет студенту и преподавателю не задерживаться на утомительном устном опросе и сразу переходить к образовательному разделу освоения темы занятия. Кроме этого, тесты могут использоваться и как самоконтроль знаний и их самоусовершенствование при самостоятельной работе студента с компьютером. Такая тренировка позволяет проверить усвоение знаний, закрепить в памяти определенные медицинские стандарты без необходимости "рыться" в толстых медицинских справочниках. Именно с этой целью тесты составлены в двух режимах: обучающем - с ответами, и контролирующем - без ответов.

Медицинские знания и технологии развиваются стремительно и меняют наши представления о сущности болезней и подходах к их диагностике и лечению почти ежегодно. Первое издание "Тестов", выпущенное нами в 1998 году, устарело. Поэтому мы подготовили новое издание, значительно переработанное и дополненное новыми тестами до 1200 заданий. Это позволит студенту проанализировать больше тем и вопросов, а преподавателю - более детально и объективно определить уровень знаний учащегося.

Правила тестовой оценки знаний следующие. Отличная оценка ставится за 90% и выше правильных ответов, хорошая - за 80-89%, удовлетворительная - за 70-79%, неудовлетворительная - за менее, чем 70% правильных ответов. Как правило, предлагается не менее 20 вопросов. Учитывая прошлый опыт, чтобы оптимизировать работу студентов на компьютере и не "затягивать" тестовый контроль в группе, мы ввели ограничение времени ответа: 40 секунд на обычное тестовое задание, 1,5-2 минуты на ситуационную задачу. Обучающий вариант тестовой программы, естественно, работает без временных ограничений.

Думается, что тестовый вариант обучения будет полезен студентам в освоении внутренних болезней на всех этапах их познания: от 3 курса и до постдипломного образования, являясь важным методическим элементом познания человека и его заболеваний.

Зав. кафедрой факультетской терапии
НГМА, Заслуженный врач РФ,
профессор

А.Д.Куимов

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение.....	3
Кардиология (511 тестов)	5
Пульмонология (208 тестов)	91
Гастроэнтерология (200 тестов)	126
Нефрология (56 тестов)	163
Гематология (78 тестов)	173
Эндокринология (106 тестов)	187
Болезни суставов и соединительной ткани (55 тестов)	206
Эталоны ответов	216

КАРДИОЛОГИЯ

1. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1-ГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НЕ ХАРАКТЕРНО:
 1. депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе;
 2. возникновение болей при подъеме до 1-го этажа;
 3. отсутствие изменений ЭКГ в покое;
 4. иррадиация болей в левое плечо;
 5. давящий характер болей.
2. ДЛЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ ХАРАКТЕРНО:
 1. реверсия негативного зубца T;
 2. удлинение интервала PQ;
 3. депрессия сегмента ST более 2 мм;
 4. появление предсердной экстрасистолы;
 5. преходящая блокада правой ножки пучка Гиса.
3. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ:
 1. быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ;
 2. при коронарографии выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии;
 3. приступы возникают чаще ночью;
 4. физическая нагрузка плохо переносится.
4. 57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V2-V5 8 ММ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. У БОЛЬНОГО:
 1. стабильная стенокардия 4-го функционального класса;
 2. инфаркт миокарда;
 3. ишемическая дистрофия миокарда;
 4. вариантная стенокардия;
 5. прогрессирующая стенокардия.
5. НЕ ПОКАЗАНА К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:
 1. стенокардия Принцметала;
 2. впервые возникшая стенокардия напряжения;
 3. быстро прогрессирующая стенокардия;

4. стабильная стенокардия напряжения I-II ФК.
6. ПРИ ПРИСТУПЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:
1. зондирования желудка;
 2. рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта;
 3. ЭКГ;
 4. гастродуоденоскопии;
 5. исследования мочи на уропепсин.
7. СРЕДСТВОМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:
1. морфина;
 2. мочегонных;
 3. O₂ со спиртом;
 4. нитратов;
 5. бета-блокаторов.
8. БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА. В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ:
1. фибриноген;
 2. аминокaproновую кислоту;
 3. протаминсульфат;
 4. викасол;
9. ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. врожденный порок сердца;
 2. ревматизм;
 3. симптоматическая гипертензия;
 4. бронхиальная астма.
10. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. определение ЦВД;
 2. ТПРГ;
 3. эхолокация сердца;
 4. рентгенография сердца и легких;
 5. спирография.

11. БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. вариантная стенокардия Принцметала;
2. повторный инфаркт миокарда;
3. развитие постинфарктной аневризмы;
4. приступы не имеют отношения к основному заболеванию;
5. тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

12. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. повышение уровня липопротеидов высокой плотности;
2. сахарный диабет;
3. артериальная гипертензия;
4. наследственная отягощенность;
5. курение.

13. АНАПРИЛИН НЕ ОБЛАДАЕТ СВОЙСТВОМ:

1. расширения коронарных сосудов;
2. снижения потребности миокарда в кислороде;
3. снижения сократимости миокарда;
4. повышения ОПС.

14. ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ ОБ ИБС СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА:

1. описан типичный ангинозный приступ;
2. имеются симптомы недостаточности кровообращения;
3. выявлены нарушения ритма;
4. имеются факторы риска ИБС;
5. выявлена кардиомегалия.

15. НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ:

1. иррадиация болей в нижнюю челюсть;
2. возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этаж);
3. длительность болей 40 мин и более;
4. боль, сопровождающаяся чувством нехватки воздуха.

16. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПРОИСХОДИТ:

1. увеличение КДО левого желудочка;
2. увеличение давления в левом предсердии;
3. увеличение сердечного выброса;

17. КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

1. горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм;
2. то же менее 0,5 мм;
3. косонисходящая депрессия интервала ST менее 1 мм;
4. увеличение зубца Q в V5-V6;
5. синусовая тахикардия.

18. ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДАВЛЕНИЕ В ВЕНОЗНОМ РУСЛЕ:

1. увеличивается;
2. не изменяется;
3. уменьшается.

19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ПРОВЕСТИ:

1. ЭКГ;
2. нагрузочный тест;
3. фонокардиографию;
4. эхокардиографию;
5. тетраполярную реографию.

20. ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ:

1. нарушения ритма;
2. левожелудочковой недостаточности;
3. внезапной смерти;
4. аневризмы левого желудочка;
5. увеличение фракции выброса.

21. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ СВЯЗАННОЕ С ВВЕДЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА:

1. появление дыхания типа Чейн-Стокса;
2. артериальная гипотония;
3. синусовая брадикардия;
4. глубокий сон;
5. клонические судороги.

22. ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ:

1. I-е, II-е, AVL;
2. II-е, III-е, AVF;
3. I-е, V5-V6;

4. AVL, V1-V4;
5. AVL.

23.ДЛЯ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. негативный зубец Т;
2. нарушение ритма и проводимости;
3. наличие комплекса QS;
4. смещение сегмента ST ниже изолинии;
5. снижение амплитуды зубца R.

24.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ДНИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. перикардит;
2. кардиогенный шок;
3. синдром Дресслера;
4. аритмия;
5. парез желудка.

25.ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА, РАЗВИВАЮЩЕМСЯ ПРИ ОИМ, ПРОИСХОДИТ:

1. разрыв межжелудочковой перегородки;
2. разрыв межпредсердной перегородки;
3. отрыв сосочковой мышцы;
4. аутоаллергическая реакция;

26.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. разрыв сердца;
2. кардиогенный шок;
3. синдром Дресслера;
4. нарушение ритма сердца;
5. нарушение проводимости.

27.ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. повышение температуры тела;
2. перикардит;
3. плеврит;
4. увеличение количества эозинофилов;
5. анемия.

28.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ АНТИАГРЕГАНТ:

1. сустак-форте;
2. аспирин;
3. фенилин;

4. дихлотиазид;
5. нифедипин.

29.В ПОНЯТИЕ "РЕЗОРБЦИОННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ" НЕ ВХОДИТ:

1. повышение температуры тела;
2. увеличение уровня щелочной фосфатазы;
3. нейтрофильный сдвиг;
4. увеличение СОЭ;
5. обнаружение С-реактивного белка.

30.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ: НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

1. СОЭ и лейкоцитов;
2. ЛДГ в крови;
3. суммарной КФК в крови;
4. уровня АСТ в крови;
5. уровня тропонинов Т и I.

31.ИНФАРКТ ЗАДНЕБОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ:

1. AVL, V5-V6;
2. II-е, III-е, AVF;
3. V1-V3;
4. II-е, III-е, AVF, V5-V6;
5. V3-V6.

32.ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НИТРОГЛИЦЕРИНА НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

1. снижение давления заклинивания в легочной артерии;
2. повышение числа сердечных сокращений;
3. снижение постнагрузки левого желудочка;
4. снижение центрального венозного давления;
5. повышение сократимости миокарда.

33.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА:

1. горизонтальная депрессия ST;
2. депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т;
3. подъем ST;
4. глубокие зубцы Q.

34.ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРОВИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. увеличение уровня миоглобина;
2. увеличение активности аспарагиновой трансаминазы;
3. появление С-реактивного белка;
4. увеличение активности щелочной фосфатазы;
5. увеличение МВ-фракции КФК.

35.У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 ММ РТ.СТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1. кардиогенный шок;
2. тромбоэмболия легочной артерии;
3. отек легких;
4. разрыв межжелудочковой перегородки;

36.БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АСПИРИН (АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ), ПОТОМУ ЧТО ОН:

1. снижает протромбиновый индекс;
2. препятствует агрегации тромбоцитов;
3. лизирует образовавшиеся тромбы;
4. ингибирует внутренний механизм свертывания крови;
5. помогает, но механизм положительного его действия неизвестен.

37.БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ СТРАДАЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2-ОЙ СТ., ИМЕЕТ МЕСТО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП ГЕМОДИНАМИКИ. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕОБХОДИМО ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ:

1. резерпину;
2. обзидану;
3. коринфару;
4. верошпирону;
5. клофелину.

38.ПРИЗНАК, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ ВТОРОЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ВОЗ):

1. гипертонические кризы;
2. дилатация сердечных полостей;
3. стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии;
4. гипертрофия левого желудочка;
5. появление приступов стенокардии.

39.АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. альдостероме;
2. узелковом периартериите;
3. феохромоцитоме;
4. синдроме Иценко-Кушинга;
5. акромегалии.

40.У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ.СТ. В ЭТОЙ СИТУАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. бета-блокатор;
2. нифедипин;
3. дигоксин;
4. лазикс.

41.В ПОВЫШЕНИИ АД НЕ УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ:

1. увеличения сердечного выброса;
2. задержки натрия;
3. увеличения активности ренина;
4. увеличения продукции катехоламинов;
5. повышения венозного давления.

42.ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ:

1. первичного альдостеронизма;
2. феохромоцитомы;
3. реноваскулярной гипертензии;
4. коарктации аорты;

43.У 22-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗАМЕЧЕНА АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА НА РУКАХ. АД - 150/100 ММ РТ.СТ. СЛЕВА И 120/70 ММ РТ. СТ. СПРАВА. СОЭ - 28 ММ/ЧАС. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. коарктация аорты;
2. вегетососудистая дистония;
3. открытый артериальный проток;
4. аорто-артериит (болезнь Такаясу);
5. узелковый периартериит.

44. БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АД - 190/110 ММ РТ.СТ., У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ ПОЛИПОЗ НОСА И ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ:

1. клофелин;
2. капотен;
3. гипотиазид;
4. нифедипин;
5. обзидан.

45. У БОЛЬНОЙ С ВНЕЗАПНЫМ ПОЯВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКИМ ПОВЫШЕНИЕМ АД, ТОШНОТОЙ, ТАХИКАРДИЕЙ, БЛЕДНОСТЬЮ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА - ПОЛИУРИЕЙ. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. синдром Конна;
2. синдром Иценко-Кушинга;
3. климактерический синдром;
4. феохромоцитома;
5. тиреотоксикоз;

46. 40-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ С ПЕРВИЧНЫМ АЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ ДЛЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:

1. гипотиазид;
2. анаприлин;
3. клофелин;
4. верошпирон.

47. ДЛЯ ПОЛНОЙ А-V БЛОКАДЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. частота пульса - 36 в минуту;
2. правильный ритм;
3. учащение пульса при физической нагрузке;
4. увеличение систолического артериального давления;
5. меняющаяся интенсивность тонов сердца.

48. ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ:

1. строфантин;
2. лидокаин;
3. новокаинамид;
4. этагизин;
5. кордарон.

49.У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА ГРОЗИТ РАЗВИТИЕМ:

1. мерцательной аритмии;
2. пароксизмальной желудочковой тахикардии;
3. фибрилляции желудочков.

50.КОНСТРИКТИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ:

1. набухании шейных вен, увеличивающемся при вдохе;
2. усилении тонов сердца;
3. неодинаковом давлении в полостях сердца;
4. преобладании признаков левожелудочковой недостаточности.

51.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕПАРАТОВ НАПЕРСТЯНКИ ДОБАВЛЯЮТ:

1. эуфиллин;
2. нифедипин;
3. беллоид;
4. анаприлин;
5. изадрин.

52.ДЛЯ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. атриовентрикулярная блокада;
2. блокада ножек пучка Гиса;
3. частая политопная желудочковая экстрасистолия;
4. желудочковая бигеминия;
5. синусовая брадикардия.

53.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЛИТОПНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:

1. хинидин;
2. новокаинамид;
3. кордарон;
4. финоптин;
5. лидокаин.

54.ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. никотиновой кислоты;
2. клофибрата;
3. тироксина;
4. симвастатина.

55.У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 В МИНУТУ), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ МАССАЖЕМ КАРОТИДНОГО СИНУСА. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН:

1. синусовой тахикардией;
2. пароксизмальной мерцательной аритмией;
3. пароксизмальным трепетанием предсердий;
4. пароксизмальной наджелудочковой тахикардией;
5. пароксизмальной желудочковой тахикардией.

56.ПРИЧИНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. нейроциркуляторная дистония;
2. ревматизм;
3. ИБС;
4. тиреотоксикоз;
5. дилатационная кардиомиопатия.

57.ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ PQ, РАВНОГО 0,28 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО:

1. блокады синоатриального проведения;
2. блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени;
3. блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени;
4. блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени;
5. синдрома преждевременного возбуждения желудочков.

58.ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИСТОЛИЧЕСКИЙ И МИНУТНЫЙ ОБЪЕМ:

1. увеличивается;
2. не изменяется;
3. уменьшается.

59.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. изоптин;
2. лидокаин;
3. изадрин;
4. атропин;
5. дигоксин.

60.У БОЛЬНОГО 74 ЛЕТ НАБЛЮДАЛИСЬ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПРИСТУПЫ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, РЕДКИЙ ПУЛЬС. ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В СВЯЗИ С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ПОЛНАЯ ПОПЕРЕЧНАЯ БЛОКАДА СЕРДЦА, ЧСС - 46 В МИНУТУ, ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕТ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО:

1. назначить атропин;
2. назначить аспаркам;
3. назначить анаприлин;
4. провести дефибрилляцию;

61.К ФАКТОРАМ РИСКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. цистоскопия;
2. катетеризация вен;
3. легочная гипертензия;
4. выскабливание полости матки;
5. врожденный порок сердца.

62.ДЛЯ ПЕРИКАРДИАЛЬНОГО ВЫПОТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. увеличение размеров сердца;
2. исчезновение верхушечного толчка;
3. глухие тоны;
4. отсутствие пульсации контуров сердца при рентгеноскопии;
5. шум трения перикарда.

63.КРИТЕРИЕМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ АТАКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. хорея;
2. кольцевидная эритема;
3. кардит;
4. узелки Гебердена;
5. подкожные узелки.

64.БОЛЬНАЯ 52 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА КРАТКОВРЕМЕННЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА. БОЛЬНА 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОРЗ. НА ЭКГ СНИЖЕНИЕ СЕГМЕНТА ST НА 1,5 ММ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Т. СОЭ - 45 ММ/Ч. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. климактерическая кардиомиопатия;
2. ИБС;
3. НЦД;
4. миокардит;
5. перикардит.

65.МИОКАРДИТ НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ:

1. ревматизме;
2. системной красной волчанке;
3. амилоидозе;
4. ревматоидном артрите;
5. узелковом периартериите.

66.К СРЕДСТВАМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. сердечные гликозиды;
2. плазмозаменители;
3. мочегонные;
4. нитраты пролонгированного действия;
5. ингибиторы АПФ.

67.НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ:

1. увеличение левой границы сердца;
2. Facies mitrales;
3. наличие мерцательной аритмии;
4. наличие "щелчка открытия" митрального клапана;
5. сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании.

68.У 22-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С ДЕТСТВА ЗАМЕЧАЛИ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА. АД - 150/100 ММ РТ.СТ. РЕНТГЕНОГРАММА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, НЕРОВНЫЕ, ЗАЗУБРЕННЫЕ НИЖНИЕ КРАЯ 5-7 РЕБЕР С ОБЕИХ СТОРОН. СНИЖЕНИЕ ПУЛЬСАЦИИ НА НОГАХ. ДИАГНОЗ:

1. стеноз устья аорты;
2. дефект межпредсердной перегородки;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

69.ОСЛАБЛЕНИЕ I-ГО ТОНА НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности митрального клапана;
2. недостаточности трехстворчатого клапана;
3. недостаточности аортального клапана;
4. стенозе левого атриовентрикулярного отверстия;
5. аортальном стенозе.

70. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

1. иррадиирует в левую подмышечную область;
2. лучше выслушивается в положении на правом боку;
3. сопровождается третьим тоном;
4. лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха;
5. лучше выслушивается в вертикальном положении.

71. У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО, УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА, ВЫРАЖЕННЫЙ СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И ТАМ ЖЕ ОСЛАБЛЕНИЕ II-ГО ТОНА. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ДОЛЖЕН ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ:

1. систолический шум на верхушке;
2. диастолический шум на верхушке;
3. систолический шум над аортой;
4. диастолический шум над аортой;
5. систолический шум у мечевидного отростка.

72. 18-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЕН ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕНКОМАТОМ. РАЗВИВАЛСЯ НОРМАЛЬНО. НАД ОСНОВАНИЕМ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ЭПИЦЕНТРОМ ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ У ПРАВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ, ПРОВОДИТСЯ НА СОННЫЕ АРТЕРИИ. ВТОРОЙ ТОН НАД АОРТОЙ ОСЛАБЛЕН. ПУЛЬС - 64 В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ. АД ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ - 95/75 ММ РТ.СТ., НА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ АД - 110/90 ММ РТ.СТ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. стеноз устья аорты;
2. сочетанный порок сердца;
3. коарктация аорты;
4. дефект межжелудочковой перегородки;
5. открытый артериальный проток.

73. У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ РЕВМАТИЗМ, АКТИВНАЯ ФАЗА, СЛОЖНЫЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК СЕРДЦА, ЧАСТАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ. НК II Б СТАДИИ. БОЛЕН В ТЕЧЕНИЕ 20 ЛЕТ. НАЗНАЧЕНЫ ПРЕПАРАТЫ: ДИГИТОКСИН 0,1 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ ДО ЕДЫ, ГИПОТИАЗИД 50 МГ УТРОМ И ВЕЧЕРОМ, РЕОПИРИН ПО 1 Т. 3 РАЗА В ДЕНЬ ПОСЛЕ ЕДЫ, АМИОДАРОН 0,2 МГ 2 РАЗА В СУТКИ ПОСЛЕ ЕДЫ. НА ФОНЕ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ НА 5-Й ДЕНЬ БОЛЬНОЙ СТАЛ ЖАЛОВАТЬСЯ НА ПОЯВЛЕНИЕ ТОШНОТЫ, РВОТЫ, УСИЛЕНИЕ ОДЫШКИ, БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ. ЧСС - 46 В МИНУТУ, РЕДКАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ. АД - 140/80 ММ РТ.СТ. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ:

1. естественное течение заболевания;
2. передозировка дигитоксина;
3. лекарственное поражение печени реопирином;
4. лекарственная дуоденопатия;
5. уменьшение эффекта гипотиозида.

74.ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. хлопающий первый тон на верхушке;
2. систолический шум на верхушке;
3. увеличение границ сердца влево;
4. снижение сердечного выброса.

75.ПАЦИЕНТ 19 ЛЕТ НАПРАВЛЕН НА ОБСЛЕДОВАНИЕ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ БЫЛ ВЫЯВЛЕН СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОРОКА СЕРДЦА ПРОВЕДЕНИЕ:

1. ЭКГ;
2. эхокардиографии;
3. рентгеноскопии грудной клетки;
4. исследования крови на титры антистрептококковых антител;

76.У БОЛЬНОГО 41 ГОДА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВОЗНИК ПАРОКСИЗМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ С ЧСС 190 В МИНУТУ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ЗАСТОЯ В ЛЕГКИХ. ЛЕЧЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ:

1. дигоксином;
2. кордароном;
3. обзиданом;
4. лидокаином.

77.ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АД:

1. не изменяется;
2. повышается только систолическое;
3. повышается только диастолическое;
4. повышается систолическое и понижается диастолическое;
5. понижается систолическое и повышается диастолическое.

78.У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ. ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА ГРОЗИТ:

1. развитием недостаточности кровообращения;
2. появлением мерцательной аритмии;

3. появлением коронарной недостаточности;

79.ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРЕН:

1. систолический шум на верхушке сердца;
2. ослабленный I-й тон на верхушке;
3. протодиастолический шум во 2-м межреберье справа;
4. пресистолический шум на верхушке;
5. ослабленный II-й тон во 2-м межреберье справа.

80.НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. ревматизма;
2. инфаркта миокарда;
3. травмы грудной клетки;
4. инфекционного эндокардита;
5. тромбоза легочной артерии.

81.ГИПОВОЛЕМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ШОКА ЛЕЧАТ:

1. сердечными гликозидами;
2. эуфиллином;
3. салуретиками;
4. плазмозаменителями.

82.ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. пульсация зрачков;
2. снижение пульсового давления;
3. быстрый и высокий пульс;
4. высокое систолическое АД;
5. высокий сердечный выброс.

83.СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. ревматизма;
2. инфаркта миокарда;
3. травмы грудной клетки;
4. инфекционного эндокардита;

84.ПРЯМЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ АГЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. дигоксин;
2. нитропруссид натрия;
3. фуросемид;
4. верошпирон;
5. нифедипин.

85.ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. активной систолы предсердий;
2. появления мерцательной аритмии;
3. увеличения градиента давления "левое предсердие - левый желудочек";
4. митральной регургитации;
5. растяжения левого предсердия.

86.ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ ПРИ:

1. стенозе устья аорты;
2. недостаточности митрального клапана;
3. легочной гипертензии любого происхождения;
4. недостаточности трикуспидального клапана;
5. недостаточности клапана аорты.

87.СРЕДНЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ:

1. митральном стенозе;
2. аортальном стенозе;
3. трикуспидальном стенозе;
4. пролапсе митрального клапана;
5. аортальной недостаточности.

88.ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:

1. эффективна;
2. не эффективна.

89.ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. боль в области сердца;
2. правожелудочковая сердечная недостаточность;
3. шаровидная сердечная тень на рентгенограмме;
4. портальная гипертензия.

90.ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:

1. голосистолический;
2. протосистолический;
3. мезосистолический;
4. пресистолический.

91.ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПАТОГНОМОНИЧНО:

1. набухание шейных вен;
2. асцит;
3. увеличение печени;
4. ортопноэ;
5. отеки на ногах.

92.ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ
НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. нитроглицерин;
2. пентамин;
3. дигоксин;
4. лазикс;
5. эуфиллин.

93.ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. увеличение размеров сердца;
2. ритм галопа;
3. ритм перепела;
4. маятникообразный ритм;
5. снижение сердечного выброса.

94.К СИМПТОМАМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕ
ОТНОСИТСЯ:

1. отклонение электрической оси сердца влево;
2. смещение переходной зоны вправо;
3. высокие зубцы R в правых грудных отведениях;
4. высокие зубцы R в левых грудных отведениях;
5. глубокие зубцы S в правых грудных отведениях.

95.К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. дигоксин;
2. строфантин;
3. изоланид;
4. альдактон.

96.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ:

1. синусовая тахикардия;
2. желудочковая тахикардия;
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия;
4. обструктивный бронхит;
5. артериальная гипертония.

97.НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРИЗНАКАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. увеличение печени;
2. снижение венозного давления;
3. замедление скорости кровотока;
4. цианоз;
3. отеки.

98.ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. цирроз печени с асцитом;
2. набухание шейных вен;
3. обызвествление перикарда;
4. неувеличенные размеры сердца;
5. низкое венозное давление.

99.ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. лейкоцитоз;
2. нарастание СОЭ;
3. СРБ (+);
4. увеличение миоглобина крови.

100. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ СЕРДЦА ПРИ МИОКАРДИТЕ СВЯЗАНО С:

1. гипертрофией миокарда;
2. выпотом в полость перикарда;
3. накоплением в миокарде гликогена;
4. потерей тонуса сердечной мышцей.

101. НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:

1. спленомегалия;
2. протеинурия;
3. геморрагическая сыпь;
4. эритроцитоз;
5. увеличение СОЭ.

102. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ПОВЫШЕННАЯ ВЫРАБОТКА:

1. АКТГ;
2. СТГ;
3. адреналина;
4. тироксина;
5. альдостерона.

103. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ:

1. горизонтальная депрессия ST;
2. депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T;
3. подъем ST;
4. глубокие зубцы Q;
5. зубцы QS.

104. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ УСИЛЕНИЯ АТОНИИ
КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ
ВВЕДЕНИЕ:

1. морфина;
2. лидокаина;
3. гепарина;
4. нитроглицерина;
5. норадреналина.

105. БОЛЬНАЯ 53 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОЛИКЛИНИКОЙ С
ДИАГНОЗОМ "ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ II".
СИСТЕМАТИЧЕСКИ ПОЛУЧАЕТ ПРОПРАНОЛОЛ, ЧЕРЕЗ ДЕНЬ
ТРИАМПУР. ПРИ ОЧЕРЕДНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОЛУЧЕНЫ
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ. ЯВНО НЕ
СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ И ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБЪЯСНЕНИЯ:

1. креатинин - 0,15 ммоль/л (1,5 мг%);
2. холестерин - 5 ммоль/л (190 мг%);
3. билирубин - 25 мкмоль/л (1,4 мг%);
4. глюкоза - 12 ммоль/л (220 мг%);
5. общий белок - 80 г/л (8,0 г%).

106. НЕЖЕЛАТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
С НАЛИЧИЕМ ГИПЕРУРИКЕМИИ:

1. гипотиазид;
2. коринфар;
3. каптоприл;
4. допегит;
5. клофелин.

107. РАННИЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА:

1. депрессия сегмента ST;
2. отрицательный зубец T;
3. подъем сегмента ST во многих отведениях;
4. высокий заостренный зубец T;
5. уменьшение амплитуды комплекса QRS.

108. НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ:
1. стенокардия;
 2. застойная сердечная недостаточность;
 3. тромбоэмболия;
 4. нарушение ритма и проводимости;
 5. увеличение размеров сердца.
109. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРИКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. боль в области сердца;
 2. нарушение ритма;
 3. увеличение границ сердца;
 4. шум трения перикарда;
 5. смещение S-T вверх в большинстве отведений.
110. ПЕРВЫМ РЕАГИРУЕТ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ НЕПОЛНОЦЕННОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:
1. периферическое сосудистое сопротивление;
 2. уровень давления "заклинивания" в легочной артерии;
 3. рентгенологические признаки застоя;
111. ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
1. брадикардия;
 2. мерцательная аритмия;
 3. малый медленный;
 4. высокий скорый.
112. БЕЗБОЛЕВОЙ ВАРИАНТ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ ИБС:
1. относится;
 2. не относится.
113. АРИТМИЯ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:
1. может сочетаться;
 2. не может сочетаться.
114. К БЕЗБОЛЕВЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИБС НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. нарушение ритма и проводимости при нагрузке;
 2. депрессия ST более 2 мм;
 3. сердечная астма;
 4. перемежающаяся хромота.

115. НЕ ИМЕЕТ СЕРЬЕЗНОГО ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ:
1. фибрилляция желудочков;
 2. полная атриовентрикулярная блокада;
 3. желудочковая тахикардия;
 4. предсердная тахикардия;
 5. возникновение ранних желудочковых экстрасистол.
116. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБА ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА:
1. ЭКГ;
 2. R-грамма грудной клетки;
 3. УЗИ сердца;
 4. изотопная вентрикулография;
 5. холтеровский мониторинг ЭКГ.
117. ЭКГ-СИМПТОМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:
1. расширенный зубец Р;
 2. удлинение интервала PQ;
 3. неравенство интервалов R-R;
 4. отрицательный зубец Т;
 5. депрессия сегмента ST.
118. ПРЕХОДЯЩАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА В ЭКСТРЕННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ:
1. нуждается;
 2. не нуждается.
119. СИСТЕМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:
1. характерно;
 2. не характерно.
120. ИММУНОДЕФИЦИТ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:
1. развивается;
 2. не развивается.
121. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:
1. характерен;
 2. не характерен.

122. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. нормохромная, нормоцитарная анемия;
 2. высокий титр циркулирующих иммунных комплексов;
 3. высокий уровень КФК, миоглобина;
 4. тромбоцитопения;
 5. ускоренная СОЭ.
123. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:
1. аортальный стеноз;
 2. митральный стеноз;
 3. аортальная недостаточность;
 4. стеноз устья легочной артерии.
124. ПЕРВИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ:
1. тромбе в полости сердца;
 2. экстракции зуба;
 3. наркомании;
 4. аборте;
 5. ревматизме.
125. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЕВА КРОВИ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ:
1. исключает;
 2. не исключает.
126. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:
1. тромбоэмболический синдром;
 2. геморрагический синдром;
 3. прогрессирующая сердечная недостаточность;
 4. бактериально-токсический шок.
127. АТЕРОСКЛЕРОЗ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ИБС (в % случаев):
1. менее 80;
 2. 80-89;
 3. 90-97;
 4. 98-100.

128. ЛИХОРАДКА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ:
1. послабляющая;
 2. перемежающаяся;
 3. возвратная;
 4. волнообразная;
 5. неопределенного типа.
129. ПОВЫШЕННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛИ В ПИЩЕ РАЗВИТИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
1. способствует;
 2. не способствует.
130. ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. удлинение и выбухание четвертой дуги левого контура средней тени;
 2. дополнительная дуга на правом контуре сердца;
 3. усиленная пульсация желудочков и аорты;
 4. расширение аорты.
131. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО:
1. низкоамплитудные комплексы QRS, правый тип ЭКГ;
 2. низкоамплитудные комплексы QRS, левый тип ЭКГ;
 3. высокоамплитудные комплексы QRS и правый тип ЭКГ;
 4. высокоамплитудные комплексы QRS и левый тип ЭКГ.
132. ПЕРИКАРДИТ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАН:
1. вирусами;
 2. стрептококковой инфекцией;
 3. физическими воздействиями;
 4. паразитарными инвазиями.
133. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
1. гипертонический криз;
 2. острая левожелудочковая недостаточность;
 3. инсульт;
 4. ХПН;
 5. геморрагический васкулит;
134. ИБС СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:
1. всегда;
 2. не всегда.

135. В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:
1. антибиотики;
 2. антистафилококковую плазму;
 3. обогащенную плазму;
 4. минералокортикоиды;
 5. гемодез.
136. К ФАКТОРАМ РИСКА ИБС НЕ ОТНОСЯТ:
1. гиперлипидемию;
 2. курение;
 3. высокое АД;
 4. тяжелую физическую нагрузку;
 5. эмоциональные перегрузки.
137. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СТЕНОКАРДИИ:
1. 1-2 минуты;
 2. 5-10 минут;
 3. 30-60 минут;
 4. более 60 минут.
138. БОЛЬ ПРИ РАЗВИТИИ СТЕНОКАРДИИ НЕ БЫВАЕТ:
1. давящей;
 2. пульсирующей;
 3. режущей;
 4. сжимающей.
139. К ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:
1. полная атриовентрикулярная блокада;
 2. блокада правой ножки пучка Гиса;
 3. фибрилляция желудочков;
 4. желудочковая тахикардия.
140. РЕВМАТИЗМ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ:
1. относится;
 2. не относится.
141. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕ ХАРАКТЕРЕН КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ:
1. астматический;
 2. абдоминальный;
 3. церебральный;
 4. безболевой;
 5. отечный.

142. НЕ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ:
1. АСТ;
 2. КФК-МВ;
 3. ЛДГ₅;
 4. тропонинов Т и I.
143. ДЛЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. отеки лица;
 2. онемение пальцев ног;
 3. ослабление памяти;
 4. перемежающаяся хромота;
 5. высокое систолическое АД.
144. ПРОБЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
1. проба Мастера и проба с атропином;
 2. проба с атропином и велоэргометрия;
 3. велоэргометрия и проба Мастера.
145. НЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К БЕЗБОЛЕВОМУ ВАРИАНТУ ИБС:
1. пожилой возраст;
 2. сердечная недостаточность;
 3. медленное прогрессирование болезни;
 4. гипертоническая болезнь;
 5. сахарный диабет;
 6. коронарный спазм.
146. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1. влажными хрипами в нижней доле правого легкого;
 2. шумом трения плевры и перикарда;
 3. лейкоцитозом;
 4. увеличением границ сердца вправо;
 5. экссудативным плевритом.
147. ПОСЛЕ ПЕРВОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ АТАКИ ПОРОК СЕРДЦА:
1. формируется всегда;
 2. может сформироваться;
 3. никогда не формируется.

148. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА:
1. ФКГ;
 2. ЭКГ;
 3. рентгенография;
 4. УЗИ;
 5. реовазография.
149. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ПРИРОДА РЕВМАТИЗМА:
1. функциональная;
 2. врожденная;
 3. воспалительная;
 4. дистрофическая;
 5. сосудистая;
150. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. ангинозная боль в сердце;
 2. сердцебиение;
 3. ослабление I тона;
 4. систолический шум на верхушке;
 5. увеличение сердца.
151. К ОСНОВНЫМ ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ ЭНДОМИОКАРДИТЕ НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. удлинение P-Q;
 2. снижение комплекса QRS;
 3. экстрасистолия;
 4. атриовентрикулярная блокада;
 5. уширение P и QRS;
152. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЗМА (КРИТЕРИИ *APA* НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. кардит;
 2. артрит;
 3. появление ревматических узелков;
 4. хорея;
 5. аннулярная эритема;
 6. тромбоэмболический синдром;
153. ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:
1. систолический;
 2. диастолический.

154. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАСШИРЯЮТСЯ И ГИПЕРТРОФИРУЮТСЯ:

1. левый желудочек, левое предсердие;
2. левый желудочек, правое предсердие;
3. правый желудочек, левое предсердие;
4. правый желудочек, правое предсердие.

155. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. I тон усилен, систолический шум на верхушке;
2. I тон усилен, диастолический шум на верхушке;
3. I тон ослаблен, систолический шум на верхушке;
4. I тон ослаблен, диастолический шум на верхушке.

156. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ СИМПТОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА:

1. I тон ослаблен;
2. I тон усилен;
3. акцент II тона на легочной артерии;
4. акцент II тона на аорте;
5. ритм "перепела".

157. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. ослабление I тона на верхушке;
2. акцент II тона на легочной артерии;
3. акцент II тона на аорте;
4. систолический шум на верхушке;
5. патологический III тон.

158. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. хлопающий I тон на верхушке;
2. диастолический шум на верхушке;
3. ритм "перепела";
4. акцент II тона на аорте.

159. ГОРМОНОМ С ВЫСОКОЙ ПРЕССОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Кальцитонин
2. адреналин
3. инсулин
4. альдостерон
5. пролактин

160.ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА «ТРЕУГОЛЬНАЯ» ФОРМА КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА:

1. митральный стеноз
2. недостаточность 3-створчатого клапана
3. легочное сердце
4. экссудативный перикардит
5. сухой перикардит (например, при уремии)

161.КАКУЮ ФОРМУ ПРИОБРЕТАЕТ СРЕДИННАЯ ТЕНЬ ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ:

1. круглую
2. треугольную
3. трапециевидную
4. митральную
5. аортальную

162.ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО, 15 ЛЕТ, УСТАНОВЛЕНО: СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО, ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩЕНЫ ВВЕРХ И ВЛЕВО, СЕРДЕЧНАЯ ТАЛИЯ СГЛАЖЕНА, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: НА ВЕРХУШКЕ ОСЛАБЛЕНИЕ 1 ТОНА, ТАМ ЖЕ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. АКЦЕНТ 2 ТОНА НАД ЛЕГОЧНЫМ СТЕЛОМ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ: УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА. ВАШ ДИАГНОЗ?

1. сужение левого атриовентрикулярного отверстия
2. недостаточность митрального клапана
3. недостаточность клапанов аорты
4. стеноз устья аорты.

163. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЗМ ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ:

1. 1-2 года
2. 2-3 недели
3. 4 дня
4. 5 месяцев
5. 6 недель

164.У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С ЦИФРАМИ 220/120 ММ РТ.СТ. ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО ВНЕЗАПНО, ВЫЯВЛЕНО ГОД НАЗАД ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ ОСМОТРЕ. РОДИТЕЛИ БОЛЬНОГО НЕ СТРАДАЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ЛЕЧЕНИЕ У ТЕРАПЕВТА ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ НЕ ЭФФЕКТИВНО. ПРИ ВЫСЛУШИВАНИИ

ЖИВОТА В ЭПИГАСТРИИ СПРАВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. ЗАПОДОЗРЕНА ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛИТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ, ВЫЯВИТЬ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ?

1. радиоизотопная ренография
2. УЗИ почек
3. исследование глазного дна
4. почечная ангиография
5. экскреторная урография

165. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ:

1. кратковременные эпизоды потери сознания
2. нарушения сердечного ритма и проводимости
3. наличие периферических отеков
4. боли в теменной и затылочной области
5. нарушение ритма дыхания

166. ЧТО СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯТЬ У БОЛЬНОГО С СОЧЕТАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА:

1. сердечные гликозиды
2. эуфиллин внутривенно
3. нифедипин
4. бета-блокаторы
5. лазикс внутривенно

167. ПАЦИЕНТ 18 ЛЕТ, С 9-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА – АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С ПРИВЫЧНЫМИ ЦИФРАМИ 160/100 ММ РТ.СТ. АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ НЕТ. ПРИ РАДИОРЕНОГРАФИИ ОТМЕЧЕНО РЕЗКОЕ УДЛИНЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФАЗЫ НАД ПРАВОЙ ПОЧКОЙ. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ ГИПЕРТЕНЗИИ:

1. первичная артериальная гипертензия
2. эссенциальная гипертензия
3. атеросклеротический стеноз почечной артерии
4. фибромаскулярная дисплазия почечной артерии

168. КАКОЙ ИЗ АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ИСЧЕЗАЕТ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:

1. хлопающий 1 тон
2. тон открытия митрального клапана
3. пресистолический шум
4. диастолический шум
5. акцент 2 тона на легочной артерии

169. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ:

1. систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое – равно или ниже 90 мм рт.ст.
2. систолическое давление ниже 140 мм рт.ст., а диастолическое – ниже 90 мм рт.ст.
3. систолическое давление ниже 150 мм рт.ст., а диастолическое – ниже или равно 90 мм рт.ст.

170. В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

1. гепато-спленомегалия
2. аускультативная динамика шумов на сердце
3. нарастание сердечной недостаточности
4. ускорение СОЭ
5. ЭХОКГ – вегетации на клапанах

171. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:

1. тромбоэмболический синдром
2. инфаркт миокарда
3. гипертонический криз

172. АНТИАНГИНАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ЗА СЧЕТ УМЕНЬШЕНИЯ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ВЫЗЫВАЕТ:

1. дипиридамол
2. гепарин
3. фенилин
4. стрептодеказа
5. корватон

173. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРЕН ПРИ СТЕНОКАРДИИ:

1. загрудинная боль при физической нагрузке
2. нарушения ритма
3. депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей
4. патологический зубец Q

174. КАКОЙ СИМПТОМ ОБЪЕДИНЯЕТ ТАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК АНЕМИЯ, ТИРЕОТОКСИКОЗ, ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, РАЗРЫВ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ, РЕВМАТИЧЕСКИЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК:

1. диастолический шум на верхушке
2. систолодиастолический шум
3. шум Флинта
4. систолический шум на верхушке
5. шум Грэхема-Стила

175. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ:

1. сустав
2. нитронг
3. нитроглицерин
4. верапамил
5. дилтиазем

176. ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ СВЯЗАН С:

1. фактором неожиданности
2. наркотической зависимостью
3. длительностью предъявления раздражителя
4. психологической установкой

177. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. синусовая тахикардия более 100
2. узловой ритм
3. застойная сердечная недостаточность в сочетании с тахиаритмией

178. БОЛЬНАЯ 16 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА ПО ТИПУ СТЕНОКАРДИЧЕСКИХ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ОБМОРОКИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБЛАСТИ СЕРДЦА НАД АОРТОЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ, ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК СМЕЩЕН ВЛЕВО. АУСКУЛЬТАТИВНО НАД ВЕРХУШКОЙ ОТМЕЧЕНО ОСЛАБЛЕНИЕ 1 ТОНА, НАД АОРТОЙ 2 ТОН ОСЛАБЛЕН, ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД АОРТОЙ. КАКОЙ ТИП ПОРОКА СЛЕДУЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ?

1. недостаточность трехстворчатого клапана
2. стеноз устья аорты
3. недостаточность аортального клапана
4. сужение левого атриовентрикулярного отверстия
5. сочетанный митральный порок

179. ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ:

1. атеросклероз;
2. сахарный диабет;
3. отягощенная наследственность;
4. стрептококковые инфекции;
5. нарушения белкового обмена.

180. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ ИМЕЮЩЕЙСЯ ПАТОЛОГИИ:

1. ИБС;
2. кардиомиопатии;
3. артериальной гипертонии;
4. ревматических пороков сердца;
5. пролапсе митрального клапана.

181. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА:

1. мерцательная аритмия
2. ранние желудочковые экстрасистолы
3. групповые желудочковые экстрасистолы
4. полиморфные желудочковые экстрасистолы
5. наджелудочковые экстрасистолы

182. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:

1. значительно усиливается
2. незначительно усиливается
3. не изменяется
4. исчезает
5. уменьшается

183. ПРИ ЛОКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КРУПНОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. консервативная терапия коронаролитическим препаратом
2. транслюминальная ангиопластика коронарных артерий
3. разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
4. операция аорто-коронарного шунтирования
5. пересадка сердца

184. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ СЕЗОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ:

1. ампициллин
2. дигоксин
3. делагил
4. бициллин
5. гентамицин

185. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. пульсация печени
2. астеническая конституция
3. увеличение сердца влево
4. систолическое дрожание во II межреберье справа
5. дрожание у левого края грудины

186. ПРОДУКТЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ БОГАТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ: а) сливочное масло; б) растительные масла; в) бараний жир; г) рыбий жир. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ.

1. б, г
2. а, г
3. а, б
4. а, в
5. б, в.

187. К ПОЗДНИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТИЗМА ОТНОСИТСЯ:

1. полиартрит
2. вальвулит
3. хорея
4. кардит
5. узловатая эритема

188. У БОЛЬНОГО С ДИАГНОЗОМ: ИБС, ОСТРЫЙ ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ВОЗНИКЛИ ЧАСТЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО ЕМУ ВВЕСТИ:

1. строфантин
2. лидокаин
3. обзидан
4. финоптин
5. дигоксин

189. ПРОБА С БЕТА-АДРЕНОСТИМУЛЯТОРОМ ИЗАДРИНОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЦЕЛЯМИ:

1. для диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости
2. для оценки класса коронарной недостаточности
3. для выявления нарушений реологических свойств крови
4. для выявления скрытой коронарной недостаточности
5. для диагностики синдрома слабости синусового узла

190. У БОЛЬНОГО УСТАНОВЛЕН ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОР. МОЖНО ЛИ РЕГУЛИРОВАТЬ СИЛУ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЦА, МЕНЯЯ АМПЛИТУДУ СТИМУЛА:

1. да
2. нет
3. да, но только в ограниченном диапазоне

191. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ПРОТЯЖЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. коронарная ангиопластика
2. консервативная терапия нитратами + бета-адреноблокаторами
3. консервативная терапия амиодароном + антагонистами кальция
4. аорто-коронарное шунтирование
5. имплантация искусственного водителя ритма сердца

192. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДИУРЕТИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА:

1. этакриновая кислота (урегит)
2. хлорталидон (гигротон)
3. ацетазоламид (диакарб)
4. спиронолактон (верошпирон)
5. триампур

193. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:

1. кардиогенный шок
2. левожелудочковая недостаточность
3. нарушение ритма
4. полная а-в блокада
5. тампонада сердца

194. ИНФОРМАЦИЮ ОБ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПОЛУЧАЮТ, АНАЛИЗИРУЯ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭКГ-ОТВЕДЕНИЯХ. ОТВЕДЕНИЯ – ЭТО:

1. потенциалы, генерируемые сердцем при систоле
2. разность потенциалов, пропорциональных проекциям дипольного момента сердца на стороны треугольника Эйнтховена
3. потенциалы, снимаемые со сторон треугольника Эйнтховена при диастоле

195. БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ НИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО, ЧТО ИНТЕРВАЛ P-Q УВЕЛИЧЕН ДО 0,4 с С ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСОВ QRS. ОТНОШЕНИЕ ПРЕДСЕРДНЫХ ВОЛН И КОМПЛЕКСОВ QRS = 4:1, ЧСС 40 В 1 МИН. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц II
2. синдром Фредерика
3. мерцательная аритмия, брадисистолическая форма
4. атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I
5. синоаурикулярная блокада III степени

196. ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА:

1. возникает через 0,06-0,12 сек после закрытия аортальных клапанов
2. характерен для митральной недостаточности
3. характерен для аортального стеноза

4. лучше всего выслушивается в точке Боткина

197. ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. ишемии внутренних органов ниже места сужения
2. тромбоза вен нижних конечностей
3. недостаточности мозгового кровообращения
4. присоединения атеросклероза магистральных артерий
5. нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

198. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. митрального стеноза
2. аортального стеноза
3. недостаточности аортального клапана
4. недостаточности трехстворчатого клапана
5. незаращенном Боталловом протоке

199. ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИТУАЦИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ РАЗВИТИЕМ:

1. инфаркта миокарда
2. пароксизма тахикардии
3. фибрилляции желудочков
4. асистолии
5. разрыва стенки желудочка

200. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НИТРОСОРБИДА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

1. расширение преимущественно артериол и снижение постнагрузки
2. расширение преимущественно венул и снижение преднагрузки
3. прямое положительное инотропное действие
4. повышение диуреза и снижение преднагрузки

201. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВНЕШНЕГО ВИДА БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ:

1. диффузный цианоз кожных покровов
2. акроцианоз
3. бледность кожных покровов
4. симптом Мюссе
5. «пляска каротид»

202. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРААНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР:

1. постоянного систоло-диастолического
2. с асимметрией на верхних и нижних конечностях
3. кризового
4. изолированного систолического

203. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПОРОКОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ:

1. стеноз устья аорты
2. сочетанный митральный
3. недостаточность аортального клапана
4. трикуспидальная недостаточность
5. дефект межжелудочковой перегородки

204. ЭНДОКАРДИТ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ФОРМЕ:

1. полипозно-язвенного
2. диффузного вальвулита
3. острого язвенного
4. кальцифицирующего
5. дистрофического

205. ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

1. недостаточность аортального клапана
2. стеноз устья аорты
3. недостаточность митрального клапана
4. стеноз митрального клапана
5. недостаточность трикуспидального клапана

206. ОПРЕДЕЛИТЕ ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОЛНОМУ ПРЕКРАЩЕНИЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

1. циркуляторный коллапс с отсутствием пульса на периферических артериях
2. мерцание предсердий
3. желудочковая тахикардия и желудочковая брадикардия
4. асистолия, фибрилляция желудочков (тоническая и атоническая), слабое (неэффективное сердце)
5. нарушение автоматизма синусового узла, полная атриовентрикулярная блокада

207. РАЗВИТИЮ РЕВМАТИЗМА СПОСОБСТВУЕТ ВОЗБУДИТЕЛЬ:

1. стафилококк
2. бета-гемолитический стрептококк
3. вирусы Коксаки
4. кишечная палочка
5. стрептококки типа В

208. ПОРОК СЕРДЦА – КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ:

1. расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
2. неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения
3. дисфункции папиллярных мышц
4. разрыва хорды
5. кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте

209. КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ, САМЫМ РАННИМ И САМЫМ ОПАСНЫМ:

1. кардиогенный шок
2. отек легких
3. фибрилляция желудочков
4. разрыв сердца
5. асистолия

210. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БОРОДАВЧАТОГО ЭНДОКАРДИТА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. инфаркт легкого
2. тромбоэмболия легочной артерии
3. абсцесс мозга
4. инфаркт почки

211. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

1. крепитация
2. влажные мелкопузырчатые хрипы
3. сухие хрипы
4. шум трения плевры
5. плевро-перикардальные шумы

212. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ФИБРИНОЛИЗ:
1. повышением вязкости крови
 2. понижением свертываемости крови
 3. повышением свертываемости крови
 4. понижением ломкости сосудов
 5. ни одной из указанных причин
213. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ТИПИЧЕН ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:
1. лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатининемия
 2. лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатининемия
 3. лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз
 4. лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения
 5. лихорадка, потливость, кожный зуд, увеличение лимфатических узлов, гепатоспленомегалия
214. ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРОМБОЛИЗИСА:
1. первые 12 часов от начала острого инфаркта миокарда;
 2. острый период инфаркта миокарда;
 3. наличие приступов стенокардии покоя в остром периоде инфаркта миокарда;
 4. наличие приступов пароксизмальной тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда;
 5. начало подострого периода инфаркта миокарда.
215. ШУМ ГРЕХЕМ-СТИЛЛА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
1. пролапса митрального клапана
 2. митрального стеноза
 3. ХНЗЛ
 4. аортальной недостаточности
216. ВЫСОКИЙ ТИТР АСЛ-О СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ:
1. ревматизма
 2. ревматоидного артрита
 3. перенесенной стрептококковой инфекции
 4. дерматомиозита
 5. болезни Бехтерева

217. ПРИЗНАКАМИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ВЫСОКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА МОГУТ БЫТЬ:

1. изменение фракции выброса
2. ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке
3. повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме
4. снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт
5. снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт

218. ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ РЕВМАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. порок сердца
2. кардиосклероз
3. бурая атрофия сердца
4. облитерация полости перикарда
5. ожирение сердца

219. СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ:

1. тринитраты
2. динитраты
3. мононитраты
4. бета-адреноблокаторы
5. вазодилататоры

220. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВЫСОКОЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. бессолевая диета
2. ингибиторы АПФ
3. бета-блокаторы
4. хирургическое лечение
5. антагонисты кальция

221. РЕВМАТИЗМ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1. стафилококком
2. бета-гемолитическим стрептококком группы С
3. пневмококком
4. бета-гемолитическим стрептококком группы А
5. возбудитель неизвестен

222. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА:

1. до 2 часов
2. до 1 месяца
3. до 10 дней
4. до 2 дней
5. до 18 дней

223. В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЗМА УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ: 1. склерозирования; 2. тромбообразования; 3. токсико-воспалительные; 4. иммунные; 5. аллергические. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ.

1. 3, 4
2. 3, 5
3. 1, 3
4. 2, 4
5. 2, 5

224. ПРИЧИНАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА МОГУТ БЫТЬ: 1. ревматизм; 2. инфекционный эндокардит; 3. врожденная патология; 4. ревматоидный артрит; 5. муковисцидоз. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ.

1. 1, 3
2. 1, 5
3. 2, 4
4. 3, 5
5. 2, 3

225. КАКОЙ РИТМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:

1. ритм «перепела»
2. протодиастолический ритм галопа
3. пресистолический ритм галопа
4. систолический ритм галопа
5. дополнительный перикард-тон

226. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

1. ревматические пороки сердца
2. ИБС
3. артериальная гипертензия
4. кардиомиопатия

227. ПРИ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА (ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ) ПОКАЗАНЫ:

1. нифедипин
2. обзидан
3. дипиридамол
4. допегит
5. каптоприл

228. ПРОПРАНОЛОЛ (ЕГО АНАЛОГИ) ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ИБС ТАК КАК:

1. снижает потребность миокарда в кислороде
2. расширяет коронарные сосуды
3. вызывает спазм периферических сосудов
4. увеличивает потребность в кислороде
5. увеличивает сократительную работу миокарда

229. КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

1. диффузный гиперкинез
2. диффузный гипокинез
3. локальный гипокинез
4. локальный гиперкинез

230. ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО:

1. локализация за грудиной
2. длительность более 30 минут
3. иррадиация в левую ключицу, плечо, шею
4. сжимающий, давящий характер
5. все перечисленное

231. АБСОЛЮТНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов
2. увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
3. высокий уровень в моче 5-оксиндолуксусной кислоты
4. низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче

5. отсутствие гипотензивного эффекта альфа-адреноблокаторов

232. ПО КАКОЙ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ЛИНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА:

1. по передней срединной линии
2. по левой стеральной линии
3. на 1 см кнаружи от левой стеральной линии
4. по левой парастеральной линии
5. по левой срединно-ключичной линии

233. В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ:

1. воды
2. поваренной соли
3. углеводов
4. жиров
5. всего перечисленного

234. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ:

1. развития инфаркта миокарда
2. тромбоэмболии мозговых сосудов
3. развития фатальных нарушений ритма сердца
4. развития легочной гипертензии
5. развития венозной недостаточности

235. ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЦИАНОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. диффузный характер, серый оттенок, «теплый» цианоз
2. дистальная локализация (акроцианоз), «холодный» цианоз
3. ни одна из перечисленных характеристик

236. БОЛЬНАЯ 80 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В ОТДЕЛЕНИЕ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ ЗАДНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ЗА ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНОЙ ПЕРИОДИЧЕСКИ ВОЗНИКАЮТ ЭПИЗОДЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ С ЭПИЛЕПТИФОРМНЫМИ СУДОРОГАМИ И ДЫХАНИЕМ ТИПА ЧЕЙН-СТОКСА. НА ЭКГ: ЗУБЦЫ R НЕ СВЯЗАНЫ С КОМПЛЕКСАМИ QRS ЖЕСТКИМ ИНТЕРВАЛОМ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА P-P = 0,80 с, R-R = 1,5 с, ЧСС 35 в мин. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. эпилепсия
2. полная атриовентрикулярная блокада
3. брадикардическая форма мерцания предсердий

4. фибрилляция желудочков
5. синусовая брадикардия

237.ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТА ДАВЛЕНИЕ В МАНЖЕТЕ СЛЕДУЕТ СНИЖАТЬ СО СКОРОСТЬЮ (В ММ/СЕК):

1. 0,5
2. 1 – 2
3. 3 – 5
4. 6 – 9
5. 10 и более

238.НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТАХ ОРТОСТАТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ:

1. систолическое давление
2. диастолическое давление
3. пульсовое давление
4. частота сердечных сокращений стоя
5. диастолическое давление лежа

239.АНАСАРКА – ЭТО:

1. скопление жидкости в брюшной полости
2. скопление жидкости в плевральной полости
3. скопление жидкости в полости перикарда
4. отеки на ногах
5. общий распространенный отек

240.НЕ ВХОДИТ В ХАРАКТЕРИСТИКУ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ:

1. окружность живота
2. толщина кожной складки
3. масса тела
4. индекс Кетле
5. наличие отеков

241.У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРАВАЯ ГРАНИЦА АБСОЛЮТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ РАСПОЛОЖЕНА:

1. по правому краю грудины
2. на 1,5см кнаружи от правого края грудины
3. по срединной линии
4. по левому краю грудины
5. на 1,5 см кнутри от левого края грудины

242. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. преднагрузка объемом крови
2. постнагрузка высоким АД
3. неэффективные сердечные ритмы
4. снижение сократимости миокарда
5. снижение диуреза, увеличение ОЦК

243. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. острый инфаркт миокарда
2. тромбоэмболия легочной артерии
3. дисфункция синусового или атриовентрикулярного узла
4. перикардальная тампонада сердца
5. падение артериального давления

244. НЕ ОТНОСИТСЯ К СИНДРОМУ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. появление холодного пота
2. малый частый пульс
3. озноб
4. обилие влажных хрипов в нижних отделах легких
5. внезапная одышка

245. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. диспноэ и ортопноэ
2. никтурия более 15%
3. появление III тона в положении лежа
4. положительная проба с гипотиазидом
5. колебания артериального давления более 15% в сутки

246. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. гепатомегалия
2. набухшие шейные вены
3. застойные хрипы в легких
4. длительные отеки
5. кардиалгии

247.АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 130-139/85-89 ММ. РТ. СТ.
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК:

1. нормальное
2. высокое нормальное
3. гипертония 1 степени
4. гипертония 2 степени
5. гипертония 3 степени

248.НЕ ВХОДИТ В ОБЯЗАТЕЛЬНУЮ СХЕМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ
БОЛЬНОГО С ВПЕРВЫЕ ВЫВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ:

1. трехкратное измерение случайного и базального АД
2. УЗИ щитовидной железы
3. оценка состояния глазного дна
4. определение содержания креатинина и мочевины в сыворотке крови
5. запись ЭКГ

249.ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ НИТРАТОВ:

1. брадикардия;
2. гипотония;
3. экстрасистолия;
4. а-в блокады;
5. нарушение сна.

250.НЕ ТИПИЧЕН ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ
СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК:

1. тахикардия
2. артериальная гипертония
3. скорый пульс
4. увеличение левой границы сердца
5. акцент II тона на аорте

251.НЕ ТИПИЧЕН ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО
КЛАПАНА СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК:

1. увеличение левой границы сердца
2. ослабление I тона на верхушке сердца
3. акцент II тона на легочной артерии
4. появление IV тона сердца
5. увеличение правой границы сердца

252.ДЛЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ШУМА ТИПИЧЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК:

1. усиливается при прижатии стетоскопа
2. непостоянный
3. выслушивается на ограниченном участке
4. усиливается после физической нагрузки
5. проводится по току крови

253.У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОМПЛЕКСА QRS НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В СЕК.):

1. 0,01
2. 0,03
3. 0,05
4. 0,08
5. 0,1

254.НЕ ОТНОСИТСЯ К ЭКГ – ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА:

1. полная блокада правой ножки пучка Гиса
2. углубление QIII и SI
3. увеличение RII в III отведении
4. подъем сегмента STIII, AVF
5. удлинение PQ

255.ГЛАВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. величина почасового диуреза
2. уровень активности ферментов крови
3. частота сердечного ритма
4. диастолическое давление
5. интенсивность и продолжительность кардиалгии

256.НЕ ОТНОСИТСЯ К УГРОЖАЮЩИМ НАРУШЕНИЯМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА:

1. пароксизмальная желудочковая тахикардия
2. полная атриовентрикулярная блокада
3. ранняя желудочковая экстрасистолия
4. мерцательная аритмия
5. пароксизм трепетания предсердий

257. ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сухой надсадный кашель
2. появление розовой, жидкой, пенистой мокроты
3. диффузный цианоз
4. инспираторная одышка
5. тахипноэ более 25 в минуту

258. ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБЪЕМОМ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности аортального клапана
2. стенозе митрального отверстия
3. незаращении овального отверстия
4. стенозе аортального отверстия
5. триаде Фалло

259. ПЕРЕГРУЗКА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБЪЕМОМ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности аортального клапана
2. стенозе митрального отверстия
3. незаращении овального отверстия
4. стенозе аортального отверстия
5. коарктации аорты

260. ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДАВЛЕНИЕМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

1. недостаточности аортального клапана
2. стенозе митрального отверстия
3. недостаточности митрального клапана
4. стенозе аортального отверстия
5. тетраде Фалло

261. ПЕРЕГРУЗКА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДАВЛЕНИЕМ ВОЗМОЖНА ПРИ:

1. недостаточности аортального клапана
2. инфаркте миокарда
3. коарктации аорты
4. стенозе аортального отверстия

5. стенозе легочной артерии

262. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭРИТРОЦИТОЗА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СПОСОБСТВУЮТ:

1. бластная трансформация эритроидного ростка
2. активация выработки в почках эритропоэтина
3. увеличение селезенки
4. гипер- и тахипноэ
5. гипоксия мозга

263. ТОНОГЕННОЙ ДИЛЯТАЦИЕЙ СЕРДЦА НАЗЫВАЕТСЯ:

1. расширение полостей сердца без снижения сократимости
2. расширение полостей сердца со снижением сократимости
3. кардиосклероз
4. любое увеличение мышечной массы сердца
5. увеличение всех тканей сердца

264. МИОГЕННОЙ ДИЛЯТАЦИЕЙ СЕРДЦА НАЗЫВАЕТСЯ:

1. расширение полостей сердца без снижения сократимости
2. расширение полостей сердца со снижением сократимости
3. кардиосклероз
4. любое увеличение мышечной массы сердца
5. увеличение всех тканей сердца

265. СЕРДЕЧНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

1. коарктации аорты
2. аневризме аорты
3. трикуспидальной недостаточности
4. аортальной недостаточности
5. стенозе аортального клапана

266. ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. гипертрофией правого желудочка при заболеваниях легких
2. гипертрофией правого желудочка при митральном стенозе
3. гипертрофией левого желудочка при аортальном стенозе
4. дилатацией левого желудочка при недостаточности аортального клапана
5. дилатацией правого предсердия при недостаточности трикуспидального клапана

267.ПОНИЖЕНИЕ ТОНУСА АРТЕРИОЛ ВЫЗЫВАЕТ:

1. брадикинин
2. ангиотензин
3. вазопрессин
4. стимуляторы альфа-адренорецепторов сосудов

268.ПОВЫШЕНИЮ ТОНУСА АРТЕРИОЛ СПОСОБСТВУЕТ:

1. понижение концентрации кальция в крови
2. повышение концентрации глюкокортикоидов в крови
3. понижение концентрации натрия в крови
4. понижение концентрации глюкокортикоидов в крови

269.ПОВЫШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ РЕНИНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. снижении перфузии почек
2. гипогликемии
3. ишемии мозгового вещества надпочечников

270.НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ
АЛЬДОСТЕРОНА НАДПОЧЕЧНИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вазопрессин
2. гиперволемиа
3. ренин
4. адреналин
5. ангиотензин

271.НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ
АДРЕНАЛИНА МОЗГОВЫМ ВЕЩЕСТВОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ
ЯВЛЯЕТСЯ:

1. альдостерон
2. вазопрессин
3. адреналин
4. ренин
5. ацетилхолин

272.НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ СТИМУЛЯТОРОМ СЕКРЕЦИИ
АДРЕНАЛИНА МОЗГОВЫМ ВЕЩЕСТВОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ
ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ангиотензин
2. никотин

3. АКТГ
4. адреналин
5. вазопрессин

273. РЕФЛЕКТОРНАЯ БРАДИКАРДИЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ СИСТЕМОГО АД ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ВОЗБУЖДЕНИЯ:

1. хеморецепторов каротидного синуса
2. барорецепторов устьев полых вен
3. барорецепторов легочных вен
4. барорецепторов каротидного синуса

274. К ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. инсульт
2. гломерулонефрит
3. сморщенную почку
4. инфаркт миокарда

275. К ЭНДОКРИННЫМ СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ГИПЕРТЕНЗИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. феохромоцитома
2. ренопривная гипертензия
3. синдром Конна
4. синдром Иценко-Кушинга

276. К СОСУДИСТЫМ СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ГИПЕРТЕНЗИЯМ ОТНОСИТСЯ:

1. феохромоцитома
2. ренопривная гипертензия
3. синдром Конна
4. синдром Иценко-Кушинга
5. атеросклероз

277. ПОЧЕЧНАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. феохромоцитоме
2. гломерулонефрите
3. синдроме Конна
4. синдроме Иценко-Кушинга

5. атеросклерозе

278. НИКОТИН СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПУТЕМ СТИМУЛЯЦИИ:

1. рецепторов клубочковой зоны коры надпочечников
2. рецепторов мышц сосудов
3. мозгового вещества надпочечников
4. выработки почечных простагландинов
5. выработки сосудистых простагландинов

279. РЕНИН НЕПОСРЕДСТВЕННО ДЕЙСТВУЕТ НА:

1. альдостерон
2. ангиотензиноген
3. клубочковую зону коры надпочечников
4. мозговое вещество надпочечников
5. ангиотензин-конвертазу

280. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ СПОСОБСТВУЕТ:

1. гиперволемиа
2. усиленная выработка вазоконстрикторов
3. повышение периферического сопротивления
4. развитие атеросклероза
5. повышенная секреция натрийуретического гормона

281. В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ УЧАСТВУЕТ:

1. ишемия сосудистой стенки
2. гипернатриемия
3. гипертонус артерий
4. гиперкалиемия

282. ЭНДОГЕННЫМ ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ВЕЩЕСТВОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. катехоламины
2. эндотемины
3. оксид азота
4. антидиуретический гормон

283. ЭНДОГЕННЫМ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ВЕЩЕСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. брадикинин

2. катехоламины
3. цАМФ
4. антидиуретический гормон

284.ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА:

1. альдостерома
2. феохромоцитомы
3. тиреотоксикоз
4. гломерулонефрит
5. коарктация аорты

285.КАКОЙ ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ НЕ ИГРАЕТ СУЩЕСТВЕННОЙ РОЛИ В ПОВЫШЕНИИ СИСТЕМНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

1. гиперволемию
2. задержка калия
3. задержка натрия
4. гиперсекреция ренина

286.КАКОЙ ГОРМОН ИГРАЕТ ГЛАВНУЮ РОЛЬ В ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ:

1. альдостерон
2. кортизол
3. адреналин
4. АКТГ
5. тироксин

287.СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ - ЭТО МЕТОД:

1. длительное мониторирование ЭКГ пациента в условиях постельного режима при остром инфаркте миокарда для регистрации нарушений ритма и проводимости
2. длительная регистрация ЭКГ в целях наблюдения за ЧСС пациента
3. длительная регистрация ЭКГ пациента в условиях его обычной жизнедеятельности

288.СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО:

1. при жалобах на перебои в работе сердца
2. при нарушениях ритма, выявленных на ЭКГ покоя
3. при 1. и 2.

289.СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПОКАЗАНО:

1. пациентам с ИБС для оценки количества болевых и безболевых эпизодов, контроля терапии
2. пациентам со стенокардией Принцметала и Х-синдромом
3. при 1. и 2.

290.ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПРИ НАЛИЧИИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:

1. показано для оценки частоты сердечных сокращений в течение суток
2. не показано
3. можно проводить при наличии сопутствующей ИБС или при подозрении на ИБС

291.МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. с помощью 4-х электродов, наложенных в точках V1, V2, V4, V5
2. с помощью 5-ти электродов, образующих модифицированные отведения V1, V5 и один заземляющий электрод
3. ни то, ни другое

292.ПРИ ПОДБОРЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ СЧИТАЕТСЯ:

1. снижение числа желудочковых экстрасистол на 70% и более
2. уменьшение числа приступов желудочковой тахикардии на 100% и более
3. и то, и другое

293.ДЛЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ХАРАКТЕРНЫ:

1. снижение ST на 1-2 мм, суммарная продолжительность ишемии за сутки до 30 минут
2. снижение ST на 3 мм и более, суммарная продолжительность ишемии за сутки 60 минут и более с пробежками экстрасистолии
3. сочетание приступа стенокардии клинически и депрессии ST до 2 мм при мониторинговании

294. ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЧИТАЕТСЯ:

1. синусовые паузы более 2-3 сек.
2. синусовая брадикардия более 50 ударов в минуту
3. синусовая аритмия с разницей интервалов RR до 0,2 сек.

295. ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ РЕДКАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. у большинства здоровых людей
2. в единичных случаях
3. у здоровых людей ее не должно быть

296. ПРИМЕНИМА ЛИ КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛИЙ ПО ЛАУНУ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДАННЫХ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ:

1. применима во всех случаях
2. применима при ИБС
3. не применима

297. УКАЖИТЕ, ЗА СЧЕТ КАКИХ ПРИЧИН СНИЖАЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА:

1. отсутствие отведения, регистрирующего потенциалы задней стенки левого желудочка
2. отсутствие значительного увеличения ЧСС при выполнении бытовых нагрузок
3. оба пункта

298. КАК ОЦЕНИВАЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ПРОБНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ:

1. уменьшение количества желудочковых экстрасистол за сутки на 80-90%

2. уменьшение количества желудочковых экстрасистол за сутки на 50%
3. исчезновение желудочковых экстрасистол высоких градаций по Лауну

299.КАК ОЦЕНИВАЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ
КОРОНАРОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ
ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ:

1. уменьшение эпизодов безболевой и болевой ишемии на 50% и более
2. исчезновение эпизодов болевой ишемии при сохранении безболевой ишемии
3. субъективное улучшение состояния

300.ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТА:

1. диагностика ИБС с определением функционального класса стенокардии напряжения
2. определение толерантности к физической нагрузке у здоровых лиц, пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы органов дыхания, другой экстракардиальной патологией
3. оба пункта

301.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ "ПАРНЫХ" ВЭМ И "РАННИХ" ВЭМ ЦЕЛЮ
ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

1. толерантности к физической нагрузке
2. функционального класса стенокардии напряжения
3. того и другого

302.ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЭМ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА:

1. провокация нарушений ритма не выявляемых на ЭКГ покоя, диф. диагностика "функциональной" и "органической" экстрасистолии
2. оценка эффективности антиаритмической терапии
3. оба пункта

303.ТИП НАГРУЗКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

1. ступенчатая непрерывно возрастающая
2. ступенчатая с перерывами на отдых после каждой ступени
3. непрерывная нагрузка постоянной мощности

304.МОЩНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС:

1. до достижения субмаксимальной ЧСС
2. до достижения максимальной ЧСС
3. оба пункта

305.УКАЖИТЕ АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВЭМ:

1. постинфарктная аневризма левого желудочка, фибрилляция желудочков в анамнезе, блокады ножек пучка Гиса на фоне хронической ИБС
2. острый септический эндокардит, ТЭЛА, острые внесердечные заболевания с повышением температуры тела
3. нарушение мозгового кровообращения в анамнеза, умеренная артериальная и легочная гипертензия, невыраженный мышечный субаортальный стеноз

306.КРИТЕРИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ РОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ:

1. ангинозная боль + "ишемическая депрессия ST сегмента
2. "ишемическая депрессия ST-сегмента + падение АД на 10-20 мм.рт.ст. без ангинозной боли
3. оба пункта

307.ОТМЕТЬТЕ ТЕ КРИТЕРИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, КОТОРЫЕ РАСЦЕНИВАЮТСЯ КАК ТЕСТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС:

1. повышение АД $>220/120$, сильная одышка или удушье
2. бледность, тошнота, головокружение + пароксизм мерцательной аритмии на ЭКГ
3. корытообразная (провисающая) депрессия сегмента ST > 1 мм + атипичный болевой синдром

308.ОТМЕТЬТЕ ТЕ КРИТЕРИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, КОТОРЫЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС:

1. частая экстрасистолия, более 4:40, в том числе спаренная и политопная, приступ пароксизмальной тахикардии
2. тахизависимая блокада ПНПГ, АВ-блокада I или II степени
3. оба пункта

309.ПРИЧИНЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ "НЕПОЛНЫХ" ТЕСТОВ (НЕ ДОВЕДЕННЫХ ДО СУБМАКСИМАЛЬНОЙ МОЩНОСТИ):

1. боли в икроножных мышцах, физическая усталость, одышка
2. раннее повышение АД > 220/120 мм.рт.ст., головокружение, тошнота, головная боль
3. оба пункта

310.ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОВЕДЕНИЕ ВЭМ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ?

1. является абсолютным противопоказанием
2. возможно в условиях специализированного отделения (учреждения) на фоне антиангинальной терапии после устранения болевого синдрома
3. возможно после проведения антиангинальной терапии в амбулаторных условиях

311.ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ:

1. оценка адекватности проводимой терапии
2. отбор пациентов на коронарографию
3. оба пункта

312.ПРЕИМУЩЕСТВА ТРЕДМИЛМЕТРИИ ПЕРЕД ВЕЛОЭРГОМЕТРИЕЙ:

1. физиологичность пробы
2. меньшая степень прироста АД при увеличении мощности нагрузки
3. оба пункта

313.АНЕВРИЗМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭХОКГ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. диастолической деформацией левого желудочка
2. гипокинезией участка миокарда левого желудочка
3. гиперкинезией участка миокарда левого желудочка

314. В НОРМЕ ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА:

1. 30-40 процентов
2. 55-70 процентов
3. 10-20 процентов

315. В НОРМЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ:

1. 2 папиллярные мышцы
2. 4 папиллярные мышцы
3. 1 папиллярная мышца

316. В НОРМЕ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ИМЕЕТ:

1. 2 створки
2. 4 створки
3. 3 створки

317. КАК РАСЦЕНИТЬ НАЛИЧИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ И НАРУШЕНИЙ РИТМА:

1. как норму
2. как патологию

318. В НОРМЕ ЛЕГОЧНЫЕ ВЕНЫ ВПАДАЮТ В:

1. правое предсердие
2. левое предсердие
3. в оба предсердия

319. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ:

1. до нормализации АД
2. курсами 2 - 4 недели, не реже 3 - 4 раз в год
3. курсами по 1 - 2 месяца 2 - 3 раза в год
4. непрерывно

320. ИНГИБИТОРОМ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эналаприл

2. клофелин
3. лозартан
4. празозин
5. лабетолол

321.ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. эналаприл
2. клофелин
3. лозартан
4. празозин
5. лабетолол

322.β-БЛОКАТОРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ:

1. тиреотоксикозе
2. бронхиальной астме
3. нефрогенной артериальной гипертензии
4. суправентрикулярной экстрасистолии
5. остром инфаркте миокарда

323.АТЕНОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кардиоселективным β-блокатором
2. кардионеселективным β-блокатором
3. кардионеселективным β-блокатором с внутренним симпатомиметическим эффектом
4. блокатором α- и β-рецепторов.

324.β-БЛОКАТОРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ С:

1. гипокинетическим типом гемодинамики
2. гиперкинетическим типом гемодинамики
3. независимо от типа гемодинамики

325.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. обзидан

2. клофелин
3. каптоприл
4. фентоламин

326. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ИНГИБИТОРА АПФ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сухость во рту
2. сухой кашель
3. задержка жидкости и отеки
4. нарушение цветоощущения

327. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДИУРЕТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

1. только как монотерапия
2. как монотерапия и в сочетании с др. гипотензивными препаратами
3. только в сочетании с другими гипотензивными препаратами

328. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ НА МИОКАРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. снижении постнагрузки
2. снижении преднагрузки
3. увеличении постнагрузки
4. увеличении преднагрузки

329. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ НИТРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сустак форте
2. нитрогранулонг
3. нитронг форте
4. моносан
5. эринит

330. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. чередование разных препаратов из группы нитратов
2. прерывистый прием
3. постепенное повышение дозы
4. сочетание с аспирином
5. сочетание с β -блокатором

331. БЛИЗОК К НИТРАТАМ ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ:

1. молсидомин

2. дипиридамол
3. предуктал
4. лозартан

332.АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ТРИМЕТАЗИДИНА (ПРЕДУКТАЛА) СВЯЗАН:

1. со снижением преднагрузки на левый желудочек
2. со снижением постнагрузки на левый желудочек
3. со снижением контрактильности миокарда
4. с цитопротекторным действием

333.НЕ ОБЛАДАЮТ АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ГРУППЫ:

1. верапамила
2. дилтиазема
3. нифедипина

334.ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:

1. в первые 6 часов
2. в первые 24 часа
3. в первые 48 часов
4. в любые сроки

335.β-БЛОКАТОРЫ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА:

1. показаны
2. противопоказаны

336.НИФЕДИПИНЫ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА:

1. показаны
2. противопоказаны

337.АСПИРИН ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ НА:

1. 2-3 недели
2. 2 - 3 месяца
3. 2 - 3 года

338.ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ С НОРМАЛЬНЫМ АД СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ:

1. анаприлин и фуросемид
2. фуросемид и нитроглицерин
3. нитроглицерин и атропин
4. атропин и каптоприл
5. каптоприл и анаприлин

339.ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ С НИЗКИМ АД ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ:

1. фуросемида
2. пентамина
3. дофамина
4. нитропрусида натрия
5. нитроглицерина

340.УГНЕТЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ:

1. гепарина
2. непрямых антикоагулянтов
3. низкомолекулярного гепарина
4. аспирина
5. тромболитиков

341.АСПИРИН, НАЗНАЧЕННЫЙ ПРИ ИБС, ДЕЙСТВУЕТ НА:

1. вязкость крови
2. тромбиновую активность
3. фибринолиз
4. агрегацию эритроцитов
5. агрегацию тромбоцитов

342.ПРИ СОДЕРЖАНИИ В КРОВИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА БОЛЕЕ 240 МГ/ДЛ (6,2 ММОЛЬ/Л) И ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП БОЛЕЕ 160 МГ/ДЛ (4,1 ММОЛЬ/Л) НЕОБХОДИМО:

1. немедленно назначить соответствующую диету и гиполипидемическую терапию

2. назначить диету на 3 - 4 недели, а затем решить вопрос о назначении гиполипидемической терапии
3. назначить диету на 3 - 6 месяцев, а затем решить вопрос о назначении гиполипидемической терапии
4. наблюдать больного в течение 1 года с исследованием липидов крови 1 раз в 2 месяца, а затем решить вопрос о назначении диеты и гиполипидемической терапии

343. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ГРУППОЙ ХОЛЕСТЕРИНСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. фибраты
2. статины
3. секвестранты желчных кислот
4. препараты никотиновой кислоты

344. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗКИМ ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. никотиновая кислота
2. холестерамин
3. ципрофибрат
4. ловастатин

345. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

1. показаны в любой стадии
2. показаны только при НК 11Б - 111 ст.
3. показаны только при сочетании с артериальной гипертензией
4. противопоказаны

346. БЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮТ НА ПРОГНОЗ И УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

1. ингибиторы АПФ
2. ганглиоблокаторы
3. сердечные гликозиды
4. добутамин

347.β-БЛОКАТОРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

1. противопоказаны, так как снижают сердечный выброс
2. показаны только в сочетании с диуретиками, сердечными гликозидами и ингибиторами АПФ
3. показаны как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими препаратами

348.СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. нарушение вкусового ощущения
2. нарушение цветоощущения
3. нарушение тактильной чувствительности на кистях
4. нарушение слуха

349.ДОЗА АТЕНОЛОЛА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0,5 и 0,1
2. 0,05 и 0,1
3. 0,005 и 0,01
4. 0,005 и 0,001
5. 0,0005 и 0,001

350.ДОЗА ВЕРАПАМИЛА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0,4 и 0,8
2. 0,04 и 0,08
3. 0,004 и 0,008
4. 0,0004 и 0,0008

351.ПРАВИЛЬНО ВЫПИСЫВАЕТСЯ ГЕПАРИН:

1. Heparini 2500 ED
2. Heparini 25000 ED
3. Heparini 5 ml (1ml - 500 ED)
4. Heparini 5 ml (1ml - 5000 ED)
5. Heparini 5 ml (1 ml - 2500 ED)
6. Heparini 5 ml (1ml - 25000 ED)

352.ДОЗА ДИГОКСИНА В ТАБЛЕТКАХ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0,25
2. 0,025

3. 0,0025
4. 0,00025
5. 0.000025

353.РЕНИТЕК ВЫПУСКАЕТСЯ В ДОЗИРОВКАХ:

1. 0,01, 0,02, 0,05
2. 0,001, 0.002, 0,005
3. 0,005, 0,01, 0,02
4. 0,0005, 0,001, 0,002

354.ДОЗИРОВКА ИЗОПТИНА SR СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0,4
2. 0,04
3. 0,8
4. 0,08
5. 0,24
6. 0,024

355.ДОЗИРОВКА КАРДИКЕТА В ТАБЛЕТКАХ:

1. 0,2
2. 0,02
3. 0,002
4. 0,0002

356.ДОЗА КЛОФЕЛИНА В ТАБЛЕТКАХ:

1. 0,75
2. 0,075
3. 0,0075
4. 0,00075
5. 0,000075

357.ДОЗИРОВКА 1 ТАБЛЕТКИ НИТРОГЛИЦЕРИНА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0,001
2. 0.0001
3. 0,00001
4. 0,005

5. 0,0005
6. 0,00005

358. ДОЗА 1 ТАБЛЕТКИ АРИФОНА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0,25
2. 0,025
3. 0,0025
4. 0,5
5. 0,05
6. 0,005

512. Наиболее информативными признаками некроза кардиомиоцитов являются тропонины -----и-----.

513. Тромболитическая терапия при ОКС показана при -----ST.

514. Критерием ХСН III ФК при 6-минутной ходьбе является расстояние в-----м.

515. Нормальное давление в правом предсердии составляет от -----и до-----мм рт. ст.

515. Наиболее атерогенными дислипидемиями по классификации Фредериксена являются типы-----,-----,-----.

516. При митральном стенозе выслушивается -----шум.

517. При митральной недостаточности выслушивается-----шум

518. При аортальном стенозе выслушивается -----шум.

519. При аортальной недостаточности выслушивается -----шум.

520. Оптимальным уровнем АД является -----мм рт.ст.

521. В норме разница в уровне систолического АД на вдохе должна быть не более-----мм рт. ст.

522. При митральном стенозе I тон на верхушке -----.

523. При митральной недостаточности I тон на верхушке -----.

524. При аортальной недостаточности II тон в точке аускультации аорты -----.

525. »Ритм перепела« выслушивается при-----.

526. А-в блокада диагностируется при удлинении PQ более-----.

527. Признаком некроза на ЭКГ является зубец-----.

528. Признаком субэпикардialного (трансмурального) повреждения является-----ST.

529. К средствам нейролептанальгезии относятся препараты -----и-----.

530. Наиболее эффективен тромболизис в первые-----часов.

531. Признаком инфаркта миокарда с локализацией в перегородочной области являются-----,-----отведения.

532. Признаком инфаркта миокарда с локализацией в области верхушки являются-----,-----отведения.

533. Признаком инфаркта миокарда с локализацией в боковой области являются-----,-----отведения.

534. Признаком инфаркта миокарда в нижней стенке являются----,-----,---
отведения.

535. Феохромоцитома является опухолью-----слоя надпочечников.

536. Первичный гиперальдостеронизм является опухолью-----
надпочечников.

537. Наиболее неблагоприятны для развития ИБС является----- тип ожирения.

538. Установите соответствие:

А. Инфаркт миокарда нижней стенки **1.П**

Б.Инфаркт миокарда передне- 2. I

перегородочной области 3.И

4.V

5.V

539. Установите соответствие:

А.Неселективные бетаблокаторы 1.пропранолол

Б.Селективные бетаблокаторы

2.тразикор

3.метопролол

4.карведилол

5.бисопролол

6.атенолол

540. Установите соответствие:

Признаки:

А. Хроническая левожелудочковая

1. Влажные хрипы в легких при аускультации

недостаточность

2. Отеки нижних конечностей

Б. Хроническая правожелудочковая

3. Асцит

недостаточность

4. Набухшие шейные вены

5. Положение ортопное.

541. Установите соответствие:

Признаки:

А. Гипертрофия правого желудочка

1. Высокая амплитуда R в V1,2

2. Высокая амплитуда R в V5,6

3. Глубокие S в V1,2

Б. Гипертрофия левого желудочка

4. Глубокие и широкие S в V5,6

5. Сдвиг переходной зоны вправо

6. Сдвиг переходной зоны влево

542. Установите соответствие:

Признаки:

А. Аортальная недостаточность

1. Быстрый и скачущий пульс

Б. Аортальный стеноз

2. Капиллярный пульс

3. Высокое пульсовое давление

шеи

4.Систолический шум на сосудах

5.Диастолический шум в R2

6.Низкое систолическое АД

543.Установите соответствие:

Препараты:

А.К бетаблокаторам относятся

1.Верапамил

Б. К антагонистам кальция относятся

2.Эналаприл

В. К ИАПФ относятся

3.Пропранолол

4.Нифедипин

5.Лизиноприл

5. Атенолол

544.Установите соответствие:

Препараты:

А.К диуретикам относятся

1.Варфарин

Б. К дезагрегантам относятся

2.Гепарин

В. К антикоагулянтам относятся

3.Плавикс

4.Курантил

5.Триампур

6.Индапамид

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

01. У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ОТСТАВАНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ДЫХАНИИ, ПРИТУПЛЕНИЕ НИЖЕ УРОВНЯ 3-ГО РЕБРА, ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ И БРОНХОФОНΙΑ ТАМ ЖЕ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - СМЕЩЕНИЕ СЕРДЦА ВЛЕВО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
1. экссудативный плеврит;
 2. крупозная пневмония;
 3. ателектаз;
 4. пневмоцирроз;
 5. пневмоторакс.
02. ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. нарушение сознания;
 2. тахипноэ;
 3. обильная мокрота;
 4. уменьшение дыхательных шумов;
 5. признаки острого легочного сердца.
03. ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. экспираторная одышка;
 2. дистантные сухие хрипы;
 3. мелкопузырчатые влажные хрипы;
 4. кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой.
04. У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СМЕЩЕНА ВНИЗ. ВАШ ДИАГНОЗ:
1. гидропневмоторакс;
 2. фиброз;
 3. диффузная эмфизема легких;
 4. бронхиальная астма;
 5. лобулярная пневмония.

05. У БОЛЬНОГО ГРУДНАЯ КЛЕТКА НОРМАЛЬНОЙ ФОРМЫ, СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ НЕТ, ТУПОЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ЗВОНКИЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ И ОТЧЕТЛИВАЯ КРЕПИТАЦИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. лобарная пневмония;
2. эмфизема;
3. пневмоторакс;
4. бронхоэктазы;
5. фиброз легкого.

06. ПОСЛЕ ПРОРЫВА ОСТРОГО ОДИНОЧНОГО АБСЦЕССА В БРОНХИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. повышение температуры тела до 39° С и выше;
2. кашель с выделением большого количества мокроты с неприятным запахом;
3. улучшение общего состояния;
4. кровохарканье.

07. ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ:

1. гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту;
2. картина ателектаза;
3. тяжистый легочный рисунок;
4. очаговые тени;
5. диффузное снижение прозрачности.

08. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРИ:

1. пневмотораксе;
2. фиброзирующем альвеолите;
3. плевральном выпоте;
4. раке легкого;
5. эмфиземе легких.

09. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. правожелудочковой недостаточность;
2. эритроцитоз;
3. дыхательная недостаточность;
4. левожелудочковая недостаточность;
5. бронхогенный рак.

10. РЕСТРИКТИВНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА:
1. кифосколиозом;
 2. фиброзирующим альвеолитом;
 3. ожирением;
 4. стенозом гортани;
 5. экссудативным плевритом.
11. НЕ УЧАСТВУЕТ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:
1. альвеолярный отек;
 2. отек слизистой бронхов;
 3. бронхоспазм;
 4. повышенная секреция слизи;
 5. нарушение выделения мокроты.
12. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. задержка мокроты;
 2. ларингоспазм;
 3. воспаление бронхов;
 4. бронхоспазм;
 5. отек слизистой оболочки.
13. ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОКАЗЫВАЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ:
1. диффузионная способность (по CO_2);
 2. остаточный объем;
 3. максимальная вентиляция легких (МВЛ);
 4. проба Тиффно;
 5. жизненная емкость легких (ЖЕЛ).
14. ПРИЗНАК, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ В ФАЗЕ ОПЕЧЕНЕНИЯ:
1. отставание одной половины грудной клетки при дыхании;
 2. мелкопузырчатые влажные хрипы;
 3. притупление соответственно доле;
 4. усиленная бронхофония;
 5. бронхиальное дыхание в зоне притупления.
15. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ:
1. стойком выпоте;
 2. подозрении на эмпиему плевры;
 3. подозрении на раковую этиологию;
 4. неясных причинах выпота;
 5. синдроме Дресслера.

16. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ХНЗЛ:
1. энтеральный;
 2. внутримышечный;
 3. внутривенный болюсный;
 4. внутривенный капельный;
 5. эндотрахеальный.
17. ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. коробочный перкуторный звук;
 2. удлинённый выдох;
 3. рассеянные сухие хрипы на выдохе;
 4. бронхиальное дыхание;
 5. экспираторная одышка.
18. У МУЖЧИНЫ 23 ЛЕТ СРЕДИ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕ СИЛЬНОГО КАШЛЯ ВОЗНИК ПРИСТУП РЕЗКИХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: СПРАВА ТИМПАНИТ, ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ И БРОНХОФОНИИ. ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. крупозная пневмония;
 2. острый бронхит;
 3. плеврит;
 4. тромбоэмболия легочной артерии;
 5. спонтанный пневмоторакс.
19. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКИХ:
1. гектическая лихорадка;
 2. тонкостенная полость без уровня жидкости;
 3. эластические волокна в мокроте;
 4. нейтрофильный лейкоцитоз;
 5. примесь крови в мокроте.
20. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:
1. одышка;
 2. тахикардия;
 3. акроцианоз;
 4. блокада правой ножки пучка Гиса;
 5. бочкообразная грудная клетка.
21. НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ ПРОВЕДЕНИЕ:

1. рентгеноскопии легких;
 2. томографии легких;
 3. бронхоскопии;
 4. бронхографии;
 5. спирографии.
22. К ПРОЯВЛЕНИЯМ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. надсадный кашель;
 2. сухие свистящие хрипы;
 3. экспираторная одышка;
 4. затруднение выделения мокроты;
 5. инспираторная одышка.
23. У 60-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПАРОКСИЗМЫ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОХОДЯЩИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО ИЛИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ. ОБСУЖДАЕТСЯ ВОПРОС О НАЗНАЧЕНИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ПРИМЕНЕНИЕ:
1. кордарона;
 2. коринфара;
 3. новокаиनाмида;
 4. обзидана;
 5. дигоксина.
24. К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НЕ ПРИВОДИТ:
1. хронический обструктивный бронхит;
 2. силикоз;
 3. фиброзирующий альвеолит;
 4. ожирение;
 5. острая пневмония.
25. У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ВНЕЗАПНО РАЗВИЛАСЬ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ОДЫШКА СМЕШАННОГО ХАРАКТЕРА, СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ В ПРОЕКЦИИ СРЕДНЕГО ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ СПРАВА. НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ S В ПЕРВОМ И Q В ТРЕТЬЕМ СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ. МОЖЕТ ОБУСЛОВИТЬ ПРИВЕДЕННУЮ ВЫШЕ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ:
1. острый инфаркт миокарда;
 2. спонтанный пневмоторакс;

3. бронхиальная астма;
 4. тромбоэмболия легочной артерии;
 5. очаговая пневмония.
26. НЕ СПОСОБСТВУЕТ ПЕРЕХОДУ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО В ХРОНИЧЕСКИЙ:
1. большой размер гнойной полости;
 2. недостаточный бронхиальный дренаж;
 3. наличие секвестра легочной ткани в полости абсцесса;
 4. неадекватное лечение;
 5. анаэробный характер флоры.
27. ПАЦИЕНТ 40 ЛЕТ, КУРИЛЬЩИК, ЖАЛУЕТСЯ НА СУХОЙ КАШЕЛЬ В ТЕЧЕНИЕ МНОГИХ МЕСЯЦЕВ. ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ ПОХУДЕЛ НА 4 КГ. ОБЪЕКТИВНО: ШЕЯ И ЛИЦО ОДУТЛОВАТЫ, ЦИАНОЗ ГУБ. ПУЛЬС - 102 В МИНУТУ. АД - 165/95 ММ РТ.СТ., ПАЛЬПИРУЮТСЯ ПЛОТНЫЕ НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ СЛЕВА. СОЭ - 70 ММ/ЧАС. ГЕМОГЛОБИН - 175 Г/Л. ЛЕЙКОЦИТЫ - 9000. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:
1. болезнь Кушинга;
 2. рак легкого;
 3. хроническая пневмония;
 4. эхинококкоз легкого;
 5. туберкулез легкого.
28. У БОЛЬНОГО 27 ЛЕТ 3 ДНЯ ТОМУ НАЗАД ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ, ЛИХОРАДКА ДО 38,9 С. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ПЕРКУТОРНО ОТ 3-ГО МЕЖРЕБЕРЬЯ СПЕРЕДИ И ОТ СЕРЕДИНЫ МЕЖЛОПАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА СЗАДИ - ТУПОЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ СМЕЩЕНА НА 1,5 СМ КНАРУЖИ ОТ СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ. ЭТИМ ДАННЫМ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗ:
1. очаговая пневмония в нижней доле справа;
 2. крупозная пневмония справа;
 3. обострение хронического бронхита;
 4. правосторонний экссудативный плеврит;
 5. правосторонний гидроторакс.
29. ГЛАВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВИЧНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:
1. инфекционный;
 2. эндогенная интоксикация;
 3. раздражение поллютантами;

4. аллергия.
30. ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:
1. повышения воздушности легких;
 2. наличия жидкости в полости плевры;
 3. нарушения бронхиальной проходимости;
 4. уплотнения легочной ткани;
 5. наличия полости в легочной ткани.
31. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ НАБЛЮДАЕМОЕ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ:
1. плеврит;
 2. абсцедирование;
 3. инфаркт легкого;
 4. эмпиема плевры.
32. У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, ПОВЫШЕННАЯ ПОТЛИВОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ ПРИ ДЫХАНИИ, ТЕМПЕРАТУРА 38 С, ДЫХАНИЕ - 28 В МИНУТУ, ПУЛЬС - 100 В МИНУТУ. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ СПРАВА ВНИЗУ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ТАМ ЖЕ ИНТЕНСИВНОЕ ПРИТУПЛЕНИЕ. ДЫХАНИЕ НАД НИЖНИМ ОТДЕЛОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОСЛАБЛЕНО. ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩЕНЫ ВЛЕВО. АНАЛИЗ КРОВИ: ЛЕЙК. - 12 ТЫС/МЛ, П/Я - 13%, ЛИМФ. - 13%, СОЭ - 38 ММ/Ч. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:
1. инфильтративный туберкулез легких;
 2. пневмония;
 3. экссудативный плеврит;
 4. ателектаз;
 5. спонтанный пневмоторакс.
33. ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ, ПРИ КОТОРОМ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ:
1. пневмококк;
 2. стрептококк;
 3. стафилококк;
 4. легионелла;
 5. вирус.
34. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МУКОЛИТИКОМ:
1. ацетилцистеин;
 2. йодид калия;
 3. бромид натрия;
 4. трипсин;

5. мукалтин.

35. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ:

1. в осенне-зимний период;
2. длительно;
3. не следует применять вообще;
4. при выделении гнойной мокроты;
5. при появлении кровохарканья.

36. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. анализ мокроты;
2. бронхоскопия;
3. томография;
4. бронхография;
5. сцинтиграфия легких.

37. РЕФЛЕКС ЭЙЛЕРА-ЛИЛЬЕСТРАНДА ВЫЗЫВАЕТ:

1. тахикардию;
2. центральное тахипноэ;
3. бронхиолоспазм;
4. спазм ветвей лёгочной артерии;
5. релаксацию диафрагмы.

38. ХАРАКТЕРИСТИКА МАССИВНОГО АТЕЛЕКТАЗА:

1. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону;
2. то же, но смещение в сторону притупления;
3. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы;
4. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония;
5. инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация.

39. ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО, СОЕДИНЕННОГО С БРОНХОМ:

1. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону;
2. то же, но смещение в сторону притупления;
3. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы;
4. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония;

5. инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация.
40. О БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ ПРОБЫ С ОБЗИДАНОМ:
1. прирост индекса Тиффно на 10%;
 2. прирост индекса Тиффно на 30%;
 3. прирост мощности вдоха на 10%;
 4. прирост мощности выдоха на 25%;
 5. уменьшение мощности выдоха на 25%.
41. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ II-ОЙ СТАДИИ НЕ ПРОВОДИТСЯ:
1. лечение эуфиллином;
 2. лечение ингаляционными стероидами;
 3. лечение преднизолоном или гидрокортизоном внутривенно;
 4. введение жидкостей;
 5. коррекция ацидоза.
42. НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА:
1. коробочный звук;
 2. инспираторная одышка;
 3. удлиненный выдох;
 4. сухие хрипы на выдохе;
 5. часто непродуктивный кашель.
43. ВИРУСНУЮ ПНЕВМОНИЮ ОТ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МОЖНО ОТЛИЧИТЬ ПО:
1. инфильтративным изменениям на рентгенограмме;
 2. лейкоцитозу со сдвигом влево;
 3. маловыраженным физикальным изменениям;
 4. соответствию пульса температуре.
44. К ПРИЗНАКАМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. легочно-капиллярное давление 20 мм рт.ст.;
 2. акцент II-го тона во 2-м межреберье слева;
 3. расширение конуса легочной артерии;
 4. диастолический шум на легочной артерии.
45. В ПРОИСХОЖДЕНИИ ПРИСТУПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ИГРАЕТ РОЛЬ:

1. аллергия немедленного типа;
 2. активация β -адренергических рецепторов;
 3. физическое усилие;
 4. прием медикаментов;
 5. химические раздражающие вещества.
46. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:
1. кетотифен;
 2. антагонисты кальция;
 3. интал;
 4. глюкокортикоиды;
 5. сердечные гликозиды.
47. ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО:
1. кристаллы Шарко-Лейдена;
 2. лейкоциты;
 3. эластические волокна;
 4. спирали Куршмана.
48. 62-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН:
1. коринфар;
 2. обзидан;
 3. нитросорбид;
 4. сустак;
 5. изоптин.
49. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН:
1. тразикор;
 2. коринфар;
 3. раунатин;
 4. каптоприл.
50. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОКАЗАН:
1. атропин;
 2. сальбутамол;
 3. интал;
 4. преднизолон;
 5. мукалтин.

51. ГЛАВНЫЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:

1. мокрота и одышка;
2. одышка и кашель;
3. кашель и мокрота.

52. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА:

1. угнетение вагусных влияний;
2. блокада медиаторов аллергических реакций;
3. угнетение фосфодиэстеразы;
4. активация адренорецепторов;
5. угнетение дыхательного центра.

53. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ФЕНОТЕРОЛА (БЕРОТЕКА)

1. снижение тонуса вагуса;
2. стимуляция β -рецепторов;
3. блокада β -рецепторов;
4. блокада гистаминорецепторов;
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов.

54. ПРОСТРАНСТВО ТРАУБЕ ИСЧЕЗАЕТ ПРИ:

1. левостороннем экссудативном плеврите;
2. эмфиземе легких;
3. гипертрофии правого желудочка сердца;
4. перфорации язвы желудка;
5. бронхоэктазах.

55. ОЧЕНЬ БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ - ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК:

1. хронической недостаточности кровообращения;
2. мезотелиомы плевры;
3. аденокарциномы бронха;
4. туберкулеза легких;
5. системной красной волчанки.

56. БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ, АЛКОГОЛИК, С ТЯЖЕЛЫМ КАРИЕСОМ ЗУБОВ. В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА, ЛИХОРАДКА, КАШЕЛЬ С ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЛОСТЬ 3 СМ В ДИАМЕТРЕ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ СПРАВА, НАПОЛНЕННАЯ ЖИДКОСТЬЮ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. бронхоэктазы;
2. абсцесс;

3. инфаркт легкого;
4. рак легкого;
5. туберкулез.

57. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ:

1. курение;
2. хронические воспалительные заболевания легких;
3. пневмокониозы;
4. алкоголизм;
5. мужской пол.

58. СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. экспираторное диспноэ;
2. кашель;
3. боль в груди;
4. лихорадка.

59. ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ:

1. нейтрофильный лейкоцитоз;
2. лимфоцитоз;
3. увеличение фибриногена;
4. сдвиг в формуле крови влево.

60. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ:

1. усилен;
2. не изменен;
3. ослаблен.

61. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. затемнение;
2. просветление.

62. К ВНЕЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. сердечная недостаточность;
2. инфекционно-токсический шок;
3. энцефалопатия;
4. инфекционно-токсическая почка;
5. порок сердца.

63. БОЛЬНОЙ 49 ЛЕТ В СВЯЗИ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАЗНАЧЕН ПРЕДНИЗОЛОН ВНУТРЬ 20 МГ В СУТКИ. ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПРИЗНАКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСЧЕЗЛИ, НО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ИЗЖОГА, "КИСЛАЯ ОТРЫЖКА". ПРОВЕДИТЕ КОРРЕКЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ:
1. срочно отменить преднизолон;
 2. вдвое уменьшить суточную дозу преднизолона;
 3. назначить препарат в той же дозе, но с интервалом в несколько дней;
 4. назначить М-холинолитики, антациды, заменить преднизолон бекотидом;
 5. назначить преднизолон парентерально.
64. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ В ГРУППЕ ХНЗЛ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. хронический бронхит;
 2. хроническая пневмония;
 3. бронхоэктатическая болезнь.
65. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
1. обструктивный;
 2. необструктивный функционально-нестабильный;
 3. необструктивный функционально-стабильный.
66. ТИП ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПНЕВМОСКЛЕРОЗЕ:
1. рестриктивный;
 2. обструктивный.
67. СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА:
1. акроцианоз и набухшие шейные вены;
 2. набухшие шейные вены и центральный цианоз.
68. К ТИПИЧНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ "КАРДИАЛЬНЫМ" СИМПТОМАМ НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. акцент II тона над аортой;
 2. акцент II тона над a.pulmonalis;
 3. повышение АД;
 4. глухие тоны сердца.

69. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:
1. симпатомиметики;
 2. бета-адреноблокаторы;
 3. стероидные гормоны.
70. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:
1. инспираторная одышка;
 2. экспираторная одышка;
 3. стридорозное дыхание.
71. ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:
1. вязкая, трудно откашливаемая;
 2. пенистая (иногда розовая);
 3. обильная, гнойная.
72. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:
1. "клетки сердечных пороков";
 2. кристаллы Шарко-Лейдена;
 3. спирали Куршмана;
 4. эозинофилы.
73. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ II СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. дыхание Куссмауля;
 2. АД 90/60 мм рт.ст.;
 3. частота пульса 140 и более в 1 минуту;
 4. набухание шейных вен;
 5. парциальное давление CO₂ 55 мм рт.ст.
74. К ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НЕ ОТНОСИТСЯ:
1. обструкция воздухопроводящих путей;
 2. блокада β -адренорецепторов;
 3. гипоксемия, гиперкапния;
 4. дегидратация;
 5. гипертрофия левого желудочка.
75. ПЛЕВРОГЕННАЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКЛОНЕ В СТОРОНУ:
1. "здоровую";
 2. "больную".

76. МАКСИМАЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ КАШЛЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОВ:
1. мелкого калибра;
 2. крупного калибра и трахеи;
 3. среднего калибра.
77. СИНДРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЛЁГОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ:
1. перкуторное притупление + ослабление бронхофонии;
 2. ослабление бронхофонии + звучные влажные хрипы;
 3. звучные влажные хрипы + перкуторное притупление.
78. ПРИ ПНЕВМОНИЯХ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ОБЯЗАТЕЛЬНО ВОВЛЕЧЕНИЕ:
1. органов средостения;
 2. плевры;
 3. альвеол;
 4. бронхов.
79. ЗАТЯЖНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗРЕШАЕТСЯ В СРОКИ (в неделях):
1. 1;
 2. 2;
 3. 6;
 4. 12;
 5. 18.
80. ДЛЯ ПЛЕВРОГЕННОЙ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ХАРАКТЕРНО УСИЛЕНИЕ:
1. на выдохе и наклоне в "больную" сторону;
 2. при наклоне в "больную" сторону и на вдохе;
 3. на вдохе и наклоне в "здоровую" сторону.
81. ПРОДУКТИВНОСТЬ КАШЛЯ В ХОДЕ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ:
1. уменьшается;
 2. нарастает.
82. СИНДРОМУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ СООТВЕТСТВУЕТ:
1. кашель;
 2. кашель + лихорадка;
 3. кашель + лихорадка + перкуторное притупление;
 4. кашель + лихорадка + перкуторное укорочение + ослабление бронхофонии.

83. СИНДРОМ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО ВКЛЮЧАЕТ:
1. резкое ослабление дыхания и бронхофонии;
 2. ослабление бронхофонии и звучные влажные хрипы;
 3. звучные влажные хрипы и ослабление дыхания.
84. КРИТЕРИЕМ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. верхнедолевая локализация;
 2. экссудативный плеврит без смещения средостения;
 3. лихорадка более 39°C;
 4. ателектаз пораженных сегментов.
85. КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ЛЁГКИХ ПО СПИРОГРАММЕ:
1. ДО;
 2. РОВ_д;
 3. РОВ_{ыд};
 4. ОФВ₁;
 5. ЖЕЛ.
86. ГЛАВНЫЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА:
1. гнойная мокрота;
 2. сухие свистящие хрипы;
 3. одышка;
 4. кашель с мокротой;
 5. кровохарканье.
87. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ МИНИМАЛЬНАЯ СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАШЛЯ С МОКРОТОЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА (в месяцах):
1. 1;
 2. 1,5;
 3. 2;
 4. 2,5;
 5. 3.
88. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХНЗЛ НЕ ПОКАЗАНА КОМБИНАЦИЯ ПЕНИЦИЛЛИНОВ С:
1. канамицином;
 2. мономицином;
 3. левомицетином;
 4. эритромицином;
 5. гентамицином.

89. К МУКОЛИТИКАМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. бромгексин
2. эуфиллин
3. мукалтин
4. бисолвон
5. калия йодид

90. ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ПЕРВИЧНО-ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ЭМФИЗЕМЕ:

1. альвеолярный протеиноз;
2. первичный амилоидоз;
3. синдром Марфана;
4. дефицит альфа-1-антитрипсина;
5. альвеолярный микролитиаз.

91. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ХНЗЛ:

1. лихорадка;
2. кашель;
3. боли в грудной клетке;
4. одышка.

92. ДЛЯ РАННИХ СТАДИЙ ХНЗЛ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ:

1. обструктивно-рестриктивный;
2. "раздражённого бронхиального дерева";
3. интоксикационно-воспалительный;
4. инфильтративно-пневмонический.

93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ХНЗЛ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ:

1. хронический бронхит;
2. хроническая пневмония;
3. бронхоэктатическая болезнь;
4. первично-прогрессирующая эмфизема.

94. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА СТАВЯТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ КАШЛЕ С МОКРОТОЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ:

1. 6 месяцев;
2. 1 года;
3. 2 лет;
4. не менее 5 лет.

95.ОСНОВНОЙ СПИРОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОБСТРУКТИВНОГО НАРУШЕНИЯ ФВД:

1. ДО;
2. МВЛ;
3. ЖЕЛ;
4. ФЖЕЛ.

96.РЕДКИЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА:

1. гнойный;
2. катаральный;
3. геморрагический;

97.К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. вторичная бронхопневмония;
2. эмфизема лёгких;
3. пневмосклероз;
4. легочное сердце;
5. инфаркт лёгкого.

98.МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЁМ БРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ГИПЕРСЕКРЕЦИИ (в мл/сут.):

1. до 50;
2. до 100;
3. 100-200;
4. 200-300.

99.ДИАГНОЗ БРОНХОЭКТАЗОВ СЧИТАЕТСЯ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ПОСЛЕ:

1. томографии;
2. бронхографии;
3. сканирования лёгких;
4. бронхоскопии.

100. "ВСХЛИПЫВАЮЩИЙ" ГЛУБОКИЙ ВДОХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПРОЦЕССОВ В ЛЕГКИХ:

1. функционально-динамических;
2. сосудистых;
3. первично-дистрофических;
4. врожденных;
5. опухолевых.

101. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА:
1. при поступлении в стационар
 2. через 2-3 дня и более после госпитализации
 3. после выписки из стационара
102. ОЦЕНИТЕ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО: ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ – 1027, МУТНАЯ ЖИДКОСТЬ ЗЕЛЕНОВАТО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА, БЕЛОК – 60 Г/Л, ПРОБА РИВАЛЬТА +++, МИКРОСКОПИЯ ОСАДКА – НЕЙТРОФИЛЫ ПОКРЫВАЮТ ВСЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ:
1. транссудат
 2. гнойный экссудат
 3. геморрагический (раковый) экссудат
 4. экссудат при туберкулезном плеврите
103. ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ СУХОМ КАШЛЕ ПОДОЗРИТЕЛЬНО НА:
1. хронический бронхит
 2. туберкулез легких
 3. бронхогенный рак
 4. пневмокониоз
104. БЕРОДУАЛ – ЭТО:
1. адреномиметик
 2. холинолитик
 3. сочетание адреномиметика и холинолитика
105. КАКОВ ХАРАКТЕР ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ:
1. экспираторная
 2. инспираторная
 3. смешанная
106. ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ (ЖЕЛ) – ЭТО:
1. максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе

2. максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
3. максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

107. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. возрастное уменьшение эластичности легочной ткани
2. туберкулез легких
3. хронический обструктивный бронхит
4. повторный спонтанный пневмоторакс

108. КАКОЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. влажные хрипы
2. сухие хрипы на вдохе
3. сухие хрипы на выдохе

109. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. глюкокортикоиды
2. интал
3. антигистаминные препараты

110. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ГЛУБОКОЕ ШУМНОЕ РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ:

1. дыхание Чейн-Стокса
2. дыхание Биота
3. стридорозное дыхание
4. дыхание Куссмауля

111. ОБЪЯСНИТЕ, ПОЧЕМУ БОЛЬНОЙ «ПЫХТИТ» ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА МАЛОПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ:

1. это приводит к подключению дополнительной дыхательной мускулатуры и облегчению выдоха
2. это приводит к повышению внутрилегочного давления и уменьшению проявлений механизма раннего экспираторного закрытия бронхов
3. это приводит к улучшению отхождения мокроты
4. это способствует уменьшению бронхоспазма
5. это дурная привычка больных, желающих привлечь к себе внимание окружающих

112.ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ – ЭТО:

1. повышение воздушности альвеол
2. снижение эластичности альвеолярной ткани
3. и то, и другое

113.КАКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ АСТМЫ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ, ВЕРНЫ: 1 – возникает во время физической нагрузки; 2 – возникает после физической нагрузки; 3 – чаще развивается при вдыхании сухого воздуха; 4 – чаще развивается при вдыхании влажного воздуха; 5 – в режиме больного следует ограничить тяжелую физическую нагрузку. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1. 2, 3
2. 2, 5
3. 1,4
4. 3,4
5. 2, 4

114.НЕ УМЕНЬШАЮТСЯ ПОЛЯ КРЕНИГА ТОЛЬКО ПРИ ОДНОМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. туберкулез легких
2. верхнедолевая пневмония
3. плевральные сращения
4. хронический бронхит
5. ателектаз верхних сегментов

115.СУБФЕБРИЛЬНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА В ПРЕДЕЛАХ (В ГРАДУСАХ ЦЕЛЬСИЯ):

1. 36,0 – 36,9
2. 37,0 – 37,9
3. 38,0 – 38,9
4. 39,0 – 39,9
5. 40 и выше

116. УНДУЛИРУЮЩАЯ ЛИХОРАДКА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ СИНОНИМ:

1. интермиттирующая
2. гектическая
3. субфебрильная
4. волнообразная
5. истощающая

117. НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПАЛЫЦЫ В ВИДЕ БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК ТОЛЬКО ПРИ ОДНОМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. хронический бронхит
2. бронхоэктатическая болезнь
3. острая пневмония
4. цирроз легкого
5. цирроз печени

118. У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА ТИФНО СОСТАВЛЯЕТ (В %):

1. 40 – 55
2. 56 – 75
3. 76 – 90
4. 91 – 100
5. свыше 100

119. ПРИЗНАКОМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. акроцианоз
2. эмфизема легких
3. легочный анамнез
4. отеки нижних конечностей
5. одышка при физической нагрузке

120. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. спирография
2. исследование газового состава крови
3. определение легочно-сердечного индекса

4. пикфлоуметрия
5. клинические данные

121. НЕ ОТНОСИТСЯ К СУБЪЕКТИВНЫМ СПОСОБАМ ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. речевая проба
2. подсчет частоты дыхания
3. оксигенация крови
4. одышка
5. нарушение гетерогенности дыхания

122. НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ПРИ:

1. спазме гортани
2. плеврите
3. ушибе ребер
4. лихорадке
5. высоком стоянии диафрагмы

123. ОПОРНЫМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ослабленное везикулярное дыхание
2. жесткое дыхание
3. бронхиальное дыхание
4. сухие дистантные свистящие хрипы
5. сухие базовые хрипы

124. НЕ ТИПИЧНО ДЛЯ СИНДРОМА СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ:

1. асимметрия грудной клетки
2. отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании
3. ослабление голосового дрожания
4. притупление перкуторного звука
5. тимпанический перкуторный звук над областью пневмоторакса

125. НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИТУПЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ:

1. уплотнении легкого
2. ателектазе легкого
3. наличии полости в легком
4. инфаркте легкого

5. гидротораксе

126. НЕ УКАЗЫВАЕТ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. постоянная одышка в покое
2. частые обострения
3. индекс Тиффно менее 60%
4. продуктивный кашель
5. выраженная эмфизема

127. ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ДОЛЬШЕ ВСЕГО СОХРАНЯЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ:

1. длительность выдоха
2. остаточный объем легких
3. жизненная емкость легких
4. резервный объем легких
5. максимальная вентиляция легких

128. УГНЕТЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА, СВЯЗАННОЕ С ТОРМОЗНОЙ АФФЕРЕНТНОЙ ИМПУЛЬСАЦИЕЙ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. нарушении нервно-мышечной проводимости
2. кровоизлиянии в стволочную часть головного мозга
3. отеке мозга
4. передозировке миорелаксантов
5. попадании воды и инородных тел в верхние дыхательные пути

129. ТОРМОЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. дефицита возбуждения периферических хеморецепторов
2. рефлекса Бейнбриджа
3. рефлекса Эйлера
4. тригемино-вагусного рефлекса Кречмера
5. рефлекса Китаева

130. УГНЕТЕНИЕ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, СВЯЗАННОЕ С НАРУШЕНИЕМ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. передозировке миорелаксантов
2. передозировке М-холиноблокаторов
3. экссудативном плеврите
4. переломах ребер

131. ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. пневмонии
2. бронхиальной астме
3. пневмосклерозе
4. дефиците альвеолярного сурфактанта у новорожденных

132. РЕСТРИКТИВНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. пневмонии
2. пневмосклероза
3. аспирации инородных тел
4. дефицита альвеолярного сурфактанта у новорожденных

133. АТЕЛЕКТАЗ (СПАДЕНИЕ) УЧАСТКОВ ЛЕГКИХ НЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

1. гидротораксе
2. пневмотораксе
3. эмфиземе
4. опухоли бронха
5. дефиците альвеолярного сурфактанта

134. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. увеличение остаточного объема легких
2. увеличение индекса Тифно
3. снижение индекса Тифно
4. снижение форсированной жизненной емкости легких

135. УКОРОЧЕНИЕ ФАЗЫ ВДОХА И ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ ПРИ НАЛИЧИИ ЭКССУДАТА В АЛЬВЕОЛАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ РЕФЛЕКСОМ:

1. Эйлера
2. Бейнбриджа
3. Геринга-Брейера
4. Китаева
5. Кречмера

136. ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. обструктивный тип нарушения внешнего дыхания
2. разрастание соединительной ткани в легких

3. облегчение диффузии газов в легких
4. увеличение остаточного объема легких

137. НАРУШЕНИЕ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПНЕВМОКОНИОЗА ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

1. нарушения проходимости бронхов
2. нарушение альвеолярно-капиллярной диффузии
3. нарушение перфузии легких
4. увеличение объема "мертвого пространства"
5. избытка экссудата в альвеолах

138. ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОБЪЯСНЯЕТСЯ РЕФЛЕКСОМ:

1. Геринга-Брейбера
2. Эйлера
3. Бейнбриджа
4. Китаева
5. Кречмера

139. РЕФЛЕКС ЭЙЛЕРА НАЧИНАЕТСЯ С РЕЦЕПТОРОВ:

1. альвеол
2. легочных артерий
3. дыхательного центра
4. скелетных мышц
5. плевры

140. РЕФЛЕКС ЭЙЛЕРА ПРИВОДИТ К:

1. учащению сердцебиения
2. угнетению дыхательного центра
3. спазму легочных артерий
4. спазму легочных вен

141. СНИЖЕНИЕ pO_2 В КРОВИ ПРИВОДИТ К:

1. активации периферических хеморецепторов
2. ослаблению вентиляции легких
3. остановке дыхания
4. активации барорецепторов сосудистых рефлексогенных зон

142. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИВОДИТ К:

1. активации периферических хеморецепторов

2. усилению вентиляции легких
3. остановке дыхания
4. активации барорецепторов сосудистых рефлексогенных зон

143.ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гипоксия тканей
2. снижение системного артериального давления
3. экссудация в альвеолы
4. гемоторакс
5. снижение объема циркулирующей крови

144.ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. расширение сердца вправо за счет желудочка
2. расширение сердца влево за счет желудочка
3. очаговые изменения в легких
4. расширение сердца влево за счет предсердия
5. повышение "воздушности" легких

145.К КОМПЕНСАТОРНЫМ РЕАКЦИЯМ ОРГАНИЗМА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. эритроцитоз
2. лейкоцитоз
3. тахикардия
4. тахипноэ
5. усиление перфузии тканей

146.В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

1. понижение продукции гистамина
2. понижение тонуса N. vagus
3. повышение секреции гистамина
4. гипер адреналинемия

147.К КОМПЕНСАТОРНЫМ МЕХАНИЗМАМ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ:

1. гипоксия
2. относительный эритроцитоз
3. абсолютный эритроцитоз
4. лейкоцитоз

148. В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ИГРАЕТ ОСНОВНОЙ РОЛИ:

1. спазм дыхательной мускулатуры
2. спазм мышц бронхов
3. отек слизистой бронхов
4. гипоксемия

149. СПАЗМУ БРОНХОВ СПОСОБСТВУЕТ:

1. стимуляция H1-гистаминовых рецепторов
2. стимуляция H2-гистаминовых рецепторов
3. стимуляция N-холинорецепторов скелетных мышц
4. стимуляция бета-адренорецепторов

150. К ИММУННЫМ ФОРМАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ:

1. холинергическая
2. атопическая
3. дисгормональная
4. дисадренергическая

151. СПОКОЙНЫЙ ВДОХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СОКРАЩЕНИЯ:

1. наружных косых межреберных мышц
2. внутренних косых межреберных мышц
3. диафрагмы

152. ЭЛАСТИЧЕСКАЯ ТЯГА ЛЕГКИХ СПОСОБСТВУЕТ:

1. спадению легких
2. расправлению легких
3. удержанию легких в состоянии вдоха

153. СУРФАКТАНТ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. увеличение эластической тяги легких
2. снижение эластической тяги легких

3. улучшению бронхиальной проходимости

154.ВНЕШНЕЕ ДЫХАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. обмен газов между кровью и тканью
2. обмен газов между альвеолами и атмосферой
3. транспорт газов кровью

155.ДИФФУЗИЯ ГАЗОВ В ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. по концентрационному градиенту
2. против концентрационного градиента
3. при помощи переносчиков с затратой энергии

156.ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ КИСЛОРОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. метгемоглобин
2. карбокигемоглобин
3. оксигемоглобин

157.ОСНОВНОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ФОРМОЙ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. карбоксигемоглобин
2. бикарбонаты натрия и калия
3. физическое растворение

158.НАИБОЛЬШЕЕ СРОДСТВО К ГЕМОГЛОБИНУ ИМЕЕТ:

1. кислород
2. двуокись углерода
3. окись углерода

159.ПРИ РАЗРУШЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА ЕСТЕСТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ:

1. возможно
2. невозможно
3. возникают патологические виды дыхания

160.ПНЕВМОТАКСИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:

1. произвольное регулирование дыхания
2. реципрокное переключение вдоха-выдоха
3. регулирование частоты и глубины дыхания в соответствии с напряжением в крови углекислого газа

161. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ - ЭТО ОБЪЕМ ВОЗДУХА, КОТОРЫЙ ЧЕЛОВЕК:

1. спокойно выдыхает после максимального вдоха
2. максимально выдыхает после максимального вдоха
3. спокойно выдыхает после спокойного вдоха

162. РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВДОХА - ЭТО ОБЪЕМ ВОЗДУХА, КОТОРЫЙ ЧЕЛОВЕК:

1. спокойно вдыхает после максимального выдоха
2. максимально вдыхает после максимального выдоха
3. максимально вдыхает после спокойного вдоха

163. РЕЗЕРВНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДОХА - ЭТО ОБЪЕМ ВОЗДУХА, КОТОРЫЙ ЧЕЛОВЕК:

1. максимально выдыхает после максимального вдоха
2. спокойно выдыхает после спокойного вдоха
3. максимально выдыхает после спокойного выдоха

164. ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ - ЭТО ОБЪЕМ ВОЗДУХА, КОТОРЫЙ ЧЕЛОВЕК:

1. максимально выдыхает после максимального вдоха
2. максимально вдыхает после спокойного выдоха
3. максимально выдыхает после спокойного вдоха

165. ОСТАТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ:

1. ЖЕЛ
2. ОЕЛ
3. МВЛ

166. ДИНАМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. МОД, МВЛ, ФЖЕЛ
2. РОвд, ДО, ОЕЛ
3. ЖЕЛ, РОвд, ФОЕЛ

167. ТРАНСМУРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - ЭТО РАЗНОСТЬ МЕЖДУ:

1. внутригрудным и внутрибронхиальным давлением
2. внутригрудным и внутриальвеолярным давлением

3. эластическим давлением и внутрибронхиальным давлением

168. ПНЕВМОТАХИМЕТРИЯ ИЗМЕРЯЕТ:

1. ПОС
2. ЖЕЛ
3. ФЖЕЛ

169. СПИРОМЕТРИЯ ИЗМЕРЯЕТ:

1. ДО, РОвд, РОвыд, ЖЕЛ
2. ОЕЛ
3. ФЖЕЛ, МОД, МВЛ

170. СТАНДАРТНОЕ СПИРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ ИЗМЕРЕНИЕ:

1. ДО, РОвд, РОвыд, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МОД, МВЛ, ЧД
2. ОЕЛ, ОО, РОвд, РОвыд
3. ПОС, МОС 25-75, ОО, ФЖЕЛ

171. ПО КРИВОЙ "ПОТОК-ОБЪЕМ" ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА МОЖНО ИЗМЕРИТЬ:

1. ДО, РОвд, РОвыд, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МОД, ЧД, ПОС, МОС 25-75
2. ОЕЛ, ОО
3. парциальное давление газов выдыхаемого воздуха, потребление кислорода

172. ОКСИСПИРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗМЕРИТЬ:

1. ОЕЛ
2. парциальное давление газов выдыхаемого воздуха
3. поглощение кислорода

173. ОБСТРУКТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. нарушении диффузии газов в легких
2. затруднении расправления и спадения легких при дыхании
3. затруднении прохождения воздуха по дыхательным путям в фазу выдоха

174. РЕСТРИКТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. нарушении диффузии газов в легких
2. затруднении расправления и спадения легких при дыхании

3. затруднении прохождения воздуха по дыхательным путям

175. ОБСТРУКТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. идиопатическом фиброзирующем альвеолите
2. остром бронхите
3. бронхоспазме

176. РЕСТРИКТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В ЧАСТНОСТИ ПРИ:

1. идиопатическом фиброзирующем альвеолите, пневмосклерозе
2. остром и хроническом бронхите
3. бронхоспазме любой этиологии

177. КРИТЕРИЯМИ ОБСТРУКТИВНОГО НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ НА СПИРОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. снижение ЖЕЛ при увеличении МВЛ
2. снижение ФЖЕЛ при относительно нормальной ЖЕЛ
3. снижение ЖЕЛ при относительно нормальной ФЖЕЛ

178. КРИТЕРИЯМИ РЕСТРИКТИВНОГО НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ НА СПИРОГРАММЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. снижение ЖЕЛ при увеличении МВЛ
2. снижение ФЖЕЛ при относительно нормальной ЖЕЛ
3. снижение ЖЕЛ при относительно нормальной ФЖЕЛ

179. ОБСТРУКТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НА КРИВОЙ "ПОТОК-ОБЪЕМ":

1. снижение скоростных показателей при относительно нормальных объемных показателях
2. снижение ЖЕЛ при относительно нормальных скоростных показателях
3. снижение скоростных и объемных показателей

180. РЕСТРИКТИВНОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НА КРИВОЙ "ПОТОК-ОБЪЕМ":

1. снижение скоростных показателей при нормальных объемных показателях
2. снижением ЖЕЛ при относительно нормальных скоростных показателях

3. снижением скоростных и объемных показателей

181. ИЗОЛИРОВАННАЯ ОБСТРУКЦИЯ МЕЛКИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НА КРИВОЙ "ПОТОК-ОБЪЕМ":

1. тотальным снижением скоростных показателей при нормальной ЖЕЛ
2. снижением МОС 50-75 при нормальных ПОС и ОФВ
3. снижением ПОС и ОФВ при нормальных МОС 50-75

182. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ БРОНХОСПАЗМОЛИТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. установление обратимости обструкции
2. установление степени дыхательной недостаточности
3. дифференцировка обструкции-рестрикции

183. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ПРОВОКАЦИОННОЙ ПРОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. беротек (фенотерол)
2. ацетилхолин
3. селективные бета-адреноблокаторы

184. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ТЕСТА ТИФФНО У ВЗРОСЛЫХ:

1. 60-69%
2. 80-100%
3. 100-140%

185. ПОВЫШЕНИЕ ОО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ:

1. опухоли легких любого происхождения
2. хронической бронхиальной обструкции, эмфиземы
3. крупозной плевропневмонии, медиастинита

186. ДО СОСТОИТ ИЗ ВОЗДУХА:

1. полностью участвующего в газообмене

2. участвующего в газообмене плюс анатомическое и альвеолярное мертвое пространство
3. участвующего в газообмене плюс анатомическое мертвое пространство

187. НАРУШЕНИЕ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ:

1. с уменьшением функционирующей легочной ткани или "утолщением" альвеолярно-капиллярных мембран
2. с бронхиальной обструкцией
3. с вовлечением верхних дыхательных путей

188. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЫХАНИЯ:

1. дыхательный объем
2. минутный объем дыхания
3. частота дыхания
4. PO_2 и PCO_2 артериальной крови

189. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. понижением PCO_2 , повышением pH и нормальным PO_2 артериальной крови
2. повышением PCO_2 , понижением pH крови и нормальным PO_2
3. понижением PCO_2 , PO_2 , pH крови

190. АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ГИПОВЕНТИЛЯЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. повышением PCO_2 , снижением PO_2 , снижением pH крови
2. повышением PCO_2 , снижением PO_2 , повышением pH крови
3. снижением PCO_2 , PO_2 , повышением pH крови

191. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОСТАТОЧНАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

1. дыхательный объем и резервный объем выдоха
2. резервный объем выдоха и остаточный объем
3. жизненную емкость легких и остаточный объем
4. дыхательный объем и остаточный объем

192.ПРИ ВНЕГРУДНОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО АЭРОДИНАМИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ:

1. вдоха
2. выдоха

193.ПРИ ВНУТРИГРУДНОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО АЭРОДИНАМИЧЕСКОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ:

1. вдоха
2. выдоха

194.ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНО: ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ. ЖЕЛ - СНИЖЕНА, ОФВ1 И ОФВ1/ЖЕЛ СНИЖЕНЫ, ОЕЛ УВЕЛИЧЕН. КАКОЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ?

1. обструктивный
2. рестриктивный
3. смешанный

195.ДАЙТЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ: ЖЕЛ-74%; ОФВ1-35%; ОФВ/ЖЕЛ-40%; ПОС-50%; МОС25-31%; МОС50-17%; МОС75-13%; СОС25-75-17%:

1. умеренно выраженная рестрикция
2. резко выраженная генерализованная обструкция. Умеренное снижение ЖЕЛ
3. умеренно выраженная генерализованная обструкция. Умеренное снижение ЖЕЛ

196.ДАЙТЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ: ЖЕЛ-100%; ОФВ1-60%; ОФВ1/ЖЕЛ-57%; ПОС-74%; МОС25-58%; МОС50-55%; МОС75-42%; СОС25-75-62%:

1. резко выраженная генерализованная обструкция
2. умеренно выраженные нарушения вентиляции легких по обструктивному типу

3. значительно выраженная генерализованная обструкция

197.ДАЙТЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ: ЖЕЛ-63%; ОФВ1-75%; ОФВ1/ЖЕЛ-99%; ПОС-78%; МОС25-72%; МОС50-70%; МОС75-69%; СОС25-75-72%:

1. умеренное снижение вентиляционной функции легких по обструктивному типу
2. умеренное снижение вентиляционной функции легких по рестриктивному типу
3. нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу

198.К ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМАМ, ФОРМИРУЮЩИМ ОБСТРУКЦИЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. бронхоспазм
2. отек слизистой оболочки бронхов
3. гипер- и дискриния
4. гипотоническая дискинезия крупных бронхов

199.ДАВЛЕНИЕ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЗАВИСИТ ОТ:

1. эластической тяги легких
2. атмосферного давления
3. жизненной емкости легких

200.КАКОЙ ОТДЕЛ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ОБЛАДАЕТ АВТОМАТИЕЙ:

1. центр продолговатого мозга
2. двигательные центры спинного мозга
3. пневмотаксический центр

201.ПАРЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ГАЗА - ЭТО:

1. давление этого газа, растворенного в жидкости
2. давление этого газа в смеси с другими газами
3. градиент концентрации газа

202.КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЫХАНИИ НАСТУПАЮТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА:

1. глубина и частота дыхания не изменятся
2. дыхание станет редким и глубоким
3. произойдет остановка дыхания

203.ПРИ АКТИВАЦИИ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДИТ:

1. сужение просвета бронхов
2. расширение просвета бронхов
3. влияние не оказывает

204.ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ CO_2 В КРОВИ ПРИВОДИТ:

1. к повышению тонуса легочных сосудов
2. к понижению тонуса легочных сосудов
3. не влияет на тонус легочных сосудов

205."НАПРЯЖЕНИЕ" ГАЗА - ЭТО:

1. давление, создаваемое этим газом в смеси с другими газами
2. давление этого газа, растворенного в жидкости
3. градиент концентрации газа

206.КАК ИЗМЕНИТСЯ НАПРЯЖЕНИЕ ГАЗОВ И pH КРОВИ ПРИ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ:

1. CO_2 увеличится, O_2 уменьшится, pH станет ниже 7,0
2. CO_2 уменьшится, O_2 увеличится, pH станет выше 7,0
3. CO_2 увеличится, O_2 увеличится, pH не изменится

207.ФЕРМЕНТ КАРБОАНГИДРАЗА УЧАСТВУЕТ:

1. в транспорте O_2
2. в транспорте CO_2
3. в транспорте CO

208.АКТИВАЦИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЕДЕТ К:

1. сужению просвета бронхов
2. расширению просвета бронхов
3. не влияет

209. Установите соответствие:

- А. Бронхоэктатическая болезнь
- Б. Хронический обструктивный
бронхит

Признаки:

- 1. Обильная гнойная мокрота
- 2. «Барабанные палочки»
- 3. Перкуторно коробочный
звук
- 4. Амилоидоз внутренних
органов

210. Установите соответствие:

- А. БА легкой степени
- Б. БА средней степени

Признаки:

- 1. Ночные приступы не чаще 2
раз в месяц
- 2. Приступы не более одного
раза в неделю
- 3. Приступы ежедневно
- 4. Потребность в ежедневном
назначении бронходилататоров
- 5.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1. У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ 2-ЛЕТНЕЙ РЕМИССИИ ВОЗНИК РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЕЙ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ И РВОТОЙ КИСЛЫМ СОДЕРЖИМЫМ. НАРЯДУ С ДИЕТОЙ И РЕЖИМОМ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЕНИЕ:
 1. церукала;
 2. промедола;
 3. атропина;
 4. анальгина.
2. ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ:
 1. за 30 мин до еды;
 2. во время приема пищи;
 3. через 30 мин после еды;
 4. через 1-2 часа после еды;
 5. только на ночь.
3. БОЛИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:
 1. тупые давящие в эпигастрии, усиливающиеся при приеме пищи;
 2. схваткообразные ноющие в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи;
 3. постоянные тупые, не связанные с приемом пищи;
 4. в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды;
 5. возникают через 30 мин после еды.
4. СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТОРНО-КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
 1. хроническом антрум-гастрите;
 2. хроническом атрофическом гастрите;
 3. хроническом гипертрофическом гастрите;
 4. синдроме Золлингера-Эллисона.
5. ПРЕПАРАТ "РАНИТИДИН" ЯВЛЯЕТСЯ:
 1. блокатором H₂-гистаминорецепторов;
 2. холинолитиком;
 3. спазмолитиком;
 4. антацидом;
 5. прокинетиком.

6. ПРЕПАРАТ "АЛЬМАГЕЛЬ" ЯВЛЯЕТСЯ:
1. блокатором H₂-гистаминорецепторов;
 2. холинолитиком общего действия;
 3. спазмолитиком;
 4. антацидом;
 5. прокинетиком.
7. У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЯВИЛИСЬ ПОЧТИ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ:
1. стеноз привратника;
 2. пенетрацию;
 3. малигнизацию;
 4. перфорацию;
 5. демпинг-синдром.
8. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:
1. боли натощак;
 2. боли через 30 мин после еды;
 3. боли через 2,5 часа после еды;
 4. боли справа в эпигастрии;
 5. изжога, кислая отрыжка.
9. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА МЕТОД:
1. рентгенологический;
 2. эндоскопический;
 3. кал на скрытую кровь;
 4. желудочный сок с гистамином;
 5. эндоскопия с биопсией.
10. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ "ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ", РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. У БОЛЬНОГО ВОЗНИКЛО:
1. пенетрация;
 2. перфорация;
 3. кровотечение;
 4. стеноз привратника;
 5. малигнизация.

11. СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ:

1. перфорацией;
2. кровотечением;
3. пенетрацией;
4. малигнизацией.

12. К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. ЭТОТ СИМПТОМ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ:

1. хронического гастрита;
2. язвенной болезни желудка;
3. язвенной болезни 12-перстной кишки;
4. холецистита;
5. панкреатита.

13. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПИЛОРОСТЕНОЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. рвота, приносящая облегчение;
2. истощение и обезвоживание;
3. тетания;
4. диарея;
5. шум "всплеска".

14. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. ингибиторы протоновой помпы;
2. симпатомиметики;
3. полусинтетические пенициллины;
4. H₂-гистаминовые блокаторы;
5. висмутсодержащие препараты (де-нол).

15. ЭНДОСКОПИЯ ПОКАЗЫВАЕТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЕ НЕ ОТВЕЧАЮТ НА АНТАЦИДЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. рак 12-перстной кишки;
2. гастринома;
3. В₁₂-пернициозная анемия;
4. карциноидный синдром.

16. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. стеноз привратника;
2. перфорация;
3. кровотечение;
4. пенетрация;
5. малигнизация.

17.РЕШАЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

1. дуоденальное зондирование;
2. УЗИ;
3. холецистография;
4. рентгеноскопия желудка;
5. ретроградная панкреато-холангиография.

18.К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НЕ ПРИВОДИТ:

1. переедание;
2. кишечный дисбактериоз;
3. гиповитаминоз;
4. токсическое воздействие.

19.ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. холедохолитиаз;
2. стриктура Фатерова соска;
3. рак поджелудочной железы;
4. камень в желчном протоке;
5. алкогольный гепатоз.

20.ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА:

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

21.БОЛЬНОЙ 38 ЛЕТ. В ТЕЧЕНИЕ ГОДА БЕСПОКОЯТ ТУПЫЕ, НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, ЧУВСТВО РАСПИРАНИЯ, ЗАПОР. ОБЪЕКТИВНО БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЖЕЛУДКА БЕЗ ОТКЛОНЕНИЙ ОТ НОРМЫ. ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ ЗОНДИРОВАНИИ ПОРЦИЯ В НЕ ПОЛУЧЕНА. ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ: ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ЗАПОЛНЕН КОНТРАСТОМ, ПОСЛЕ ПРИЕМА 2 ЯИЧНЫХ ЖЕЛТКОВ НЕ СОКРАТИЛСЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. хронический холецистит в стадии обострения;
2. дискинезия желчных путей гипотонического типа;
3. хронический холангит;

4. дискинезия желчных путей гипертонического типа;
 5. хронический гепатит В.
22. БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ. БОЛЬНОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:
1. спазмолитики;
 2. бета-блокаторы;
 3. антибиотики;
 4. препараты уродезоксихолевой кислоты;
 5. холекинетики.
23. САМЫМ ЦЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
1. лейкоцитоз;
 2. уровень аминотрансфераз крови;
 3. уровень амилазы крови и мочи;
 4. уровень щелочной фосфатазы;
 5. гипергликемия.
24. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТ:
1. антациды;
 2. холинолитики;
 3. фамотидин;
 4. контрикал;
 5. холецистокинин.
25. ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. болевой синдром;
 2. склонность к запорам или поносам, или их чередование;
 3. часто имеется чувство тревоги, возбуждения;
 4. кал с примесью крови;
 5. может быть выделение слизи с калом.
26. БОЛЬНАЯ 21 ГОДА, ЖАЛОБЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ, ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ВДОХА, ПРИСТУПЫ КОЛИКООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ЧАСТЫМ ЖИДКИМ СТУЛОМ, СОДЕРЖАНИЕМ ОБИЛИЯ СЛИЗИ.

ПРИСТУПЫ ПРОВОЦИРУЮТСЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ. ПРИ ОСМОТРЕ: БОЛЬНАЯ ОБЫЧНОГО ПИТАНИЯ, ПАЛЬПИРУЕТСЯ СПАЗМИРОВАННАЯ СИГМОВИДНАЯ КИШКА. РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ - ПАТОЛОГИИ НЕ ОТМЕЧЕНО.

ВАШ ДИАГНОЗ:

1. болезнь Крона;
2. хронический энтероколит;
3. синдром раздраженной толстой кишки;
4. пищевая токсикоинфекция;
5. неспецифический язвенный колит.

27.У ЖЕНЩИНЫ 45 ЛЕТ ЧЕРЕДОВАНИЕ ПОНОСОВ И ЗАПОРОВ, ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, ОЩУЩЕНИЕ ПРИЛИВОВ, БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ, ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИЙ. КАЛ С ПРИМЕСЬЮ СЛИЗИ. ЗАМКНУТА, ДЕПРЕССИВНА. ЖИВОТ МЯГКИЙ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ПО ХОДУ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА. ПОЛНОЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВИЛО. ДИАГНОЗ:

1. хронический панкреатит;
2. неспецифический язвенный колит;
3. болезнь Крона;
4. амебиаз;
5. синдром раздраженного кишечника.

28.ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

1. гастроскопии;
2. эндоскопии кишечника;
- 3.УЗИ брюшной полости;
4. обзорной рентгенограммы брюшной полости;
5. дуоденального зондирования.

29.У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА:

1. атропин;
2. папаверин;
3. нитроглицерин;
4. морфин;
5. анальгин.

30.ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО:

1. гипербилирубинемия прямая, повышение трансаминаз, нормальный уровень щелочной фосфатазы, стеркобилиногена;

2. гипербилирубинемия прямая и непрямая, пониженный стеркобилиноген (может отсутствовать), нормальные трансферазы, щелочная фосфатаза резко повышена;
3. гипербилирубинемия прямая, повышение уробилиногенурия, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген;
4. гипербилирубинемия непрямая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная ЩФ, нормальный уровень трансаминаз;
5. гипербилирубинемия прямая и непрямая, повышение ЩФ, уробилиногенурия отсутствует, стеркобилиноген может отсутствовать, повышение уровня трансаминаз.

31.ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО:

1. повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ;
2. повышение уровня ЩФ, гамма-глутаматтранспептидазы, повышение β -липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия;
3. снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия;
4. повышение уровня гамма-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов;
5. повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня гамма-глобулинов, гипербилирубинемия.

32.ДЛЯ КОЛИТНОГО КОПРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. наличие клеток кишечного эпителия;
2. стеаторея;
3. примесь слизи и крови;
4. наличие лейкоцитов.

33.ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ:

1. желтуха;
2. бугристость печени;
3. повышение уровня аминотрансфераз;
4. отсутствие в крови α -фетопротеина;
5. повышение уровня билирубина.

34.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. болевой синдром;
2. диспепсический синдром;

3. астеновегетативный синдром;
4. выраженный синдром печеночно-клеточной недостаточности;
5. увеличение печени.

35. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5 МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ - 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ:

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

36. ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10 СМ. БИЛИРУБИН - 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ - 86 ЕД. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. портальный цирроз печени;
2. хронический вирусный гепатит;
3. гемолитическая желтуха;
4. билиарный цирроз печени;
5. острый вирусный гепатит.

37. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ НА:

1. кровоточащую язву 12-перстной кишки;
2. кровоточащие вены пищевода при циррозе печени;
3. тромбоз мезентериальной артерии;
4. неспецифический язвенный колит;
5. кровоточащие язвы желудка.

38. СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПРИ:

1. синдроме Жильбера;
2. хроническом гепатите;
3. желчно-каменной болезни;
4. циррозе печени.

39. У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (СТАДИИ С ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ) УХУДИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ: ПОЯВИЛАСЬ СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, УМЕНЬШИЛАСЬ В РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНЬ, ИЗО РТА СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ. ЧЕРЕЗ

НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ, АРЕФЛЕКСИЯ. У БОЛЬНОГО РАЗВИЛОСЬ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1. холестаз;
2. печеночная кома;
3. желудочно-кишечное кровотечение;
4. портальная гипертензия;
5. гепато-ренальный синдром.

40.ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. билиарный цирроз;
2. аутоиммунный гепатит;
3. лекарственный гепатит;
4. гепатоцеллюлярная карцинома.

41.БОЛЬНОЙ 33 ЛЕТ 5 ЛЕТ НАЗАД ПЕРЕНЕС ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ **В**. ПРИ ОСМОТРЕ: ИКТЕРИЧНОСТЬ СКЛЕР, ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА НЕЗНАЧИТЕЛЬНО, МЯГКАЯ, БЕЗБОЛЕЗНЕННАЯ СЕЛЕЗЕНКА НЕ ПАЛЬПИРУЕТСЯ. В КРОВИ: ОБЩИЙ БИЛИРУБИН - 36,6 МКМОЛЬ/Л, НЕПРЯМОЙ - 31,5 МКМОЛЬ/Л, АСТ, АЛТ, ЩФ В НОРМЕ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. хронический гепатит **В**;
2. холангит;
3. цирроз печени;
4. постгепатитная гипербилирубинемия;
5. хронический холестатический гепатит.

42.В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вирусный гепатит в анамнезе;
2. гистологическое исследование печени;
3. выявление в сыворотке крови маркеров гепатитов **В** и **С** и др.;
4. периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия;
5. выявление в сыворотке α -фетопротейна.

43.ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:

1. передней стенке луковицы;
2. задней стенке луковицы;
3. нижней стенке луковицы;
4. верхней стенке луковицы;
5. постбульбарном отделе;
6. кардии.

44.УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. наследственном сфероцитозе;
2. синдроме Жильбера;
3. холедохолитиазе;
4. вирусном гепатите;
5. опухоли поджелудочной железы.

45.СИМПТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

1. разлитая боль в животе;
2. жидкий стул;
3. частые кровяные испражнения;
4. боли в суставах.

46.ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ:

1. бромсульфалеиновой пробы;
2. уровня γ -глобулинов;
3. уровня аминотрансфераз;
4. уровня ЩФ;
5. уровня кислой фосфатазы.

47.ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:

1. цитолитического синдрома;
2. холестатического синдрома;
3. портокавальных и кава-кавальных анастомозов;
4. синдрома холемии;
5. паренхиматозной желтухи.

48.ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ НЕ СПОСОБСТВУЕТ:

1. нарушение ритма питания;
2. понос;
3. беременность;
4. малая физическая активность.

49.ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ:

1. с непереносимостью жиров;
2. после вирусного гепатита;
3. с идиосинক্রазией к йоду;
4. с желчнокаменной болезнью.

50.ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБОНАТОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ:

1. холецистокинина;
2. секретина;
3. атропина;
4. молока;
5. аскорбиновой кислоты.

51.ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ:

1. язвенной болезни;
2. холелитиазе;
3. постгастрорезекционном синдроме;
4. хроническом гепетите;
5. циррозе печени.

52.БЛОКИРУЕТ H2-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ:

1. димедрол;
2. метацин;
3. альмагель;
4. атропин;
5. фамотидин.

53.В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. новокаин;
2. фентанил;
3. баралгин;
4. морфий;
5. анальгин.

54.ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИМЕНЯЮТ:

1. атропин;
2. натуральный желудочный сок;
3. альмагель;
4. фамотидин;
5. гистамин.

55.БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. диклофенак;
2. панзинорм;

3. ранитидин;
4. преднизолон;
5. натуральный желудочный сок.

56.ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ:

1. углеводы;
2. белки;
3. жиры;
4. жидкость;
5. минеральные соли.

57.ДЛЯ ЭНТЕРИТНОГО КОПРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. жидкий пенистый желтый кал;
2. кровь и эритроциты в кале;
3. стеаторея;
4. креаторея.

58.НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫ ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА В:

1. регионарные лимфоузлы;
2. печень;
3. вирховскую железу;
4. дугласово пространство;
5. легкие.

59.ДЛЯ ПАНКРЕАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

1. опоясывающие боли в эпигастрии;
2. боли в левом подреберье с иррадиацией в спину;
3. поносы;
4. рвота, приносящая облегчение;
5. снижение или отсутствие аппетита.

60.К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПАНКРЕАТИТА НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ:

1. функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального соска;
2. высокую кислотность желудочного сока;
3. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы;
4. проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов;
5. злоупотребление алкоголем.

61.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. ингибиторы панкреатических ферментов;

2. салуретики;
3. М-холинолитики;
4. антациды;
5. β -адреноблокаторы.

62.ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ:

1. никогда не следует применять глюкокортикоиды местно;
2. глюкокортикоиды эффективнее сульфаниламидов;
3. целесообразна терапия иммуносупрессорами;
4. лечение обычно начинается с сульфосалазина;
5. лечение продолжается несколько месяцев.

63.ДЛЯ МИКРОНОДУЛЯРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. набухание шейных вен;
2. спленомегалия;
3. телеангиоэктазии;
4. гинекомастия;
5. асцит.

**64.МУЖЧИНА 31 ГОДА ЗАБОЛЕЛ ОСТРО. 5 ДНЕЙ НАЗАД ПОЯВИЛИСЬ
НОЮЩИЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ПРАВОМ
ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТА, АНОРЕКСИЯ, ОТРЫЖКА ВОЗДУХОМ.
ЗЛОУПОТРЕБЛЯЛ АЛКОГОЛЕМ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО
СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА, ТРЕМОР РУК, СУБИКТЕРИЧНОСТЬ
СКЛЕР, ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ. ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА НА 3 СМ,
КРАЙ ПЛОТНЫЙ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:**

1. острый вирусный гепатит;
2. калькулезный гепатит;
3. алкогольный гепатит;
4. лекарственный гепатит;
5. рак печени.

65.ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. увеличение печени, сосудистые звездочки, гинекомастия;
2. спленомегалия, вызванная портальной гипертензией;
3. макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина В₁₂;
4. невысокая лихорадка, не связанная с инфекцией.

**66.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
СИНДРОМА:**

1. дискинетического;
2. кишечной диспепсии;
3. анемически-дистрофического (малабсорбция);
4. астено-невротического;
5. геморрагического.

67.ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО:

1. повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ;
2. повышение уровня щелочной фосфатазы;
3. снижение уровня протромбина;
4. изменение белково-осадочных проб;
5. положительная реакция Кумбса.

68.ГЛАВНОЕ ОТЛИЧИЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ОТ ПРОЧИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ:

1. значительное увеличение печеночных ферментов;
2. гистологические изменения;
3. иммунологические показатели;
4. гепатомегалия;
5. желтуха.

69.ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. увеличение уровня γ -глобулинов;
2. снижение уровня липопротеидов;
3. повышение уровня ЩФ;
4. повышение уровня АСТ и АЛТ;
5. снижение уровня кислой фосфатазы.

70.НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

1. повышенное АД;
2. образование коллатералей;
3. кровотечение из вен пищевода, геморроидальных вен;
4. асцит;
5. спленомегалия.

71.НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СИНДРОМ:

1. диспепсический;
2. астенический;
3. портальной гипертензии;
4. холестаза;
5. печеночной недостаточности.

72.ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кишечная инфекция;
2. алиментарные погрешности;
3. длительный прием лекарств;
4. эмоциональное перенапряжение (стресс);
5. сидячий образ жизни.

73.К МАЛЫМ ПЕЧЕНОЧНЫМ СИМПТОМАМ НЕ ОТНОСЯТ:

1. сосудистые звездочки;
2. печеночные ладони;
3. гинекомастию;
4. "брусничные" пятна (пятна Тужилина).

74.ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА НЕ НАБЛЮДАЮТ:

1. боли в области пупка;
2. синдром Образцова;
3. тенезмы;
4. поносы;
5. вздутие живота.

75.ПИЛОРИЧЕСКИЙ ХЕЛИКОБАКТЕР В 100% СЛУЧАЕВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

1. гастрите А;
2. гастрите В;
3. гастрите С;
4. язвенной болезни желудка;
5. язвенной болезни 12-перстной кишки.

76.ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. отрыжка кислым;
2. отрыжка "тухлыми яйцами";
3. изжога;
4. тошнота;
5. запоры.

77.ДЛЯ БРОДИЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. упорные запоры;
2. полифекалия;
3. жидкий пенистый кал желто-зеленого цвета;
4. чувство тяжести, распираания в животе, вздутие живота;
5. икота.

78.В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ МАЛО ИНФОРМАТИВНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ:

1. АЛТ;
2. АСТ;
3. глюкоза крови;

4. гипербилирубинемия;
5. бромсульфалеиновая проба.

79.ДЛЯ СИНДРОМА МАЛАБСОРБЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. диарея;
2. прогрессирующая потеря массы тела, кахексия;
3. В12-фолиево-железодефицитная анемия;
4. остеопороз, остеомалация;
5. полигландулярная недостаточность;
6. синдром "уклонения ферментов".

80.ДЛЯ ЭНТЕРИТНОГО КОПРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. стеаторея;
2. креаторея;
3. снижение pH фекалий;
4. кровь и эритроциты в кале;
5. жидкий светло-желтый пенистый кал.

81.ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. выделение крови с калом;
2. нарушение функции кишечника;
3. боль в животе;
4. лихорадка;
5. наличие язв и псевдополипов в прямой кишке.

82.В НОРМЕ НА 95-99% КИШЕЧНАЯ ФЛОРА СОСТОИТ ИЗ:

1. стафилококков;
2. кишечной палочки;
3. бифидумбактерий;
4. энтерококков;
5. лактобацилл.

83.НА НОРМАЛЬНУЮ КИШЕЧНУЮ МИКРОФЛОРУ НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ:

1. бисептол;
2. панцитрат;
3. оксациллин;
4. тетрациклин;
5. метотрексат.

84.ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. хронический гастрит с секреторной недостаточностью;

2. хронический гепатит и цирроз печени;
3. резекция желудка и тонкой кишки;
4. злокачественное новообразование;
5. острая респираторная вирусная инфекция.

85.ПРИ ЗАПОРАХ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. дульколакс;
2. регулакс;
3. александрийский лист;
4. белую глину;
5. лист сенны.

86.К БАЗОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. бактисуптил;
2. бифидумбактерин;
3. лактобактерин;
4. панцитрат;
5. бификол.

87.ПРИЗНАК КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. красный рубец;
2. купирование болевого синдрома;
3. белый рубец;
4. эрадикация (уничтожение. пилорического хеликобактера).

88.ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. исследование желудочной секреции и гастроскопию;
2. гастроскопию и морфологическое исследование;
3. морфологическое исследование и рентгеноскопию желудка;
4. рентгеноскопию желудка и исследование желудочного сока.

89.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИНДРОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН:

1. диспепсический;
2. болевой;
3. геморрагический;
4. астенический;
5. дисэлектролитный;
6. полигландулярной эндокринной недостаточности.

90.ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. похудание;
2. чувство тяжести в эпигастральной области;

3. снижение аппетита;
4. потливость;
5. боль.

91.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. отрыжка воздухом;
2. чувство переполнения в эпигастральной области;
3. поносы;
4. неприятный вкус во рту;
5. рвота.

92.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С ПОВЫШЕННОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. изжога;
2. язвенноподобные боли;
3. мелена;
4. отрыжка кислым;
5. спастические запоры.

93.БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ:

1. голодная;
2. тупая;
3. острая;
4. приступообразная;
5. ночная.

94.АБСОЛЮТНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА:

1. резкая "кинжальная" боль с иррадиацией в спину;
2. исчезновение печеночной тупости;
3. наличие свободного газа в брюшной полости;
4. брадикардия;
5. разлитое напряжение мышц.

95.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА А НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. атрофия фундальных желез;
2. кишечная метаплазия;
3. гипертрофия гастринпродуцирующих клеток;
4. наличие антител к париетальным клеткам;
5. хеликобактерная инфекция.

96.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО:

1. лейкоцитоз со сдвигом влево и снижение кислотности желудочного сока;
2. снижение кислотности желудочного сока и анемия;
3. анемия и лейкоцитоз со сдвигом влево.

97.ХЕЛИКОБАКТЕР ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ:

1. типа А;
2. типа В;
3. типа С;
4. эрозивном.

98.НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРА:

1. кардиальный отдел желудка;
2. дно желудка;
3. тело желудка;
4. пилорический отдел желудка;
5. 12-перстная кишка.

99.НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРА МЕТОД:

1. гистологический;
2. бактериологический;
3. биохимический;
4. иммунологический;
5. хромоскопический.

100. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ:

1. простой гистаминовый;
2. двойной гистаминовый;
3. пентагастриновый;
4. внутрижелудочная рН-метрия.

101. ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ГАСТРИТА:

1. типа А;
2. типа В;
3. типа С;
4. эрозивного;
5. ригидного.

102. РИСК МАЛИГНИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ:

1. анемии;
2. кишечной метаплазии;
3. атрофии слизистой желудка;

4. снижении желудочной секреции;
 5. большой длительности заболевания.
103. АХЛОРГИДГИЯ СВОЙСТВЕННА ХРОНИЧЕСКОМУ ГАСТРИТУ:
1. типа А;
 2. типа В;
 3. гипертрофическому;
 4. ригидному.
104. НОРМАЛЬНЫЙ БАЗАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ pH ЖЕЛУДКА:
1. 0,9-1,2;
 2. 1,3-1,5;
 3. 1,6-2,2;
 4. 2,3-3,5;
 5. 3,6-6,9;
 6. 7,0-7,5.
105. ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА НЕ ОЦЕНИВАЮТ:
1. воспаление;
 2. активность;
 3. атрофию;
 4. хеликобактерную инфекцию;
 5. кишечную метаплазию;
 6. дебит-час соляной кислоты.
106. ЭРАДИКАЦИЯ (УНИЧТОЖЕНИЕ) ХЕЛИКОБАКТЕРА НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
1. трихополом;
 2. амоксициклином;
 3. де-нолом;
 4. тетрациклином;
 5. омепразолом.
107. УРОВЕНЬ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ НЕ ПОНИЖАЕТ:
1. атропин;
 2. гастроцепин;
 3. фамотидин;
 4. де-нол;
 5. омепразол.
108. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ИМЕЕТ:
1. четкую связь с приемом пищи;

2. выраженный суточный ритм.

109. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. тошнота;
2. отрыжка кислым;
3. горечь во рту;
4. изжога;
5. спастический стул.

110. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

1. симптом Ортнера;
2. френикус-симптом;
3. перитонит;
4. увеличенный, болезненный желчный пузырь;
5. увеличенная и болезненная печень.

111. ДЛЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА КУРВУАЗЬЕ ХАРАКТЕРНО:

1. боль в правом подреберье;
2. боль в правом подреберье и увеличенный желчный пузырь;
3. боль в правом подреберье, увеличенный желчный пузырь и желтуха.

112. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гангрена;
2. холелитиаз;
3. спленомегалия;
4. неспецифический реактивный гепатит;
5. перфорация.

113. НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ:

1. ультрасонография;
2. холецистография;
3. сцинтиграфия;
4. рентген брюшной полости;
5. компьютерная томография.

114. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфекция;
2. деформация желчного пузыря;
3. дискинезия желчных путей;
4. аномалия развития;

5. холелитиаз;
6. рефлюкс желчи в желудок.

115. РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ НЕ СПОСОБСТВУЕТ:

1. застой желчи;
2. изменение химических свойств желчи;
3. сенсibilизация организма к аутоинфекции;
4. дисмоторика желчевыводящих путей;
5. желчегонная терапия.

116. ТИП ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ МОЖНО УТОЧНИТЬ ПРИ:

1. дуоденальном зондировании и компьютерной томографии;
2. компьютерной томографии и сцинтиграфии;
3. сцинтиграфии и ультрасонографии;
4. ультрасонографии и дуоденальном зондировании.

117. ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЖЕЛЧИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

1. холатохолестериновый коэффициент;
2. индекс литогенности;
3. вязкость желчи.

118. ИСКЛЮЧАЕТ ЗАКУПОРКУ КАМНЕМ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА:

1. внезапно возникшая острая боль в правом подреберье;
2. появление желтухи;
3. обесцвеченный кал;
4. темная моча;
5. повышение температуры;
6. темный кал.

119. В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БУДЕТ:

1. общий анализ крови;
2. гастроскопия;
3. исследование кала на кровь;
4. пальцевое исследование прямой кишки.

120. К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ФАЗУ ОБОСТРЕНИЯ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ:

1. диету N 5;
2. антибактериальные препараты;

3. анальгетики;
4. улучшение оттока желчи;
5. физиотерапевтические процедуры.

121. НЕ ОБЛАДАЕТ ХОЛЕЦИСТОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

1. сорбит;
2. ксилит;
3. холагол;
4. сульфат магния;
5. циквалон.

122. НЕ ОБЛАДАЕТ ХОЛЕРЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ:

1. аллахол;
2. холензим;
3. оксафенамид;
4. холагол;
5. эуфиллин.

123. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЖЕЛЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острый вирусный гепатит;
2. острый панкреатит;
3. обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
4. острый холецистит;
5. желчнокаменная болезнь;
6. дискинезия желчных путей.

124. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. нефункционирующий желчный пузырь;
2. камненосительство;
3. закупорка общего желчного протока (механическая желтуха);
4. эмпиема желчного пузыря.

125. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. деструкцией паренхимы;
2. фиброзом и атрофией ацинусов;
3. фиброзом и деструкцией эндокринного аппарата;
4. анатомическим и функциональным повреждением;
5. всем вышеперечисленным.

126. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ:

1. обструктивный;
2. кальцифицирующий;
3. фиброзно-индуративный;
4. кистозный и псевдокистозный.

127. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. употребление алкоголя;
2. алиментарное ожирение;
3. наследственная предрасположенность;
4. хронический холецистит;
5. углеводное питание.

128. ПРОВОЦИРУЮЩИМ МОМЕНТОМ В ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. физическая нагрузка;
2. стресс;
3. употребление алкоголя;
4. голод.

129. ПОДОЗРЕНИЕ НА ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ВОЗРАСТАЕТ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО:

1. появляются запоры;
2. снижается аппетит;
3. появляются боли в эпигастральной области опоясывающего характера;
4. похудание;
5. прогрессирующая слабость.

130. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА:

1. боль усиливается после приема алкоголя;
2. прием пищи облегчает боли;
3. боль иррадирует влево;
4. боль обостряется после приема пищи.

131. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ БОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:

1. эпигастрии, опоясывающего характера;
2. левом подреберье, иррадируют в левое плечо;
3. правом подреберье, иррадируют под правую лопатку.

132. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. синдром мальдигестии;

2. сахарный диабет;
3. В12-дефицитная анемия;
4. механическая желтуха;
5. рак поджелудочной железы;
6. неатрофический гастрит (гастрит типа В).

133. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

1. рвота алой кровью;
2. мелена;
3. снижение АД;
4. температура;
5. боли в эпигастрии.

134. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕАТИТА:

1. диастаза мочи;
2. амилаза мочи;
3. гипергликемия;
4. гиперкальциемия;
5. эластаза кала.

135. ДЛЯ ОЦЕНКИ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. определение гликемического профиля;
2. определение глюкозурического профиля;
3. стандартный тест толерантности к глюкозе;
4. тест с двойной нагрузкой глюкозой;
5. определение Hb A_{1c} и фруктозамина.

136. СИМПТОМОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. бледность;
2. слабость;
3. тахикардия;
4. снижение гемоглобина и эритроцитов;
5. повышение АД;

137. В ФАЗЕ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ СОХРАНЯЕТСЯ:

1. повышение уровня амилазы в сыворотке крови;
2. изменение при ультрасонографии поджелудочной железы;
3. креаторея;
4. гипергликемия;

5. увеличение диастазы в моче.
138. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:
1. кровотечение;
 2. ахалазия кардии;
 3. стеноз привратника;
 4. пенетрация;
 5. перфорация.
139. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ:
1. диспепсический;
 2. болевой;
 3. геморрагический;
 4. астенический.
140. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО:
1. лейкоцитоз со сдвигом влево и снижение кислотности желудочного сока;
 2. снижение кислотности желудочного сока и анемия;
 3. анемия и лейкоцитоз со сдвигом влево.
141. БОЛИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА:
1. голодные;
 2. ночные;
 3. непосредственно после приема пищи.
142. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:
1. кровотечение;
 2. пенетрация;
 3. перфорация;
 4. стеноз привратника;
 5. кардиоспазм.
143. НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:
1. де-нол;
 2. холинолитики;
 3. антациды;
 4. блокаторы H_2 -рецепторов;
 5. блокаторы β -адренорецепторов.
144. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ИМЕЕТ:
1. четкую связь с приемом пищи;

2. выраженный суточный ритм.

145. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. тошнота;
2. отрыжка кислым;
3. горечь во рту по утрам;
4. изжога;
5. спастический стул.

146. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ:

1. через 10 мин. после приема пищи в мезогастрии без иррадиации;
2. в эпигастрии справа с иррадиацией в правую лопатку;
3. в эпигастрии справа с периодической иррадиацией в левую эпигастральную область.

147. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ПРИСОЕДИНИВШИМСЯ ПАНКРЕАТИТ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. боль опоясывающая
2. рвота
3. сильное вздутие живота
4. склонность к запорам
5. мелена

148. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ БОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:

1. эпигастрии, опоясывающего характера;
2. левом подреберье, иррадиируют в левое плечо.

149. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. голодный характер болей;
2. прием пищи облегчает боли;
3. боль иррадиирует влево;
4. боль обостряется после приема пищи.

150. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. воспалительно-деструктивный синдром;
2. синдром нарушения внешней секреции;
3. синдром нарушения внутренней секреции;
4. астенический синдром;
5. демпинг-синдром.

151. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ОТНОСЯТ:

1. заболевания желчных путей;
2. хронический алкоголизм;

3. заболевания 12-перстной кишки и желудка;
4. папиллит, спазм сфинктера Одди;
5. сахарный диабет.

152. НЕ ПРИВОДЯТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:

1. наследственные факторы;
2. нарушения адаптации;
3. нарушения обмена железа;
4. расстройства биоритмов;
5. инфекционные факторы.

153. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ АГРЕССИИ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. избыточная секреция соляной кислоты и пепсина;
2. избыточная секреция секретина;
3. травматизация слизистой;
4. пилорический хеликобактер;
5. гастродуоденальная дисмоторика.

154. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА В ЖЕЛУДКЕ:

1. кардиальный отдел;
2. малая кривизна;
3. большая кривизна;
4. антральный отдел;
5. пилорический отдел.

155. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. снижение защитного слизистого барьера и повышение инфузии ионов водорода в слизистую оболочку;
2. воспаление слизистой оболочки;
3. нарушение микроциркуляции;
4. нарушение гастродуоденальной моторики и длительный антральный стаз пищевого химуса;
5. нарушение регенерации эпителия.

156. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. наличие пилорического хеликобактера;
2. длительная гипохлоргидрия;

3. гиперплазия главных клеток фундального отдела желудка;
4. гиперваготония.

157. ВЕДУЩИЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. снижение АД;
2. похудание;
3. поносы;
4. болевой синдром;
5. синдром малабсорбции.

158. ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С СЕЗОНОМ ГОДА:

1. связано;
2. не связано.

159. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ:

1. периодические, через 20 минут после приема пищи;
2. периодические, через 1,5 часа после приема пищи;
3. постоянные, через 20 минут после приема пищи;
4. постоянные, через 1,5 часа после приема пищи.

160. ДОСТОВЕРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. носительство HbsAg
2. anti- HbsAg
3. HbeAg и антитела anti-HbcAg класса IgM
4. HbeAg и антитела anti-HbcAg класса IgG
5. anti-Hbe антитела

161. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА:

1. бактерии
2. лямблии
3. вирусы
4. токсические факторы
5. все перечисленное

162. НАЗОВИТЕ КЛАССИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ В ПЕРВЫЕ

ЧАСЫ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ: а) предшествующий прием алкоголя или чрезмерное физическое напряжение; б) резкая, как бы «кинжальная» боль в эпигастрии; в) доскообразное напряжение мышц живота; г) «вагусный» замедленный пульс; д) наличие язвенного анамнеза. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1. а, б, в, г
2. все правильно
3. а, г, д
4. б, в, г, д.

163. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЮТ:

1. газы
2. водную взвесь сульфата бария
3. соединения иода
4. соли тяжелых металлов

164. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ:

1. активности патологического процесса
2. тяжести патологического процесса
3. печеночно-клеточной недостаточности
4. портوپеченочной недостаточности

165. В ОСНОВЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ЛЕЖИТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС:

1. врожденный
2. воспалительный
3. дистрофический
4. функциональный
5. сосудистый

166. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В:

1. непосредственное действие вируса на гепатоциты
2. иммунный ответ на вирусные антигены и клеточные аутоантигены
3. поражение желчных ходов

167. НВс-АНТИГЕН ВИРУСА ГЕПАТИТА В МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:

1. в сыворотке крови
2. в вагинальном секрете
3. в гепатоцитах

168. У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ПОЯВИЛСЯ ЧАСТЫЙ СТУЛ ДО 20-30 РАЗ В СУТКИ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ И СЛИЗИ, ТЕМПЕРАТУРА 38,0°C, БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, КОТОРЫЕ УСИЛИВАЮТСЯ ПРИ ПОЗЫВАХ К ДЕФЕКАЦИИ, ТОНУС СФИНКТЕРА СНИЖЕН. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА: ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ, АМЕБ НЕ ВЫЯВЛЕНО. RRS-СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА РЕЗКО ГИПЕРЕМИРОВАНА, ОТЕЧНАЯ, НА ФОНЕ КОТОРОЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТНЫЕ, РАЗНЫХ РАЗМЕРОВ КРОВОТОЧАЩИЕ ЯЗВЫ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ – СКАДКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ УТОЛЩЕНЫ, УМЕРЕННОЕ ДИФФУЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ КИШКИ, НА ФОНЕ КОТОРОГО ВОЗНИКАЮТ ЦИРКУЛЯРНЫЕ СПАСТИЧЕСКИЕ СОКРАЩЕНИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. дизентерия
2. болезнь Крона
3. неспецифический язвенный колит, тяжелое течение
4. амебиаз
5. дивертикулез

169. О ЧЕМ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ЗОНЕ ШОФФАРА:

1. о поражении тела желудка
2. о поражении пилорической части желудка
3. о поражении 12-перстной кишки
4. о поражении 12-перстной кишки и/или пилорической части желудка
5. о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и/или головки pancreas.

170. МУЖЧИНА 33 ЛЕТ, АСТЕНИК. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ 2 ГОДА НАЗАД. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОЯВИЛИСЬ ИЗЖОГА, БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ЧЕРЕЗ 1,5 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ, ПРИНИМАЕТ СОДУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ПХЭС?

1. гастрит
2. хроническая дуоденальная непроходимость
3. язвенная болезнь 12-перстной кишки
4. панкреатит

171. ХОЛИНОЛИТИКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ:

1. язве желудка
2. панкреатите
3. глаукоме
4. анемии
5. остром бронхите

172. МЕЛЕНА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТО-СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНА НА:

1. кровоточащую язву 12-перстной кишки
2. кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
3. тромбоз мезентериальных артерий
4. язвенный колит
5. геморрагический диатез

173. К РАННИМ СИМПТОМАМ РАКА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

1. дисфагию
2. боли за грудиной и в спине
3. кашель при приеме пищи
4. усиленное слюноотделение
5. похудание

174. УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ФРАКЦИЙ БИЛИРУБИНА:

1. повышение общего билирубина только за счет связанной фракции
2. повышение билирубина только за счет свободной фракции
3. повышение преимущественно за счет связанной фракции при умеренном нарастании свободного билирубина

175. СУЩЕСТВУЮТ ЛИ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ
УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕПАТИТА:

1. существуют
2. не существуют

176. КАКИЕ ОТДЕЛЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА:

1. толстый кишечник
2. тонкий кишечник
3. пищевод
4. желудок
5. все отделы пищеварительной трубки

177. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДАЕТ КЛИНИКУ СТЕНОКАРДИИ:

1. заболевания пищевода
2. диафрагмальная грыжа
3. язвенная болезнь желудка
4. хронический колит
5. острый панкреатит

178. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

1. циррозе печени
2. метастатическом раке печени
3. хроническом гепатите
4. холелитиазе

179. К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ:

1. АлТ
2. АсТ
3. ЛДГ
4. щелочная фосфатаза
5. холинэстераза

180. БОЛЬНОЙ 58 ЛЕТ ПОСТУПИЛ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ НА 10 кг, ОТВРАЩЕНИЕ К ЖИРНЫМ ПРОДУКТАМ, ПЛОХОЙ АППЕТИТ, МЕТЕОРИЗМ, ПОНОСЫ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА (37,3). БОЛЕН ОКОЛО ГОДА. ПРИ ОСМОТРЕ: ЖЕЛТУШНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

УВЕЛИЧЕННЫЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. язва желудка
2. острый холецистит
3. рак поджелудочной железы
4. гепатит
5. хроническая дуоденальная непроходимость

181. К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ:

1. ЛДГ, АсТ, АлТ, альдолаза
2. фруктозо-1-6-дифосфатаьдолаза
3. церулоплазмин
4. холинэстераза
5. урокиназа

182. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. абдоминальные боли
2. стеаторея
3. креаторея
4. водная диарея
5. нарушенная толерантность к глюкозе

183. К СЕКРЕТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ:

1. холинэстеразу
2. церулоплазмин
3. прокоагулянты
4. все перечисленное выше

184. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:

1. желудочный дискомфорт
2. изжога
3. строго локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи (поздние и голодные)
4. отрыжка пищей
5. запоры

185. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:
1. острых гепатитах
 2. хронических гепатитах
 3. циррозах печени
 4. болезнях крови
 5. при всех вышеперечисленных состояниях
186. УКАЖИТЕ ОСНОВНУЮ ЦЕЛЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:
1. снижение секреции соляной кислоты;
 2. уменьшение выраженности болевого синдрома;
 3. ускорение рубцевание язвы;
 4. уменьшение риска прободения язвы;
 5. снижение частоты рецидивов язвенной болезни.
187. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА:
1. дно желудка;
 2. кардиальный отдел;
 3. тело желудка;
 4. пилорическая и антральная части;
 5. кардиоэзофагеальный переход.
188. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА:
1. внутренние свищи;
 2. внешние свищи;
 3. инфильтрат в животе;
 4. синдром кишечной недостаточности;
 5. кишечная непроходимость.
189. МУЖЧИНА 57 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕС. СТРАДАЕТ ЗАПОРОМ. ПРИ БАРИЕВОЙ КЛИЗМЕ ВЫЯВЛЕН СТЕНОЗ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЭТОГО ЯВЛЯЕТСЯ:
1. дивертикулит;
 2. ишемический колит;
 3. опухоль толстой кишки;
 4. болезнь Крона толстой кишки;
 5. радиационный колит.
190. У МУЖЧИНЫ 50 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ СЛАБО БОЛЕЗНЕННОЕ ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. В АНАМНЕЗЕ ДВА

ПРИСТУПА ИНТЕНСИВНЫХ БОЛЕЙ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЛИСЬ ТОШНОТОЙ И ПРОДОЛЖАЛИСЬ НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ. ПРИ УЗИ В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ЖИВОТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТОНКОСТЕННОЕ ЖИДКОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. карцинома желудка;
2. карцинома поджелудочной железы;
3. псевдокиста поджелудочной железы;
4. абсцесс поджелудочной железы;
5. отек головки поджелудочной железы

191. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ГОРМОНОВ, СЕКРЕТИРУЕМЫХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ТОНКОЙ КИШКИ, СТИМУЛИРУЕТ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА, БОГАТОГО ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫМИ ФЕРМЕНТАМИ:

1. холецистокинин;
2. секретин;
3. глюкагон;
4. панкреатический полипептид;
5. вазоинтестинальный пептид (ВИП).

192. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ *HSV*-ИНФЕКЦИИ ВСЕ, КРОМЕ:

1. лимфоидных фолликулов в портальных трактах;
2. активации синусоидальных клеток и образования "цепочек" лимфоцитов вдоль синусоидов;
3. поражения желчных протоков и пролиферации дуктул;
4. лимфогистиоцитарной инфильтрации и фиброза портальных трактов.

193. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА (ИНДЕКС CHILD-PUGH) ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ:

1. наличия асцита;
2. стадии печеночной энцефалопатии;
3. уровня альбуминов и билирубина;
4. количества тромбоцитов;
5. протромбинового времени.

194. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

1. заболевание, встречающееся преимущественно у женщин;

2. ассоциация с гипергаммаглобулинемией;
3. ассоциация с сывороточными антигенами к гладкой мускулатуре (SMA), ядерным антигеном (ANA);
4. ассоциация с антимитохондриальными антителами (ANA);
5. быстрая положительная реакция на введение кортикостероидов и цитостатиков.

195. ПРИ НАЛИЧИИ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ:

1. увеличение печени;
2. спленомегалия;
3. асцит;
4. расширение вен пищеводно-желудочного сплетения.

196. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕДИКАМЕНТОВ СПОСОБСТВУЮТ ПОВРЕЖДЕНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА:

1. аспирин;
2. индометацин;
3. преднизолон;
4. реопирин;
5. все выше перечисленные.

197. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С НАЛИЧИЕМ ЭРОЗИЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА, КРОМЕ:

1. де-нола;
2. трихопола;
3. альмагеля;
4. фамотидина;
5. полиферментных препаратов.

198. У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ПИЛОРИЧЕСКИМ ХЕЛИКОБАКТЕРОМ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. трихопола;
2. де-нола;
3. омепразола;
4. амоксициллина;
5. альмагеля.

199. У БОЛЬНОГО ВОЗНИКЛА ОСТРАЯ ЯЗВА В ЖЕЛУДКЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ БОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧИТЬ В ЭТОМ СЛУЧАЕ:

1. сайтотек;
2. фамосан;
3. актовегин;
4. гастрोцепин.

200. КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ПРИ ГРИБКОВОМ ДИСБАКТЕРИОЗЕ:

1. цефазолин;
2. метронидазол;
3. дифлюкан;
4. фуразолидон

НЕФРОЛОГИЯ

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ:
 1. иммунное воспаление базальной мембраны;
 2. отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка;
 3. образование капиллярных микротромбов;
 4. нарушение микроциркуляции;
 5. нарушение обмена микроэлементов.
2. ДЛЯ ОТЕКОВ ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:
 1. рыхлые;
 2. плотные;
 3. на бледном фоне;
 4. легко перемещаются.
3. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ:
 1. СКВ;
 2. геморрагического васкулита;
 3. инфекционного эндокардита;
 4. миеломной болезни;
 5. стрептококковой ангины.
4. В МОЧЕ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ КЛЕТКИ ШТЕНГЕЙМЕРА-МАЛЬБИНА ПРИ:
 1. гломерулонефрите;
 2. пиелонефрите;
 3. миеломной болезни;
 4. амилоидозе почек;
 5. инфаркте почки.
5. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ:
 1. кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
 2. снижения эритропоэтической функции почек;
 3. воздействия уремических токсинов на костный мозг;
 4. внутрисосудистого гемолиза;
 5. гематурии.

6. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. выявление отеков и массивного транссудата;
2. артериальная гипертензия;
3. лейкоцитурия;
4. монотонное снижение удельного веса мочи при пробе по Зимницкому;
5. асимметричное нарушение функции почек при ренографии.

7. У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ ИМЕЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРАВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. В МОЧЕ: БЕЛОК - 0,66 Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ - 6-8 В П/ЗР, ЭРИТРОЦИТЫ - ЕДИНИЧНЫЕ В П/ЗР. ИМЕЮТСЯ ГИАЛИНОВЫЕ ЦИЛИНДРЫ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. хронический пиелонефрит;
2. хронический гломерулонефрит;
3. амилоидоз почек;
4. нефротический синдром;

8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

1. антибиотики;
2. нитрофурановые;
3. кортикостероиды;
4. сульфаниламиды;
5. производные налидиксовой кислоты.

9. О ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧИ:

1. белка менее 1 г/л;
2. белка более 3 г/л;
3. относительная плотность менее 1005;
4. большое количество уратов.

10. К ВТОРИЧНОМУ АМИЛОИДОЗУ ПОЧЕК МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ:

1. ревматизм;
2. деформирующий остеоартроз;
3. ревматоидный артрит;
4. подагра;
5. сахарный диабет.

11. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХПН НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ:

1. уровень креатинина в крови;
2. КЩС крови;
3. величина клубочковой фильтрации;
4. выраженность отеочного синдрома;

5. выраженность анемии.
12. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. дизурия;
 2. бактериурия более 100 000 в мл;
 3. деформация лоханок и чашечек почек;
 4. снижение клубочковой фильтрации;
 5. снижение канальцевой реабсорбции.
13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
1. стафилококковая инфекция;
 2. вирусная инфекция;
 3. стрептококковая инфекция.
14. У МУЖЧИНЫ 32 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО: АД - 170/120 ММ РТ.СТ., ОТЕКОВ НЕТ. В МОЧЕ: 2,5 Г/СУТКИ БЕЛКА, ЭРИТРОЦИТЫ - 6-10 В П/ЗР., МНОГО ЗЕРНИСТЫХ ЦИЛИНДРОВ, КРЕАТИНИН - 88 МКМ/Л. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
1. нефротический синдром;
 2. хронический пиелонефрит;
 3. хронический гломерулонефрит, латентная форма;
 4. хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма;
 5. ХПН.
15. САМЫЙ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ХПН:
1. артериальная гипертензия;
 2. гиперкалиемия;
 3. повышение уровня креатинина в крови;
 4. олигурия;
 5. анемия.
16. ПРИЧИНОЙ ХПН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. хронический гломерулонефрит;
 2. хронический пиелонефрит;
 3. острый внутрисосудистый гемолиз;
 4. амилоидоз;
 5. подагра.
17. ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:
1. нефротический синдром;
 2. артериальная гипертензия;
 3. почечная недостаточность;
 4. гематурия;
 5. профилактика обострений.

18. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. гипоальбуминемия;
2. суточная потеря белка более 3 г/л;
3. изостенурия;
4. гиперлипидемия;
5. отеки.

19. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ШОКЕ СВЯЗАНА С:

1. гиперволемией;
2. гипотонией;
3. гиперкалиемией;
4. протеинурией;
5. азотемией.

20. ДЛЯ ТРОМБОЗА ПОЧЕЧНЫХ ВЕН НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. приступ боли в пояснице и гематурия;
2. лихорадка;
3. протеинурия;
4. лейкоцитурия;
5. артериальная гипертензия.

21. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА В СТАДИИ ХПН НЕ ХАРАКТЕРНА:

1. анемия;
2. олигоанурия;
3. артериальная гипертензия;
4. изогипостенурия;
5. эритремия.

22. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

1. величины протеинурии;
2. клубочковой фильтрации;
3. креатинина сыворотки;
4. холестерина сыворотки;
5. канальцевой реабсорбции воды.

23. БОЛЬНАЯ 51 ГОДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПОЛИКЛИНИКОЙ С ДИАГНОЗОМ: ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ (ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ), ХПН. ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПОЛУЧАЕТ. СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВИ:

1. креатинин 180 мкмоль/л;
2. холестерин 5,0 ммоль/л;
3. билирубин общий 16 мкмоль/л;
4. глюкоза 5 ммоль/л;

5. общий белок 75 г/л.
24. ДЛЯ ОСТРОГО НЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. анемия;
 2. лейкоцитоз с нейтрофилезом;
 3. ускоренное СОЭ;
 4. умеренная гипопроteinемия;
 5. гипер- α - и β -глобулинемия.
25. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХПН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
1. амилоидоз почек;
 2. массивная мочегонная терапия у людей пожилого и старческого возраста;
 3. хронический гломерулонефрит;
 4. хронический пиелонефрит;
 5. хроническая обструкция мочевых путей.
26. ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. гипертензия;
 2. боль в поясничной области;
 3. изменение мочи;
 4. отеки;
 5. дизурия.
27. МАКРОГЕМАТУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
1. острого гломерулонефрита;
 2. инфаркта почки;
 3. амилоидоза почек;
 4. почечно-каменной болезни;
 5. гипернефром.
28. ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:
1. глюкокортикоиды;
 2. нестероидные противовоспалительные препараты;
 3. цитостатики;
 4. антикоагулянты;
 5. гипотензивные.
29. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАТЕНТНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
1. гематурия;
 2. отеки;
 3. протеинурия;
 4. цилиндрурия;
 5. небольшая лейкоцитурия.

30. САМЫЙ ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ХПН:

1. артериальная гипертензия;
2. гиперкалиемия;
3. повышение уровня креатинина крови;
4. олигурия;
5. протеинурия.

31. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

1. стафилококк
2. клебсиелла
3. бета-гемолитический стрептококк группы А
4. синегнойная палочка
5. пневмококк

32. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. лейкоцитурия
2. протеинурия
3. гематурия
4. цилиндрурия
5. бактериурия

33. ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХПН:

1. гиперальбуминемия
2. дислипидемия
3. гиперкреатининемия
4. уробилинурия
5. гипербилирубинемия

34. В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ:

1. 10-12 дней
2. 3-4 дня
3. неделя
4. месяц
5. 2 месяца

35. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ:

1. гематурический
2. латентный

3. нефротический
4. гипертонический
5. смешанный

36.КАКОЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА МОЖЕТ НЕ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ ХПН:

1. латентный
2. гематурический
3. гипертонический
4. нефротический
5. смешанный

37.КАКАЯ ПРОБА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

1. по Нечипоренко
2. Зимницкого
3. Реберга-Тареева
4. Аддиса-Каковского
5. Амбюрге

38.КАКИЕ ДИЕТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:

1. ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки
2. увеличение потребления хлорида натрия
3. увеличение количества потребляемой жидкости
4. повышение потребления калийсодержащих продуктов

39.ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ:

1. фибропластическом
2. мезангиокапиллярном
3. фокальном сегментарном гломерулосклерозе
4. мембранозном
5. минимальных изменениях клубочков

40.САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. олигурия
2. протеинурия
3. артериальная гипертензия в сочетании с анемией
4. повышение уровня креатинина в крови
5. гиперлипидемия

41.В КАКОМ ПРОЦЕНТЕ СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ КАК ИСХОД ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА:

1. 80-90%
2. 50%
3. 25%
4. 100%
5. 10-20%

42.ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ПЕРЕНЕС СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ, ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ:

1. во время заболевания
2. через 5-7 дней после начала заболевания
3. через 10-14 дней после начала заболевания

43.БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С ОЛИГУРИЕЙ ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ:

1. необходимо
2. необязательно
3. в зависимости от уровня АД

44.МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 50 мг
2. 100 мг
3. 150 мг
4. 300 мг
5. 500 мг

45.ИЗОСТЕНУРИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ:

1. плотность мочи равна плотности плазмы
2. плотность мочи ниже 1015
3. плотность мочи равна 1015

46.НАИМЕНЬШИЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ У:

1. верошпирона
2. лазикса
3. урегита
4. триампура

47.ПРИ АЗОТЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. кожный зуд
2. эритроцитоз
3. полиурия, полидипсия
4. тошнота, рвота

48.ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. протеинурия
2. гематурия
3. цилиндрурия
4. лейкоцитурия

49.ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК НЕ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТ:

1. эритромицин
2. пенициллин
3. гентамицин
4. цефазолин

50.НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. острого пиелонефрита
2. хронического пиелонефрита
3. туберкулеза почек
4. диабетической почки
5. гидронефроза

51.ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА:

1. да
2. нет

52.ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
ОБУСЛОВЛЕН:

1. гиперволемией
2. сердечной недостаточностью
3. гипопротеинемией

53.ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ФОРМИРУЕТСЯ:

1. первично-сморщенная почка
2. вторично-сморщенная почка

54.ЭКГ-СИМПТОМЫ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

1. высокий готический зубец Т
2. отрицательный зубецТ
3. удлинение QT
4. депрессия ST

55.ДЛЯ ПОЧЕК ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

1. повышение клубочковой фильтрации
2. понижение клубочковой фильтрации
3. повышение канальцевой реабсорбции

56.РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. подагры
2. кисты почки
3. ревматоидного артрита
4. геморрагического васкулита
5. диабетического гломерулонефрита

БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

1. 50-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА ОТМЕЧАЕТ ОПУХАНИЕ И ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ. В ОСТАЛЬНОМ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. деформирующий остеоартроз;
2. ревматоидный артрит;
3. системная красная волчанка;
4. склеродермия;
5. подагра.

2. НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ С УМЕРЕННЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА:

1. аминокислотные препараты;
2. колхицин;
3. нестероидные противовоспалительные средства;
4. кортикостероиды;
5. ортопедическая операция.

3. БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АРТРИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ АРТРОЗА:

1. боли в движении;
2. хруст в суставе;
3. разрастание кости;
4. опухание и повышение кожной температуры;
5. ограничение подвижности.

4. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ, В МОЧЕ ОБНАРУЖЕНА ПРОТЕИНУРИЯ ДО 3,5 Г/Л. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ:

1. хронического пиелонефрита;
2. хронического гломерулонефрита;
3. интерстициального нефрита;
4. ХПН;
5. амилоидоза почек.

5. У МУЖЧИНЫ 20 ЛЕТ БОЛИ В СУСТАВАХ, УРЕТРИТ, КОНЬЮНКТИВИТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. псориатическая артропатия;
2. болезнь Рейтера;
3. гранулематоз Вегенера;
4. саркоидоз.

6. БОЛЬНУЮ 62 ЛЕТ ПОСЛЕДНИЕ 2 ГОДА БЕСПОКОЯТ БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, БОЛЬШЕ В ПРАВОМ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ХОДЬБЕ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ СПУСКЕ С ЛЕСТНИЦЫ. ПРИ ОСМОТРЕ ПРАВЫЙ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ НЕСКОЛЬКО УВЕЛИЧЕН В РАЗМЕРЕ ЗА СЧЕТ ВЫПОТА. КОЖА НАД НИМ ТЕПЛЕЕ, ЧЕМ НАД ЛЕВЫМ КОЛЕННЫМ СУСТАВОМ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОСТЕОФИТОЗ, ОДИНАКОВО ВЫРАЖЕННЫЙ С ОБЕИХ СТОРОН. НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

1. артроз с вторичным синовииитом;
2. гонартроз;
3. подагра;
4. болезнь Рейтера;
5. болезнь Бехтерева.

7. ПРИ СОЧЕТАНИИ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ: РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ, ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, НЕФРОПАТИЯ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ - ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. ревматоидный полиартрит;
2. ревматический полиартрит;
3. деформирующий остеоартроз;
4. подагра;
5. инфекционно-аллергический полиартрит.

8. БОЛЬНАЯ 36 ЛЕТ СТРАДАЕТ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БРУФЕНОМ 6-8 ТАБЛЕТОК ОТМЕЧЕНО ПОСТЕПЕННОЕ НАРАСТАНИЕ АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА. СОЭ - 46 ММ/Ч, РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР СЫВОРОТКИ КРОВИ - 1:640. ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОГО СРЕДСТВА:

1. хлорбутин;
2. делагил;
3. препарат золота;
4. вольтарен;
5. преднизолон.

9. У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 3 ГОДА И ЛЕЧЕННОЙ НАПРОКСЕНОМ В ДОЗЕ 1000 МГ/СУТ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ, ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫЙ АРТРИТ ПРАВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА. РЕШАЕТСЯ ВОПРОС О ВНУТРИСУСТАВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАТЯНУВШЕГОСЯ АРТРИТА. СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ:

1. румалон;
2. артепарон;

3. внутрисуставный кеналог;
4. новокаин;
5. кризанола.

10. БОЛЬНАЯ 64 ЛЕТ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОЛУЧАЕТ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ СНИЖЕНИЕ ЧИСЛА ЛЕЙКОЦИТОВ ДО 3,0 ТЫС/МЛ. ЛЕЙКОПЕНИЮ МОГ ВЫЗВАТЬ:

1. румалон;
2. кеналог;
3. реопирин;
4. панангин;
5. дигоксин.

11. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. поражение мелких суставов;
2. периартикулярный отек;
3. связь артралгий с появлением кожных высыпаний;
4. поражение крупных суставов;
5. боли разной интенсивности.

12. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ 3-Й СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1. сужение суставной щели;
2. околосуставный остеопороз;
3. значительное разрушение хряща и кости;
4. круглые дефекты в эпифизах костей.

13. У БОЛЬНОЙ 37 ЛЕТ ЛИХОРАДКА ДО 37,8 С В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА, БОЛЬ В ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВАХ, СУХОЙ КАШЕЛЬ. ОБНАРУЖЕНО

УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ, КРАСНЫЕ РЕЗКО БОЛЕЗНЕННЫЕ ВЫСЫПАНИЯ НА КОЖЕ ГОЛЕНЕЙ ВОКРУГ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ, ПРИПУХЛОСТЬ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ СИММЕТРИЧНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. СКВ;
2. ревматоидный полиартрит;
3. хронический лимфолейкоз;
4. лимфогранулематоз.

14. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНАЯ ДЛЯ ДИАГНОЗА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА КОМБИНАЦИЯ ПРИЗНАКОВ:

1. "летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов;
2. стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты;
3. острый моноартрит сустава большого пальца стопы;
4. симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов.

15. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. наличие костных разрастаний в области дистальных межфаланговых суставов кистей;
2. поражение позвоночника;
3. обнаружение ревматоидного фактора;
4. отсутствие деформаций суставов;

16. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. аллопеция;

2. гипер-гаммаглобулинемия;
3. повышенный титр анти-ДНК антител;
4. синдром Рейно;
5. анемия.

17. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ:

1. Хеддельсона;
2. Ваалер-Роузе;
3. Манту;
4. Бурлакова и Борде-Жангу.

18. У 17-ЛЕТНЕЙ ДЕВУШКИ, БОЛЕЮЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА (ЭРИТЕМА НА ЛИЦЕ, СИММЕТРИЧНЫЙ ПОЛИАРТРИТ, ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ) ДИАГНОСТИРОВАНА СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА. НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ НЕЛЕЧЕННОЙ СКВ И ТРЕБУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБЪЯСНЕНИЯ:

1. анемия;
2. признаки гемолиза;
3. антитела к нативной ДНК;
4. тромбоцитопения;
5. лейкоцитоз.

19. ПРИ СКВ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ НЕ ИМЕЕТ:

1. обнаружение LE-клеток в сыворотке крови;
2. увеличение СОЭ;
3. гипер-гаммаглобулинемия;
4. высокий титр АНФ в сыворотке крови;

5. лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом влево.

20. НЕ ВХОДИТ В ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ТРИАДУ ПРИ СКВ:

1. артрит
2. кожный синдром
3. полисерозит
4. подвывих хрусталика

21. ПРИ СКВ НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННО НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. лейкопения;
2. эозинопения;
3. гемолитическая анемия;
4. реакция Ваалер-Роузе в высоком титре.

22. ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНО:

1. тромбоцитоз;
2. редкое развитие гломерулонефрита;
3. анкилозирование суставов;
4. повышение титра антител к ДНК.

23. ДЛЯ II СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СКВ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. температура - 37,8 (С;
2. Нв - 105 г/л;
3. СОЭ - 30 мм/час;
4. СОЭ - 50 мм/час.

24. ПРИ СКВ НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. перикардит;
2. формирование стеноза клапанных отверстий;
3. абактериальный эндокардит Либмана-Сакса;
4. миокардит;
5. гломерулонефрит.

25. 25-ЛЕТНЯЯ БОЛЬНАЯ СКВ С ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ПОЧЕК (С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ) ВТОРОЙ МЕСЯЦ ПОЛУЧАЕТ ПРЕДНИЗОЛОН В ДОЗЕ 60 МГ/СУТ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ. СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ:

1. тромбоцитопения;
2. синдром Рейно;
3. эритема на щеках и носу;
4. содержание белка в крови 55 г/л;
5. некроз головки бедренной кости.

26. ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНО:

1. редкое поражение почек;
2. выявление антинуклеарных антител;
3. мегалобластический тип кроветворения при стеральной пункции.

27. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. симметричное поражение мелких суставов стоп;
2. возможно развитие недостаточности митрального клапана;
3. типичное усиление болевого синдрома по утрам;
4. нарастание скованности в суставах к вечеру;

28. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНА:

1. летучесть изменений;
2. деформация суставов;
3. длительная утренняя скованность.

29. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1. ревматоидные узелки;
2. интерстициальный фиброз легких;
3. васкулит;
4. нейропатия;
5. перикардит.

30. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ:

1. сердца;
2. суставов;
3. нервной системы;
4. позвоночника.

31. СКВ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ:

1. мужчины;
2. женщины.

32. СКВ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ В ВОЗРАСТЕ:

1. детском и молодом;
2. молодом и среднем;

3. среднем и пожилым.

33. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ:

1. РФ;
2. АСЛ-О;
3. HbSAg.

34. ДЛЯ СКВ ХАРАКТЕРНЫ:

1. клетки Боткина-Гумпрехта;
2. LE-клетки;
3. клетки "сердечных пороков".

35. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ:

1. позвоночника;
2. сердца;
3. суставов.

36. ПАТОАНАТОМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. функциональный;
2. врожденный;
3. воспалительный;
4. дистрофический;
5. сосудистый;
6. опухолевый.

37. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1. летучий характер болей в суставах
2. экссудативные воспаления мелких суставов
3. утренняя скованность суставов
4. отсутствие эффекта от применяемой терапии
5. атрофия мышц, деформация суставов
6. поражение дистальных межфаланговых суставов

38. НЕ ОТНОСИТСЯ К АКТИВНОМУ ВОЛЧАНОЧНОМУ НЕФРИТУ:

1. низкий уровень компонентов комплемента в крови;
2. высокий титр АТ к нативной ДНК;
3. высокий уровень трансаминаз в крови;
4. слепки эритроцитов в осадке мочи;
5. эритроциты и лейкоциты в осадке мочи при отрицательных результатах посева.

39. НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СУСТАВНЫХ БОЛЕЙ:

1. болезненность при движениях;
2. крепитация;
3. пролиферативная деформация сустава;
4. припухлость и локальное повышение температуры над суставом;
5. нестабильность суставов.

40. САМОЕ ЧАСТОЕ НЕСУСТАВНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1. ревматоидные узелки;
2. интерстициальное поражение легких;
3. васкулит;
4. нейропатия;
5. перикардит.

41. К ТИПИЧНЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. миокардит
2. хорея
3. артрит
4. нефрит
5. подкожные узелки

42. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1. острый синовит
2. деформации суставов
3. "летучий" характер поражения суставов
4. преимущественное поражение мелких и средних суставов

43. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ (КРОМЕ СЕРДЦА):

1. суставы
2. ЦНС
3. кожа
4. почки

44. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ СИМПТОМОМ:

1. склеродермии
2. ревматоидного артрита
3. ревматического артрита
4. подагры

45. ПРЕПАРАТ, ПОДХОДЯЩИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОЗВРАТНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО РЕВМОКАРДИТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕГОСЯ МИНИМАЛЬНЫМИ СДВИГАМИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:

1. преднизолон
2. делагил
3. вольтарен
4. цитостатики
5. пенициллин

46. ТИПИЧНОЕ ДЛЯ СКВ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ:

1. пневмонит
2. пневмония
3. инфаркт легкого
4. пневмосклероз

47. УПОРНОЕ НАЛИЧИЕ АРТРАЛГИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. сифилиса
2. гонореи
3. ревматизма
4. ревматоидного артрита

48. МОНОАРТРИТЫ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гонореи
2. ревматоидного артрита
3. СКВ
4. подагры

49. АРТРИТ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. ревматоидного артрита
2. реактивного артрита
3. псориаза
4. деформирующего артроза.

50. БОЛЕЗНЬЮ БЕХТЕРЕВА БОЛЕЮТ ЧАЩЕ:

1. мужчины

2. женщины

51. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ВЕДЕТ К ПОРАЖЕНИЮ ПОЧЕК В ВИДЕ:

1. амилоидоза
2. нефропиелита
3. пиелонефрита

52. К КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДЕ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА НЕ ОТНОСЯТ:

1. отит
2. уретрит
3. конъюнктивит
4. артрит

53. РЕБЕРНЫЕ ХРЯЩИ ВОВЛЕКАЮТСЯ В ПРОЦЕСС ПРИ:

1. синдроме Титце
2. саркоидозе
3. периодической болезни
4. гемобластозе

54. БОЛЕЗНЬ МАРИ-БАМБЕРГЕРА (ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ ОСТЕОАРТРОПАТИЯ) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. акромегалии
2. бронхогенного рака легких
3. бронзового диабета
4. деформирующего артроза

55. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. болезни Бехтерева
2. болезни Рейтера
3. болезни Бека
4. болезни Бюргера:

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

КАРДИОЛОГИЯ

1. 2	40.4	79.4	118. 2
2. 3	41.5	80.5	119. 1
3. 4	42.3	81.4	120. 1
4. 4	43.4	82.2	121. 1
5. 4	44.5	83.1	122. 3
6. 3	45.4	84.1	123. 3
7. 5	46.4	85.3	124. 5
8. 3	47.3	86.4	125. 2
9. 4	48.1	87.4	126. 3
10.5	49.1	88.2	127. 3
11.1	50.1	89.4	128. 5
12.1	51.4	90.3	129. 1
13.1	52.2	91.4	130. 2
14.1	53.5	92.3	131. 4
15.3	54.4	93.3	132. 3
16.2	55.4	94.3	133. 5
17.1	56.1	95.4	134. 2
18.1	57.2	96.4	135. 4
19.2	58.3	97.2	136. 4
20.5	59.2	98.5	137. 2
21.5	60.1	99.4	138. 2
22.2	61.3	100. 4	139. 2
23.3	62.5	101. 4	140. 1
24.3	63.4	102. 3	141. 5
25.4	64.4	103. 1	142. 3
26.3	65.3	104. 1	143. 1
27.5	66.2	105. 4	144. 3
28.2	67.4	106. 1	145. 6
29.2	68.3	107. 3	146. 4
30.5	69.4	108. 1	147. 2
31.4	70.4	109. 2	148. 5
32.5	71.3	110. 2	149. 3
33.4	72.1	111. 4	150. 1
34.4	73.2	112. 1	151. 2
35.3	74.1	113. 1	152. 6
36.2	75.2	114. 4	153. 2
37.2	76.1	115. 4	154. 1
38.4	77.4	116. 5	155. 3
39.3	78.2	117. 3	156. 5

157.	3	202.	3	247.	2	292.	1
158.	4	203.	3	248.	2	293.	1
159.	2	204.	2	249.	2	294.	2
160.	4	205.	2	250.	5	295.	1
161.	2	206.	4	251.	4	296.	1
162.	2	207.	2	252.	5	297.	2
163.	2	208.	2	253.	5	298.	3
164.	4	209.	3	254.	2	299.	1
165.	4	210.	4	255.	5	300.	2
166.	5	211.	2	256.	1	301.	2
167.	4	212.	5	257.	4	302.	1
168.	3	213.	1	258.	2	303.	3
169.	2	214.	1	259.	1	304.	3
170.	5	215.	2	260.	3	305.	1
171.	1	216.	3	261.	4	306.	2
172.	1	217.	4	262.	5	307.	2
173.	3	218.	2	263.	2	308.	1
174.	4	219.	5	264.	1	309.	2
175.	3	220.	4	265.	2	310.	2
176.	4	221.	4	266.	3	311.	2
177.	3	222.	3	267.	1	312.	1
178.	2	223.	1	268.	3	313.	1
179.	3	224.	1	269.	1	314.	3
180.	4	225.	2	270.	2	315.	1
181.	2	226.	2	271.	3	316.	2
182.	4	227.	1	272.	2	317.	3
183.	2	228.	1	273.	3	318.	2
184.	4	229.	3	274.	1	319.	2
185.	3	230.	5	275.	2	320.	3
186.	1	231.	1	276.	3	321.	3
187.	2	232.	3	277.	2	322.	2
188.	2	233.	2	278.	1	323.	2
189.	4	234.	1	279.	1	324.	1
190.	2	235.	1	280.	1	325.	3
191.	4	236.	2	281.	1	326.	3
192.	4	237.	2	282.	1	327.	2
193.	2	238.	3	283.	3	328.	2
194.	2	239.	5	284.	1	329.	1
195.	1	240.	5	285.	2	330.	1
196.	1	241.	4	286.	2	331.	2
197.	1	242.	5	287.	1	332.	1
198.	4	243.	5	288.	1	333.	1
199.	1	244.	3	289.	2	334.	2
200.	2	245.	5	290.	3	335.	3
201.	3	246.	5	291.	1	336.	2

337. 2	382. 3	427. 2	472. 4
338. 2	383. 1	428. 2	473. 1
339. 3	384. 2	429. 5	474. 2
340. 2	385. 3	430. 2	475. 2
341. 1	386. 3	431. 3	476. 1
342. 1	387. 3	432. 2	477. 2
343. 1	388. 2	433. 5	478. 4
344. 1	389. 1	434. 4	479. 2
345. 3	390. 2	435. 3	480. 2
346. 3	391. 2	436. 1	481. 2
347. 3	392. 2	437. 2	482. 4
348. 2	393. 2	438. 2	483. 2
349. 1	394. 2	439. 3	484. 1
350. 2	395. 2	440. 3	485. 4
351. 2	396. 1	441. 3	486. 3
352. 2	397. 2	442. 3	487. 1
353. 1	398. 2	443. 2	488. 1
354. 2	399. 3	444. 2	489. 2
355. 2	400. 2	445. 3	490. 3
356. 3	401. 3	446. 2	491. 2
357. 2	402. 3	447. 1	492. 3
358. 2	403. 2	448. 1	493. 4
359. 1	404. 2	449. 1	494. 5
360. 1	405. 1	450. 3	495. 3
361. 2	406. 3	451. 1	496. 2
362. 1	407. 3	452. 1	497. 3
363. 4	408. 2	453. 3	498. 1
364. 2	409. 1	454. 1	499. 1
365. 4	410. 3	455. 3	500. 2
366. 2	411. 2	456. 1	501. 2
367. 1	412. 3	457. 3	502. 2
368. 3	413. 3	458. 2	503. 2
369. 3	414. 1	459. 3	504. 4
370. 3	415. 1	460. 3	505. 4
371. 2	416. 3	461. 3	506. 3
372. 3	417. 2	462. 3	507. 5
373. 4	418. 2	463. 2	508. 2
374. 4	419. 1	464. 3	509. 5
375. 3	420. 1	465. 3	510. 5
376. 2	421. 2	466. 1	511. 3
377. 4	422. 1	467. 2	
378. 3	423. 5	468. 1	
379. 1	424. 5	469. 3	
380. 2	425. 2	470. 1	
381. 3	426. 4	471. 2	

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1. 1	42.2	83.1	124. 4
2. 3	43.3	84.4	125. 3
3. 3	44.1	85.4	126. 4
4. 3	45.2	86.4	127. 2
5. 1	46.5	87.5	128. 5
6. 1	47.3	88.3	129. 4
7. 1	48.2	89.2	130. 1
8. 2	49.2	90.4	131. 2
9. 4	50.4	91.2	132. 3
10.4	51.3	92.2	133. 3
11.1	52.3	93.1	134. 2
12.2	53.2	94.3	135. 3
13.4	54.1	95.4	136. 2
14.2	55.2	96.3	137. 2
15.5	56.2	97.5	138. 2
16.5	57.4	98.3	139. 1
17.4	58.1	99.2	140. 3
18.5	59.2	100. 1	141. 1
19.2	60.1	101. 2	142. 4
20.3	61.1	102. 2	143. 2
21.4	62.5	103. 3	144. 1
22.5	63.4	104. 3	145. 2
23.4	64.1	105. 1	146. 3
24.5	65.1	106. 3	147. 3
25.4	66.1	107. 3	148. 1
26.5	67.2	108. 3	149. 1
27.2	68.1	109. 2	150. 2
28.4	69.2	110. 4	151. 1
29.3	70.2	111. 2	152. 1
30.3	71.1	112. 3	153. 2
31.3	72.1	113. 2	154. 2
32.3	73.1	114. 4	155. 1
33.3	74.5	115. 2	156. 3
34.3	75.1	116. 4	157. 2
35.4	76.2	117. 3	158. 3
36.4	77.3	118. 3	159. 2
37.4	78.3	119. 5	160. 3
38.2	79.3	120. 2	161. 3
39.3	80.3	121. 3	162. 3
40.5	81.2	122. 4	163. 3
41.2	82.3	123. 4	164. 1

165. 2
166. 1
167. 1
168. 1
169. 1
170. 1
171. 1
172. 3
173. 3
174. 2
175. 1
176. 1
177. 2
178. 3
179. 1
180. 2
181. 2
182. 1
183. 2
184. 2
185. 2
186. 1
187. 1
188. 4
189. 1
190. 1
191. 2
192. 1
193. 2
194. 3
195. 2
196. 2
197. 2
198. 4
199. 1
200. 1
201. 2
202. 3
203. 1
204. 2
205. 2
206. 1
207. 2
208. 2

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1. 1	43.6	85.4	127. 5
2. 3	44.4	86.4	128. 3
3. 4	45.3	87.3	129. 3
4. 2	46.4	88.2	130. 2
5. 1	47.3	89.6	131. 1
6. 4	48.2	90.4	132. 6
7. 2	49.3	91.5	133. 2
8. 2	50.2	92.3	134. 5
9. 5	51.2	93.2	135. 5
10.4	52.5	94.3	136. 5
11.2	53.4	95.5	137. 2
12.3	54.2	96.2	138. 2
13.4	55.3	97.2	139. 3
14.2	56.2	98.4	140. 2
15.2	57.2	99.5	141. 3
16.5	58.3	100. 4	142. 5
17.2	59.4	101. 3	143. 5
18.1	60.2	102. 2	144. 1
19.5	61.5	103. 1	145. 2
20.4	62.1	104. 3	146. 1
21.2	63.1	105. 6	147. 5
22.5	64.3	106. 5	148. 1
23.3	65.4	107. 4	149. 2
24.4	66.5	108. 1	150. 5
25.4	67.1	109. 2	151. 5
26.3	68.3	110. 4	152. 3
27.5	69.3	111. 3	153. 2
28.5	70.1	112. 3	154. 2
29.4	71.4	113. 4	155. 1
30.4	72.5	114. 6	156. 1
31.1	73.4	115. 5	157. 4
32.2	74.3	116. 4	158. 1
33.4	75.2	117. 3	159. 2
34.4	76.2	118. 6	160. 3
35.3	77.5	119. 2	161. 5
36.4	78.3	120. 5	162. 2
37.2	79.6	121. 3	163. 2
38.2	80.4	122. 5	164. 1
39.2	81.1	123. 6	165. 4
40.2	82.3	124. 2	166. 1
41.4	83.2	125. 5	167. 3
42.2	84.5	126. 2	168. 3

169. 5
170. 3
171. 3
172. 2
173. 1
174. 3
175. 2
176. 5
177. 1
178. 1
179. 5
180. 3
181. 1
182. 4
183. 4
184. 3
185. 5
186. 5
187. 4
188. 5
189. 3
190. 3
191. 1
192. 4
193. 4
194. 4
195. 4
196. 5
197. 5
198. 5
199. 1
200. 3

НЕФРОЛОГИЯ

1. 5	16.3	31.3	46.2
2. 2	17.1	32.2	47.2
3. 4	18.3	33.3	48.2
4. 2	19.2	34.1	49.3
5. 2	20.1	35.2	50.4
6. 1	21.5	36.2	51.1
7. 3	22.1	37.3	52.1
8. 3	23.1	38.1	53.1
9. 3	24.1	39.5	54.1
10.3	25.2	40.4	55.2
11.4	26.5	41.5	56.2
12.4	27.3	42.3	
13.3	28.5	43.1	
14.4	29.2	44.1	
15.3	30.3	45.1	

БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

1. 1	40.1
2. 3	41.4
3. 4	42.2
4. 5	43.1
5. 2	44.1
6. 1	45.3
7. 4	46.1
8. 3	47.4
9. 3	48.2
10.3	49.3
11.1	50.1
12.3	51.1
13.1	52.1
14.4	53.1
15.4	54.2
16.3	55.3
17.2	
18.5	
19.5	
20.4	
21.1	
22.4	
23.4	
24.2	
25.5	
26.2	
27.4	
28.1	
29.1	
30.2	
31.2	
32.2	
33.1	
34.2	
35.3	
36.3	
37.1	
38.3	
39.4	

