**ПНЕВМОНИЯ**

**?** **Препаратом выбора для лечения внебольничной пневмонии является**

!. рифампицин

!+ сумамед

! стрептомицин

! эритромицин

! оксациллин

**? Основным рентгенологическим признаком долевой пневмонии является:**

!+гомогенное затенение соответственно доле

! ателектаз

! усиленный легочной рисунок

! округлые тени

! диффузное снижение прозрачности

**?. Для долевой пневмонии не характерны**

! отставание больной половине грудной клетки при дыхании

! + мелкопузырчатые влажные хрипы в зоне воспаления

! притупление в зоне воспаления

! усиленная бронхофония

! бронхиальное дыхание в зоне притупления

**? К деструкции легких чаще приводит**

! пневмококк

! стрептококк

!+ стафилококк

! микоплазма

! вирус гриппа

**?. Вирусную пневмонию от бактериальной отличают**

! инфильтративные изменения на рентгенограмме

! лейкоцитоз со сдвигом влево

! + маловыраженные физикальные изменения

! лихорадка

! кашель с мокротой

**?. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего являются**

! стрептококк

! + хламидии

! + легионелла

! стафилококк

! кишечная палочка

**7. Для лечения пневмонии антибиотик выбирается с учетом**

! длительности заболевания

! +этиологического фактора

! сопутствующих заболеваний

! возраста

! объема поражения легочной ткани

**?. Воспалительный процесс при пневмонии может быть локализован в**

! крупных бронхах

! +бронхиолах

! + альвеолах

! +интерстициальной ткани легких

! трахее

**?. Для пневмонии характерны следующие физикальные изменения**

! +усиление голосового дрожания

! +притупление перкуторного звука

! ясный легочной звук

! коробочный звук

! влажные среднепузырчатые хрипы

**? При долевой пневмонии аускультативно выявляются**

! + сухие свистящие хрипы

! + среднепузырчатые влажные хрипы

! крепитация

! амфоричное дыхание

! крупнопузырчатые влажные хрипы

**?Для долевой пневмонии характерны следующие рентгенологические изменения:**

! + гомогенное затенение доли легкого

! повышение прозрачности легочных полей

! гомогенное затенение нижней доли с линией Дамуазо

! множественные округлые очаги затенения

! ателектаз легкого на стороне поражения

**?. Препаратами выбора для лечения пневмококковой пневмонии являются**

! + пенициллины

! фторхинолоны

! тетрациклины

! цефалоспорины

! аминогликозиды

**?. Эффективность антибактериальной терапии оценивается через**

! 6 часов

! на вторые сутки

! +через 3 суток

! через 7 дней

! через 2 недели

**? К аминогликозидам относятся**

А. амоксиклав

Б.+ гентамицин

В.+ канамицин

Г. левомицетин

Д. рулид

**? Для долевой пневмонии в фазу красного и серого опеченения характерен перкуторный звук:**

! притупленный

! тимпанический

! коробочный

! + тупой

! металлический

**?. Диагноз пневмонии устанавливается на основании**

! показателей УЗИ

! + данных физикального исследования

! + результатов рентгенологического исследования легких

! показателей общего белка и белковых фракций

! показателей АЛТ и АСТ

**? У ВИЧ-инфицированных лиц наиболее вероятным возбудителем пневмонии является**

! хламидии

! стафилококк

! +пневмоциста

! микоплазма

! пневмококк

**? Нозокомиальной считается пневмония диагностированная**

! в день поступления в стационар

! + через 2-3 дня и более после госпитализации

! после выписки из стационара

! до поступления в стационар

**? Лечение внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста следует начинать с**

! + цефалоспоринов

! гентамицина

! фторхинолонов

! полусинтетических пенницилинов

! + макролидов

**? Лечение легионеллезной пневмонии проводится**

! пенициллинами

! цефалоспоринами

! + макролидами

! тетрациклинами

! аминогликозидами

**? Препаратами выбора для лечения микоплазменных и хламидийных пневмоний являются**

! + сумамед

! тинидазол

! гентамицин

! ампиокс

! цефтриаксон

**? Нозокомиальные пневмонии чаще вызываются**

! пневмококком

! +стафилоккоком

! легионеллой

! микоплазмой

! + грамотрицательной флорой

**?. Интерстициальную пневмонию чаще всего вызывают**

! пневмококк

! + вирусы

! + микоплазма

! стафилококк

! стрептококк

**?. Наиболее частым возбудителем госпитальной пневмонии у пожилых лиц является**

! + клебсиелла

! стрептококк

! микоплазма

! пневмококк

! вирусы

**?. Какие рентгенологические признаки отличают туберкулезный инфильтрат от пневмонии?**

! + локализуется чаще в верхних долях

! неправильная форма.

! размытые контуры.

! небольшая интенсивность тени.

! + наличие очагов вокруг инфильтрата.

**бронхоэктатическая болезнь**

**? При аускультации легких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются:**

! крепитация

! непостоянные сухие хрипы в зоне поражения

! рассеянные сухие и влажные хрипы

! локальные мелкопузырчатые хрипы

! +локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими

**?. У больного 60 лет, злоупотребляющего алкоголем в течение 10 дней появились лихорадка, кашель с гнойной мокротой, на рентгенограмме в верхней доле левого легкого - полость диаметром 3 сантиметра наполненная жидкостью. Наиболее вероятный диагноз:**

! бронхоэктазы верхней доли левого легкого

! инфаркт легкого

! +абсцесс верхней доли левого легкого

! периферический рак левого легкого

! туберкулез легкого, каверна верхней доли левого легкого

**?. Для диагностики бронхоэктазов наиболее информативна**

! рентгенография легких

! бронхоскопия

! томография легких

!+ бронхография

! спирография

**?. Для бронхоэктатической болезни характерны**

! артралгии

! сухой кашель

!+ пальцы в виде «барабанных палочек»

!+ кровохарканье

! гектическая лихорадка

**?. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть**

! +амилоидоз почек

!+ абсцесс легкого

! анафилактический шок

! аритмии.

! рак легких

**?. Этиологическими факторами развития бронхоэктатической болезни являются**

!+ врожденный дефицит альфа-1 антитрипсина

! домашние аллергены

!+ частые инфекционные заболевания бронхолегочной системы

! канцерогены

! бронхиальная гиперреактивность

**?. Для бронхоэктатической болезни характерны**

!+ кашель с выделением мокроты от 150 до 500 мл и более в сутки

! кашель с выделением мокроты в количестве до 50 мл/сутки

! сухой кашель

! лающий надгортанный кашель

!+ кровохарканье

**?. Характер мокроты при бронхоэктатической болезни**

! однослойная с прожилками крови

!+ двухслойная (верхний слой – вязкая опалесцирующая жидкость, нижний – гнойный осадок)

! мокрота отсутствует

! мокрота трехслойная

! светлая, пенистая

**?. Наиболее часто при бактериологическом исследовании мокроты у больных с бронхоэктатической болезнью выявляют**

! хламидии

! пневмококк

!+ клебсиеллу

! стрептококк

! микоплазму

**7. Рентгенологически у больных с бронхоэктатической болезнью выявляется**

!+ деформация и усиление легочного рисунка

!+ ячеистый рисунок

! расширение ретростернального пространства

! линия Дамуазо

! высокое стояние диафрагмы

**?. Наиболее характерный рентгенологический признак бронхоэктатической болезни**

! деформация легочного рисунка

! усиление легочного рисунка

! пневмофиброз

!+ ячеистый рисунок

! ателектазы

**? При проведении спирометрии у больных с бронхоэктатической болезнью могут выявляться**

!+ вентиляционные нарушения по обструктивному типу

!+ вентиляционные нарушения по рестриктивному типу

! увеличение ЖЕЛ

! положительный бронходилатационный тест

!+ вентиляционные нарушения по смешанном типу

**?. К осложнениям бронхоэктатической болезни не относится**

! эмфизема легких

! легочное сердце

! абсцесс легкого

! эмпиема плевры

!+ желудочное кровотечение

**?. Антибиотики при обострении бронхоэктатической болезни не вводятся**

! перорально

! внутримышечно

! внутривенно

! через трансназальный катетер

!+ внутриартериально

**7. Анатомически различают бронхоэктазы**

!+ веретенообразные

! лунообразные

!+ мешотчатые

! прямоугольные

! шнуровидные

**?. Аускультативно при бронхоэктатической болезни выявляют:**

! крепитацию

! влажные мелкопузырчатые хрипы в проекции локализации бронхоэктазов

!+ влажные средне-крупнопузырчатые хрипы в проекции локализации бронхоэктазов

! амфорическое дыхание

! стридорозное дыхание

**?. Перкуторно при бронхоэктатической болезни выявляют**

! +ограничение подвижности нижних краев легких на стороне поражения

!+ участки локального притупления над очагом поражения

! коробочный звук

! тупой звук с линией Дамуазо

! треугольник Гарлянда

**?. Оперативное лечение бронхоэктатической болезни рекомендовано при**

! обширных двусторонних бронхоэктазах

! эмфиземе легких

! легочно-сердечной недостаточности

! почечной недостаточности

!+ при односторонних бронхоэктазах

**?. Приобретенные бронхоэктазы могут появиться вследствие**

!+обширных ателектазов легких

!+ хронического пищеводного рефлюкса

! перенесенного гриппа

! хронического тонзиллита

!+ туберкулеза легких

**?. При обструкции бронхов у больных с бронхоэктатической болезнью предпочтении следует отдать**

! в/в введению эуфиллина

! пероральному применению сальбутамола

! постуральному дренажу

!+ ингаляции беродуала с помощью небулайзера

! внутривенному введению эфедрина

**Деструктивные пневмониты: абсцесс легкого. гангрена легкого**

**?. Диагноз острого абсцесса легкого выставляется на основании**

!+ клинической картины заболевания

! бронхографии

!+ рентгенологического исследования легких

! результатов спирометрии

! бактериологического исследования мокроты

**?. Абсцесс легкого отличает от гангрены**

!+ наличие четких границ при ретгенологическом исследовании легких

! более тяжелое течения заболевания

! массивное омертвение и гнилостный распад легочной ткани

! отсутствие тенденции к четкому отграничению от жизнеспособной части легочной ткани

! отсутствие рентгенологических признаков ограничения воспалительно-некротического процесса в легких

**?. Лечение больного с острым абсцессом должно проводиться**

! в амбулаторно-поликлинических условиях

! в терапевтическом отделении стационара

! в пульмонологическом отделении стационара

!+ в отделении торакальной хирургии

! в санатории пульмонологического профиля

**?. Для абсцесса легкого после прорыва гнойника характерно**

! притупление, ослабленное дыхание, ослабленная бронхофония

! сухие жужжащие и влажные мелкопузырчатые хрипы

!+ притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, средне-крупнопузырчатые хрипы

! притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония

! инспираторная одышка, крепитация

**?. Укажите признак, отличающих туберкулезную каверну от абсцесса легкого**

!+ полость и очаги диссеминации

! интоксикация

! полость с уровнем жидкости

! одышка

! кровохарканье

**?. Развитию абсцесса легкого предрасполагают**

!+ алкоголь

!+ ВИЧ-инфекция

!+ наркомания

! молодой возраст

! физические перегрузки

**? Для фазы «прорыва гнойника» при абсцессе легкого характерно**

! повышение температуры тела до 400С

!+ снижение температуры тела

!+ уменьшение одышки и болей в боку

! усиление одышки и болей в боку

! выраженные проявления интоксикации

**?. Укажите наиболее частые пути проникновения возбудителя при абсцессе и гангрене легкого**

!+ бронхогенный

! по кровеносным сосудам

! по лимфатическим сосудам

! при ранении легкого

! инъекционный

**?. Хронический абсцесс легкого может осложниться**

! перитонитом

!+ сепсисом

! кардиогенным шок

!+ амилоидозом

!+ эмпиемой плевры

**?. Перечислить микроорганизмы, вызывающие развитие абсцесса легкого**

! пневмококк

!+ клебсиелла

!+ золотистый стафилококк

! палочка Пфейффера

! стрептококки

**?. К факторам, предрасполагающим к развитию деструктивных пневмонитов относятся**

!+ злоупотребление алкоголем (наиболее часто)

!+ состояния, способствующие аспирации желудочного содержимого в бронхи

!+ респираторный дистресс-синдром

! бронхиальная астма

! гиподинамия

**?. Абсцесс легкого наиболее часто вызывает**

!+ Staphylococcus aureus.

!+ Klebsiella pneumonia.

! Streptococcuspneumoniae

!+ Pseudomonasaeruginosa.

! Chlamydiapneumoniae

**?. Деструктивные пневмониты могут осложниться**

!+ пиопневмотораксом

!+ легочным кровотечением

! анафилактическим шоком

!+ острым респираторным дистресс-синдромом

! синдромом Дресслера

**?. Для абсцесса легкого до прорыва гнойника в бронх характерны следующие жалобы**

!+ сухой кашель

! уменьшение болей в грудной клетке на стороне поражения

! снижение температуры тела

!+ появление симптомов интоксикации

! кашель с большим количеством мокроты

**?. При объективном исследовании у больных с абсцессом легкого до прорыва гнойника в бронхвыявляется**

!+ отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании

! перкуторно тимпанит

!+ усиление голосового дрожания

! аускультативно множество влажных разнокалиберных хрипов

! амфорическое дыхание

**?. В фазу прорыва гнойника в бронх при абсцессе легкого выявляются**

!+ увеличение количества отделяемой мокроты до 500-1000 мл

!+ уменьшение интоксикации

! усиление голосового дрожания

!+ уменьшение одышки

! аускультативно ослабленное дыхание над очагом поражения

**?. Перкуторно в фазу прорыва гнойника в бронх при абсцессе легкого выявляется**

!+ укорочение перкуторного звука над очагом поражения

!+ тимпанит над очагом поражения

! коробочный звук

! притупление перкуторного звука

! громкий ясный звук

**?. Аускультативно в фазу прорыва гнойника в бронх при абсцессе легкого выслушивается**

!+ жесткое дыхание с множеством разнокалиберных влажных хрипов

!+ бронхиальное дыхание

! стенотическое дыхание

! резко ослабленное дыхание над очагом поражения

! крепитация

**?. Аускультативно при гангрене легкого до прорыва выслушивается**

!+ обширная зона ослабленного дыхания

! жесткое дыхание с множеством разнокалиберных влажных хрипов

! амфорическое дыхание

! стенотическое дыхание

! крепитация

**?. Рентгенологически при гангрене легкого выявляется**

!+ обширное затемнение легочной ткани без четких границ

! интенсивное затемнение округлой формы

! полость округлой формы, с ровным внутренним контуром и горизонтальным уровнем жидкости

! ячеистый рисунок

! усиление и деформация легочного рисунка

**Плевриты**

**?. Плеврит не развивается при проникновении инфекции**

! из субплеврально расположенных очагов (пневмония, абсцесс легкого, туберкулез и др)

! лимфогенным путем

! гематогенным путем

! при нарушения целостности плевральной полости (операция, проникающие ранения, травмы)

!+ бронхогенным путем

**?. Чаще всего возбудителями плеврита являются**

! бактерии

!+ mucobacteriumtuberculosis

! простейшие (амебы)

! грибы

! вирусы

**?. Гнойным считается экссудат, если нейтрофилы составляют**

!+ 85% клеточного его состава

! 50% клеточного его состава

! 35% клеточного его состава

! 70% клеточного его состава

! 20% клеточного его состава

**?. Для болевого синдрома при фибринозном плеврите характерно**

!+ боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле

!+ боль в грудной клетке, усиливающаяся при наклоне туловища в здоровую сторону

! боль появляется при задержке дыхания на выдохе

! боль появляется при задержке дыхания на вдохе

! появление боли при ходьбе

**?. При костальном сухом плеврите боль локализуется**

! в передних и боковых отделах грудной клетки, нередко иррадиирует в шею и плечо

! в нижне-передних отделах грудной клетки, чаще справа и иррадиируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва — в область шеи, плеча

! в области плеч и лопаток и в результате вовлечения в патологический процесс плечевого сплетения может распространяться по ходу нервных стволов руки, кроме того, отмечается болезненность при пальпации на стороне поражения трапециевидной, большой грудной и дельтовидной мышц

! за грудиной

! ничего из перечисленного

**?. При верхушечных плевритах боль локализуется**

! в передних и боковых отделах грудной клетки, нередко иррадиирует в шею и плечо

! в нижне-передних отделах грудной клетки, чаще справа и иррадиируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва — в область шеи, плеча

!+ в области плеч и лопаток и в результате вовлечения в патологический процесс плечевого сплетения может распространяться по ходу нервных стволов руки, кроме того, отмечается болезненность при пальпации на стороне поражения трапециевидной, большой грудной и дельтовидной мышц

! за грудиной

! ничего из перечисленного

**?. При медиастинальном плеврите боль локализуется**

! в передних и боковых отделах грудной клетки, нередко иррадиирует в шею и плечо

! в нижне-передних отделах грудной клетки, чаще справа и иррадиируют в верхнюю половину живота или по ходу диафрагмального нерва — в область шеи, плеча

! в области плеч и лопаток и в результате вовлечения в патологический процесс плечевого сплетения может распространяться по ходу нервных стволов руки, кроме того, отмечается болезненность при пальпации на стороне поражения трапециевидной, большой грудной и дельтовидной мышц

!+ за грудиной

! ничего из перечисленного

**?. Кашель при плеврите**

!+ сухой

! с незначительным количеством мокроты, отходящей в ранние утренние часы

! с мокротой в количестве 100мл/сутки, отходящей больше в вечернее время

! со зловонной мокротой

! с мокротой в количестве 500-1000 мл

**?. Аускультативно при сухом плеврите выслушиваются**

! влажные мелкопузырчатые хрипы

! сухие свистящие хрипы

!+ впроекции воспаления - шум трения плевры

! амфорическое дыхание

! сухие жужжащие хрипы

**?. Дать характеристику шума трения плевры**

!+ определяется на вдохе и выдохе

!+ не меняется при кашле

!+ напоминает хруст снега, скрип кожи или шелест бумаги

! не ощущается больным

! выслушивается при задержке дыхания

**?. Для накопления экссудата в плевральной полости характерно**

!+ исчезновение боли в грудной клетке

!+ нарастание кашля и одышки

! усиление болей в грудной клетке

! уменьшение кашля

! ничего из перечисленного

**?. Перкуторно при экссудативном плеврите над зоной выпота определяется**

!+ массивный тупой звук с косой верхней границей (линия Эллиса — Дамуазо — Соколова)

!+ выше границы тупости - тимпанит

!+ притупление

! коробочный звук

! ясный легочной звук

**?. Аускультативно при экссудативном плеврите над областью притупления перкуторного звука на стороне поражения выслушивается**

!+ резко ослабленное дыхание

!+ в нижних отделах дыхание часто не прослушиваться

! влажные мелкопузырчатые хрипы

! амфорическое дыхание

! сухие разнокалиберные хрипы

**?. Для эмпиемы плевры в отличии от экссудативного плеврита характерно**

!+ более тяжелое течение

!+ гектическая лихорадка с потрясающими ознобами и проливными потами

! субфебрильная температура

!+ выраженная интоксикация

! ничего из перечисленного

**?. Характерными отличиями экссудата от транссудата являются**

!+ плотность экссудата >1015

!+ наличие белка в плевральной жидкости > 30 г/л

! лейкоциты менее 1000 в 1 мкл

! плотность экссудата <1015

!+ положительная проба Ривальта

**?. Торакоцентез проводят**

!+ под 8 и 9 ребром по лопаточной линии

!+ в 7 и 8 межреберье по задней подмышечной линии

!+ под 7 ребром по средней подмышечной линии

! под 4 ребром по передней подмышечной линии

! ничего из перечисленного

**?. Осложнениями торакоцентеза могут быть**

!+ воздушная эмболия

!+ пневмоторакс

!+ повреждение селезенки

! повреждение поперечно-ободочной кишки

! все перечисленное

**?. Установить этиологию плеврита помогает**

!+ исследование плеврального выпота

! изучение гематологических показателей

!+ биопсия плевры

! рентгенологическое исследование органов грудной клетки

! УЗИ плевральных полостей.

**?. Основными признаками экссудативного плеврита являются**

!+ притупление перкуторного звука в области, соответствующей локализации выпота

!+ ослабление дыхательных шумов, при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука

! шум трения плевры при аускультации

!+ смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому

! ничего из перечисленного

**?. Для подтверждения диагноза экссудативного плеврита необходимо провести**

!+ рентгеноскопию органов грудной клетки

! электрокардиографию

!+ плевральную пункцию

! общий анализ кровиД. биохимическое исследование крови

**Хроническая обструктивная болезнь легких**

**?.Возникновению ХОБЛ способствует**

!+ курение

! не рациональное питание

! гиподинамия

! I гр крови

! астенический тип сложения

**?. Для ХОБЛ не характерны**

!+ сильный надсадный кашель

! кашель с мокротой

! одышка

! дистанционные хрипы

!+ одышка, появляющаяся при резких запахах

**?. К средствам разжижающих мокроту путем разрушения сульфидных связей относят**

! трипсин

! химотрипсин

!+ производные ацетилцистеина (мукосольвин)

! бромгексин

! амброксол

**?. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью**

!+ спирографии

! бронхоскопии

! пульсоксиметрии

!+ пикфлоуметрии

! рентгенографии грудной клетки

**? Харакерными для ХОБЛ признаками являются**

! нарушение вдоха

!+ удлиненный выдох

!+ экспираторная одышка

! акроцианоз

! снижение ЖЕЛ

**?. Для ХОБЛ более характерна одышка**

!+ экспираторная

! инспираторная

! смешанная

**?. Для ХОБЛ характерны**

!+ диффузное заболевание дыхательных путей

! обратимая обструкция

!+ необратимая обструкция

! сухой кашель

! приступы удушья

**?. Обратимость бронхиальной обструкции подтверждается**

!+ при спирометрии с применением бета-2-агонистов

!+ при спирометрии с применением холинолитиков

! при спирометрии с применением обзидана

! при спирометрии с применением метахолина

! положительным действием антибактериальной терапии

**?. Показанием к антибактериальной терапии ХОБЛ является**

! появление в легких мелкопузырчатых хрипов

! усиление кашля и увеличение количества мокроты

! появление экспираторной одышки

! усиление кашля и появление бронхоспазма

!+ наличие гнойной мокроты и инфекционного процесса в бронхах

**?. Лечение при ХОБЛ должно проводиться**

!+ постоянно

! при обострении заболевания

! осенью и зимой, с целью профилактики рецидивов

! ежемесячно короткими 10 дневными курсами

! ничего из перечисленного

**?. Среди приведенных ниже М-холинобокаторов эффективнее всего устраняет бронхоспазм**

! атропин

!+ ипратропиум бромид

! апрофен

! метацин

! платифиллин

**?. Наиболее достоверную информацию о наличии бронхиальной обструкции дают**

! индекс Тиффно

! остаточный объем

! максимальная вентиляция легких

!+ ОФВ1

! ЖЕЛ

**?. Для ХОБЛ не характерны**

! коробочный звук

! удлиненный выдох

! рассеянные сухие хрипы на выдохе

!+ бронхиальное дыхание

! экспираторная одышка

**?. Сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких выслушиваются при:**

! эмфиземе легких

! экссудативном плеврите

!+ нарушении бронхиальной проходимости

! уплотнении легочной ткани

! наличии полости в легочной ткани

**?. ХОБЛ следует лечить антибиотиками**

! в осенне-зимний период

!+ при наличии гнойной мокроты и инфекционного процесса в бронхах

! постоянно - при наличии мокроты

! при кровохаркании

! не следует применять вообще

**?. Для ХОБЛ не характерно**

! коробочный звук

! сухие хрипы на выдохе

!+ инспираторная одышка

! часто непродуктивный кашель

!удлиненный выдох

**? К муколитикам не относится**

! цетилцистеин

!+ бромид натрия

! йодид калия

! трипсин

! мукалтин

**?. Для разжижения мокроты применяются**

!+ бромгексин

! преднизолон

! тетрациклин

! эреспал

! эуфиллин

**?. При проведении бронходилатационной пробы спирографию проводят после ингаляции короткодействующего бронходилататора**

! через 1 час

! через 5 минут

!+ через 30 минут

! сразу после ингаляции

! через 2 часа

**?. Для ХОБЛ не характерно**

! постоянный кашель разной интенсивности

! одышка постоянная без резких колебаний

!+ суточные колебания ОФВ1>20%

! Р-«рulmonale» на ЭКГ

! усиление легочного рисунка при рентгенологическом исследовании

**?. К факторам риска ХОБЛ не относится**

! курение

! дефицит альфа-1-антитрипсина

! повышение уровня аэрополлютантов в воздухе

!+ гиподинамия

! низкое социально-экономическое положение

**?. снижение Каких спирометрических показателей характерны для бронхиальной обструкции**

! ЖЕЛ

! дыхательный объем

!+ ОФВ1

!+ МОС75

! индекс Тиффно

**?. К осложнениям ХОБЛ не относятся**

! эмфизема легких

!+ легочного кровотечения

! бронхопневмонии

! дыхательная недостаточность

! легочная артериальная гипертензия

**?. Какие из перечисленных препаратов относятся к бета-2-агонистам**

! адреналин

! изопротеронол

! эфедрин

!+ сальбутамол

!+ серевент

**?. К антихолинергическим лекарственным средствам относятся**

! эуфиллин

! адреналин

! изадрин

!+ спирива

!+ атровент

**?. Кортикостероидная терапия при ХОБЛ назначается при**

!+ тяжёлом течении заболевания

!+ неэффективности бронходилатационной терапии

! наличии гнойной мокроты

! легком течении заболевания

! наличии кровохаркания

**?. Для выявления обратимости бронхиальной обструкции с помощью спирографии следует применять пробу с**

! дозированной физической нагрузкой

!+ ингаляцией β2 -агонистов

!+ ингаляцией холинолитиков

! ингаляцией кислорода

! ингаляцией БАБ

**?. Наиболее удобным и эффективным способом введения бронхолитиков, является**

! в/венный

! в/мышечный

! пероральный

! ингаляционный с помощью спейсера

!+ ингаляционный с помощью небулайзера

**бронхиальная астма**

**?. Для купирования бронхиальной астмы используется**

! морфин

!+ эуфиллин

! эреспал

! лазолван

! папаверин

**?. При аспириновой астме нельзя использовать**

! адреналин

! фликсотид

! беротек

!+ баралгин

1 кетотифен

**?. Формотерол расширяет бронхи путем**

! блокирования альфа-рецепторов бронхиального дерева

!+ селективного возбуждения β2 -адренорецепторов

! селективного блокирования β2 -адренорецепторов

! непосредственного влияния на гладкую мускулатуру

! снижения тонуса блуждающего нерва

**?. Бронхиальная обструкция у больных бронхиальной астмой обусловлена**

!+ аллергическим воспалением стенки бронхов и бронхоспазмом

!+ воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов

! стимуляцией β1 -рецепторов

! дефицитом альфа-1-антитрипсина

! стимуляцией β2 -рецепторов

**?. При астматическом статусе не используется**

! в/венное введения эуфиллина

! в/венное применение ГКС

! ингаляционное введение β2 -агонистов

!+ ингаляционное введение эуфиллина

!+ ингаляционное применение тайледа

**?. Тайлед показан для:**

! лечения астматического статуса

! лечения приступа бронхиальной астмы

!+ профилактики приступов бронхиальной астмы

! лечения острых инфекций верхних дыхательных путей

! лечения ХОБЛ

**?. Клиническими проявлениями бронхиальной астмы являются**

!+ экспираторное удушье

! инспираторная одышка

! влажные средне-пузырчатые хрипы в легких

!+ сухие свистящие хрипы

! крепитация

**8. С целью длительного профилактического лечения атопической бронхиальной астмы применяются**

! эуфиллин

! ингаляции беротека

!+ тайлед

!+ сингуляр

! сальбутамол

**?. Механизм действия кромонов**

! бронходилатация

! разжижение вязкой мокроты

!+ стабилизация мембран тучных клеток

! стимуляция β2 –рецепторов

! стимуляция альфа-рецепторов

**?. Бронхиальную астмы от сердечной позволяют отличить**

! ночные приступы удушья

! связь приступов с положением тела

!+ связь приступов с аллергеном

! отсутствие мокроты

!+ купирование приступа β2 –агонистами

**?. Бронхоспазм вызывают**

! норадреналин

!+ гистамин

! гидрокортизон

!+ ацетилхолин

! простагландин Е2

**?. Для атопической бронхиальной астмы характерно**

! развитие в пожилом возрасте

!+ повышение уровня IgЕ в крови

! постепенное начало

!+ эозинофилия крови

! полное излечение

**?. Для атопической бронхиальной астмы не характерно**

! купирование приступов ингаляцией β2 -агонистов

! высокое содержание IgE в крови

! наличие ауры перед приступом

! провоцирование приступов аллергенами

!+ эффект от антибактериальной терапии

**?. Для приступа бронхиальной астмы не характерны**

! одышка с затрудненным выдохом

! дистанционные хрипы

!+ среднепузырчатые влажные хрипы

! кашель с мокротой

! купирование приступа короткодействующими β2 –агонистами

**?. Для лечения бронхиальной астмы не используются**

!+ антибиотики

! холинолитики

! кромоны

! ГКС

! бета-2-агонисты

**?. К пролонгированным бронходилататорам относятся**

! теофиллин

! теофедрин

!+ теопек

! эуфиллин

! беротек

**?. Кромоны наиболее эффективны при**

! инфекционно-зависимой астме

! атопической астме

! смешанной форме астмы

!+ астме физического усилия

! рефлюкс-индуцированной астме

**?. Для астмы физического усилия характерно**

! возникает во время физической нагрузки

!+ возникает после физической нагрузки

! исчезает при прекращении контакта с аллергеном

! развивается при вдыхании аллергена

!+ в режиме больного следует ограничить физическую нагрузку

**?. К пролонгированным бета-2-агонистам относятся**

! сальбутамол

! беротек

!+ сальметерол

!+ формотерол

! серетид

**?. К какой группе препаратов относится беродуал**

! бета-2 агонист

! холинолитик

!+ сочетание бета-2-агониста и холинолитика

! ГКС

! сочетание кортикостероида с β2 -агонистом

**?. Для бронхиальной астмы аускультативно характерно наличие**

! влажных средне-крупнопузырчатых хрипов

! амфорического дыхания

! стенотического дыхания

! сухих хрипов на вдохе

!+ сухих свистящих хрипов на выдохе

**?. Для лечения больных с легким персистирующим течением бронхиальной астмы используется**

!+ ежедневное введение тайледа

!+ ингаляции короткодействующих β2 -агонистов при приступах

! ежедневное введение пролонгированных β2 -агонистов

! применение системных ГКС

! ежедневное введение пролонгированных ксантинов

**?. Обратимая обструкция характерна для**

! ХОБЛ

! тромбоэмболии легочной артерии

!+ бронхиальной астмы

! эмфиземы легких

! бронхоэктатической болезни

**?. Рецидив аспириновой астмы могут вызвать**

! беродуал

!+ теофедрин

! теофиллин

! дитэк

!+ НПВП

**?. Ингаляционные кортикостероиды могут вызывать**

!+ кандидоз ротоглотки

! стероидный диабет

! язвы гастродуоденальной зоны

! стероидный остеопороз

!+ дисфонию

**?. К ингаляционным кортикостероидам относятся**

! гидрокортизон

! преднизолон

!+ беклометазон

!+ пульмикорт

! дексаметазон

**?. К пролонгированным бета-2 агонистам относятся**

! беротек

! сальбутамол

! тербуталин

!+ формотерол

! фенотерол

**?. К пероральным мембраностабилизаторам относятся**

!+ кетотифен

! кларитин

! атровент

! тайлед

! эриус

**?. Ключевым показателем бронхиальной обструкции является**

!+ ОФВ1

! МОС75

! СОС25-75

! ЖЕЛ

! ничего из перечисленного

**?. Бронхоспазм вызывают**

!+ обзидан

! гидрокортизон

!+ гистамин

! простагландин Е2

! сальбутамол

**?. Больному со стенокардией напряжения и сопутствующей бронхиальной астмой и гипертонической болезнью с целью антиангинальной терапии следует назначить**

! нитросорбид

! метопролол

! обзидан

!+ нифедипин

! кардикет

**?. С целью противовоспалительной терапии бронхиальной астмы назначаются**

! антибиотики

! β2 -агонисты

!+ ГКС

! кромоны

! ксантины

**Инфекционный эндокардит**

**? Для инфекционного эндокардита характерны**

!+ лихорадка

!+ ознобы с обильным потоотделением (ночная потливость)

! аритмии

!+ артралгии, гипотония мышц, миалгии

! ничего из перечисленного

**? Трехстворчатый клапан при инфекционном эндокардите чаще поражается при**

! врожденных пороках сердца

!+ у инъекционных наркоманов

! ревматических пороках сердца

! у больных, находящихся на гемодиализе

! инфаркте миокарда

**? Для инфекционного эндокардита наиболее характерны следующие лабораторные изменения**

!+ анемия

!+ увеличение СОЭ

!+ уменьшение в крови содержания железа

! увеличение в крови АЛТ

! увеличение в крови тропонинов

**? Инфекционный эндокардит чаще всего встречается при**

! миокардите

! дилатационной кардиомиопатии

!+ ревматизме

! врожденных пороках сердца

! ИБС

**? Решающее значение в диагностике инфекционного эндокардита имеют**

! увеличение СОЭ

! увеличение селезенки

! анемия

!+ «вегетации» на клапанах

! диспротеинемия

**? Признаками инфекционного эндокардита являются**

! появление двойного тона Траубе над бедренной артерией

!+ петехии на коже

!+ пальцы в виде «барабанных палочек»

!+ появление шумов в сердце

! появление «сердечного горба»

**? Для инфекционного эндокардита не характерно появление**

! анемии

! лейкоцитоза

!+ эозинофилии

! увеличения СОЭ

! тромбоцитопении

**? Для лечения инфекционного эндокардита наиболее приемлема доза амоксиклава**

! внутрь по 375 мг 3 раз/сутки

! внутрь по 625 мг 3 раз/сутки

! в/венно по 1,2г 1 раз/сутки

! в/венно по 1,2г 2 раз/сутки

!+ в/венно по 1,2-2,4г 3-4 раз/сутки

**? К характерным клиническим симптомам инфекционного эндокардита не относится**

! лихорадка

! увеличение селезенки

!+ увеличение печени

! образование пороков сердца

! появление петехий на коже

**? Наиболее частой причиной смерти при подостром инфекционном эндокардите являются**

! абсцессы миокарда

! почечная недостаточность

! разрыв клапанов сердца

! бактериальный шок

!+ сердечная недостаточность

**? Для ревматического эндокардита характерно**

!+ вальвулит

!+ формирование пороков

! нарушение проводимости на ЭКГ

! деформация суставов

! нарушение процессов реполяризации на ЭКГ

**? Основными клиническими признаками инфекционного эндокардита согласно критерий диагностики по О.М.Буткевичу (1993), являются**

!+ лихорадка >380 С с ознобом и спленомегалия

!+ шум в сердце

! тромбоэмболии

! кожные васкулиты

! гломерулонефрит

**? Наиболее достоверным Для диагностики инфекционного эндокардита является**

! анемия

!+ положительный результат посева крови (гемокультура)

! СОЭ > 30 мм/час

! повышение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов

! лейкоцитоз

**? Укажите основной этиологический фактор инфекционного эндокардита**

! пневмококк

! хламидии

!+ стрептококк

! стафилококк

! энтерококк

**? Эндокардит, это**

! воспаление околосердечной сумки

! воспаление сердечной мышцы

!+ воспаление внутренней оболочки сердца

! воспаление всех слоёв сердца

! воспаление сосудов

**? для какого заболевания характерен цвет кожных покровов типа «кофе с молоком»**

! ревматизма

! вирусного миокардита

!+ инфекционного эндокардита

! гипертонической болезни

! ишемической болезни сердца

**? При каком заболевании наблюдается симптом Лукина–Либмана**

! ревматизме

! вирусном миокардите

!+ инфекционном эндокардите

! гипертонической болезни

! дилатационной кардиомиопатии

**? Узелки Ослера, это**

! бугристые уплотнения в области суставов

! плотные безболезненные образования в области ушных раковин

! локальные чрезмерные расширения капилляров и мелких сосудов

! множественные родинки на туловище

!+ болезненные очаги уплотнения в коже и подкожной клетчатке красноватого цвета

**? Укажите предрасполагающий фактор, способствующий развитию инфекционного эндокардита**

! повышенная свёртываемость крови

! снижение сократительной функции миокарда

! расширение полостей сердца

! спазм коронарных артерий

!+ повреждение эндотелия клапанов сердца

**? При каком заболевании наблюдается симптом «барабанных палочек»**

!+ инфекционном эндокардите

! сухом перикардите

! диффузном миокардите

! экссудативном перикардите

! очаговом миокардите

**острая ревматическая лихорадка**

**? Малая хорея появляется при**

! клещевом энцефалите

!+ ОРЛ у детей

! эпидемическом цереброспинальном менингите

! поствакциональном энцефалите

! паркинсонизме

**? В крови при острой ревматической лихорадкене выявляются**

! повышение С-реактивного белка

! повышение фибриногена

!+ LЕ-клетки

! лейкоцитоз

! повышение титра АСЛ-0

**? Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется**

! ампициллин

! дигоксин

! делагил

!+ бициллин

! гентамицин

**? Для острой ревматической лихорадкине характерны**

! узловатая эритема

! симметричное поражение крупных суставов

! летучий характер поражения суставов

! кардит

!+ остеопороз костей

**? Лекарственными средствами первой линии при лечении острой ревматической лихорадки являются**

! сульфаниламиды

!+ антибиотики

! гипотензивные

! болеутоляющие

! нитраты

**? К основными критериям активности ревматизма не относятся**

! хорея

! кольцевидная эритема

! кардит

!+ узелки Гебердена

! подкожные узелки

**? Для лечения острой ревматической лихорадки не используются**

! кортикостероиды

!+ антагонисты кальция

! НПВП

! антибиотики

! производные изохинолина

**? К основным диагностическим критериям ревматизма не относятся**

!+ повышение температуры тела

!+ слабость, быстрая утомляемость

! кардит

! полиартрит

! хорея

**? К типичным симптомам первичного ревматизма не относятся**

! воспаление миокарда

! хорея

! артрит

!+ нефрит

! подкожные узелки

**? Для первичного ревмокардита не характерно**

! нарастание интенсивности сердечных шумов в динамике заболевания

!+обнаружение порока сердца в самом начале заболевания

! выявление клинической симптоматики клапанного поражения через 4-6 месяцев от начала заболевания

!+ возраст старше 60 лет

! подростковый возраст

**? Для ревматического полиартрита не характерны**

! острый синовит

! сопутствующая лихорадка

! «летучий» характер поражения суставов

!+ преимущественное поражение мелких и средних суставов

! доброкачественность

**? Выберите наиболее подходящие препараты для лечения больного с активным возвратным часто рецидивирующим ревмокардитом, протекающим, с минимальными сдвигами лабораторных показателей**

!+ преднизолон

!+ делагил

! вольтарен

! пенициллин

! цитостатики

**? ДЛЯ 3 СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА НЕ ХАРАКТЕРНЫ**

! кардит

! СРБ (+++)

! полиартрит

!+ сиаловая кислота - 0,200 ЕД

! СОЭ>40 мм/час

**? Для ревматического артрита не характерны**

! гиперемия суставов

! отек, синовит

!+ остеопороз на рентгенограмме

! узловая эритема

! летучесть

**? При активном ревмокардите не наблюдается**

! РQ - 0,24

!+ QRS> 0,2 с

! капиляропатия

! положительная проба Вальдмана-Тушинского

! подкожные ревматические узелки

**? После перенесенной стрептококковой инфекции острая ревматическая лихорадка возникает через**

! 1-2 года

!+ 2-3 недели

! 4 дня

! 5 месяцев

! 6 недель

**? острая ревматическая лихорадка вызывается**

! стафилококком

! микоплазмой

! пневмококком

!+ бета-гемолитическим стрептококком группы А

! возбудитель неизвестен

**? В патогенезе острой ревматической лихорадки участвуют механизмы**

! склерозирования

! тромбообразования

!+ токсико-воспалительные

!+ иммуные

! аллергические

**? К ранним признакам острой ревматической лихорадки относятся**

!хлопающий I тон на верхушке

! диастолический шум над аортой

!+ артрит

!+ кольцевидная эритема

! фибрилляция предсердий

**? К поздним признакам острой ревматической лихорадки относятся**

! полиартрит

! вальвулит

!+ хорея

! кардит

! узловатая эритема

**? Для ревматического полиартрита не характерны**

!+ стойкая деформация суставов

!+ нестойкая деформация суставов

! поражение средних и крупных суставов

! летучесть болей

! исчезновение болей после приема нестероидных противовоспалительных препаратов

**? Для первичного ревмокардита характерно**

! экстрасистолия

! мерцательная аритмия

!+ нарушение a-v проводимости

! протодиастолический шум на верхушке

!+ систолический шум на верхушке

**? дЛЯ РевматическоГО миокардитА НЕ ХАРАКТЕРНЫ**

!+ вальвулит

! расширение полостей сердца

! дополнительный 3 тон

!+ формирование пороков

! нарушение a-v проводимости

**? для Воспалительных измененийпри острой ревматической лихорадкене характерны следующие лабораторные изменения**

! нарастание серомукоида

! повышение уровня фибриногена

! увеличение СРБ

!+ увеличение амилазы

!+ повышение уровня креатинина

**Приобретенные пороки сердца**

**? Больная 17 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в области сердца стенокардитического характера, головокружение, обмороки. Пальпаторно 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. Укажите тип порока у этого больного**

! недостаточность трехстворчатого клапана.

! сочетанный митральный порок.

!+ стеноз устья аорты.

! недостаточность аортального клапана.

! сужение левого атриовентрикулярного отверстия.

**? Укажите шум объединяющий такие заболевания как пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматическая митральная недостаточность**

! диастолический шум на верхушке.

! систоло-диастолический шум в т. Боткина.

! шум Флинта.

!+ систолический шум на верхушке.

! шум Грэхема-Стилла.

**? Шум Грэхема-Стиллачаще появляется при**

! пролапсе митрального клапана

!+ митральном стенозе

! ХОБЛ

! аортальной недостаточности

! стенозе устья аорты

**? Пульсовое давление увеличивается при**

! аортальном стенозе

! сочетанном митральном пороке сердца

!+ недостаточности аортального клапана.

! трикуспидальной недостаточности

! тетраде Фалло

**? Для митрального стеноза не характерен**

! хлопающий 1 т. на верхушке сердца

! шум Грэхема-Стилла

! пресистолический шум на верхушке сердца

!+ систолический шум на верхушке сердца

! акцент 2-го тона над легочной артерией

**? На ЭКГ при митральном стенозе выявляются**

!+ признаки гипертрофии правого желудочка и левого предсердия

! признаки гипертрофии левого желудочка и левого предсердия

! блокада левой передней ветви пучка Гиса

! отклонение электрической оси сердца влево

! AV-блокада Iст

**? Для стеноза митрального отверстия характерно**

!+ увеличенное давление в левом предсердии

! дилатации левого желудочка

! снижение давления в правом желудочке

! дилатация аорты

!+ увеличение давления в правом желудочке

**? Причинами развития недостаточности аортального клапана могут быть**

! артериальная гипертензия

!+ синдрома Марфана

!+ сифилитического поражения аорты

! инфаркта миокарда

!+ расслаивающей аневризмы сердца

**? Для недостаточности аортального клапана не характерно**

! ослабление 1 тона на верхушке сердца

!+ систолический шум над аортой

! протодиастолический шум над аортой

! высокое пульсовое давление

! признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ

**? Стеноз устья аорты приводит к**

! повышению систолического давления в аорте

!+ повышению систолического давления в левом желудочке

! снижению давления в левом предсердии

! легочной гипертензии

! снижению давления в правом предсердии

**? Большое пульсовое давление, двойной тон Траубе, шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс и симптом Мюсси характерны для**

! митрального стеноза

!+ недостаточности аортального клапана

! стеноза устья аорты

! недостаточности трехстворчатого клапана

! дефекта межжелудочковой перегородки

**? Для недостаточности аортального клапана не характерно**

!+ усиление второго тона над аортой

! приступы стенокардии

! отклонение электрической оси сердца влево

! шум Флинта

! быстрый спад кривой сфигмограммы

**? Диастолический шум митрального стеноза может исчезать при**

! АV-блокаде I степени

! развитии легочной гипертензии

! синусовой тахикардии

!+ фибрилляции предсердий

! синусовой брадикардии

**? Для аортальной недостаточности характерно**

!+ ослабление II тона

! акцент II тона

! акцент II тона на легочной артерии

! диастолический шум на верхушке

!+ диастолический шум в точке Боткина-Эрба

**? Какой из перечисленных признаков характерен для недостаточности митрального клапана ревматической этиологии**

! систолический шум у основания грудины

!+ усиление систолического шума на верхушке после физической нагрузки

! шум Флинта

! исчезновение или ослабление систолического шума на верхушке после нагрузки

! диастолический шум на верхушке

**? Для митрального стеноза характерны следующие ЭКГ-изменения**

! смещение SТ вниз после нагрузки

!+ Р – “mitrale”

! РQ < 0,20 сек

! RI > RII > RIII

! Р – “pulmonale”

**? Для митрального стеноза характерны следующие ЭКГ-изменения**

!+ гипертрофии левого предсердия

!+ фибрилляция предсердий

! отклонение электрической оси сердца влево

! гипертрофии левого желудочка.

!+ отклонения электрической оси сердца вправо

**? Пресистолический шум на верхушке характерен для**

! митральной недостаточности

! аортальной недостаточности

! аортального стеноза

!+ митрального стеноза

! недостаточности трехстворчатого клапана

**? Для митрального стеноза характерны**

! левограмма

!+ правограмма.

!+ Р-«mitrale»

! Р-pulmonale

! гипертрофия левого желудочка

**? Для компенсированного атеросклеротического аортального стеноза характерны следующие рентгенологические изменения**

! гипертрофия левого желудочка

! дилатация восходящей аорты

! увеличение правого желудочка

! резкая дилатация левого желудочка

!+ кальциноз аортального клапана

**? Для митрального стеноза характерны**

!+ фибрилляция предсердий

!+ кровохарканье

! стенокардия

! тромбоэмболия легочной артерии

! перикардит

**? Акцентированный I тон на верхушке выявляется при**

! недостаточности митрального клапана

! недостаточности трехстворчатого клапана

! недостаточности аортального клапана

!+ митральном стенозе

! аортальном стенозе

**? Для митральной недостаточности не характерно наличие**

!+ хлопающегоI тона на верхушке

! систолического шума на верхушке

! увеличения границ сердца влево

! снижения сердечного выброса

! ослабленияI тона на верхушке

**? Митральная недостаточность не развивается при**

! ревматизме

! инфаркте миокарда

! травме грудной клетки

! дилатационной кардиомиопатии

!+ сахарном диабете

**? Для аортальной недостаточности не характерено**

! пульсация зрачков

!+ снижение пульсового давления

! быстрый и высокий пульс

! двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах

! симптом «Мюсси»

**? При аортальной недостаточности артериальное давление**

! не изменяется

! повышается только систолическое

! повышается только диастолическое

!+ повышается систолическое и понижается диастолическое

! повышается систолическое и диастолическое

**? Для систолического шума митральной регургитации не характерно**

! грубый скребущий, иногда сопровождающийся систолическим дрожанием

! эпицентр звучания – верхушка

! проводится в левую подмышечную область

! усиливается при задержке дыхания на выдохе

!+ может усиливаться в положении на правом боку, после вдоха

**? При митральном стенозе наблюдается**

!+ сглаженность талии сердца

! отклонение пищевода по дуге большого радиуса

!+ отклонение пищевода по дуге малого радиуса

! увеличение левого желудочка

! расширение восходящей аорты

**? Для митрального стеноза характерны**

!+ хлопающий I тон на верхушке

!+ щелчок открытия митрального клапана

!+ диастолический шум на верхушке сердца

! шум Флинта

! протодиастолический шум в т.Боткина

**? Для аортальной недостаточности не характерно**

!+ набухание шейных вен

! одышка

!+ развитие мерцательной аритмии

! стенокардия

! обмороки

**? Для аортального стеноза не характерно**

! головные боли, головокружение

! систолический шум проводящийся на сосуды шеи

! стенокардия

! обмороки

!+ набухание шейных вен

**? Для митральной недостаточности характерно**

! систолический шум во втором межреберье слева от грудины

! хлопающий 1 тон

!+ ослабленный 1 тон

! мезодиастолический шум

!+ систолический шум на верхушке

**? При митральной недостаточности рентгенологически выявляется**

!+ митральная конфигурация сердца

! отклонение пищевода по дуге малого радиуса

!+ отклонение пищевода по дуге большого радиуса

! увеличение правого предсердия

! увеличение правого желудочка

**? При внешнем осмотре у больных со стенозом устья аорты выявляется**

! диффузный цианоз

! акроцианоз

!+ бледность кожных покровов

! симптом «Мюсси»

! «пляска каротид»

**? Максимальная гипертрофия левого желудочка наблюдается при**

! митральном стенозе

!+ стенозе устья аорты

! митральной недостаточности

! аортальной недостаточности.

! трикуспидальной недостаточности

**? Какие характерные изменения пульса наблюдаются у больных с аортальным стенозом**

!+ редкий

! быстрый (подъем и падение пульсовой волны)

! большой

!+ малый

! частый

**? Для аортальной недостаточности характерны следующие рентгенологические изменения**

! сердечная талия сглажена

!+ сердечная талия резко выражена

!+ тень аорты расширена

! митральная конфигурация тень сердца

! отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса

**? Шум Флинта обусловлен**

! относительной митральной недостаточностью

!+ относительным митральным стенозом

! высокой легочной гипертензией

! относительной недостаточностью клапана легочной артерии

! стенозом устья легочной артерии

**Врожденные пороки сердца**

**?. Для аускультативной картины дефекта межжелудочковой перегородки характерны**

! +громкий систолический шум с эпицентром в 3-4-м межреберье слева от грудины

!+ систолический шум иррадиирует в правую половину грудной клетки

!+при развитии высокой легочной гипертензии систолический шум может уменьшиться или исчезнуть вовсе

! шум Флинта

! акцентированный 1 тон

**?. Для аускультативной картины дефекта межпредсердной перегородки характерны**

! шум «Дюрозье» над бедренной артерией

!+ усиленный и расщепленный II тона над легочной артерией (не изменяется при глубоком вдохе)

!+при большом сбросе крови над мечевидным отростком выявляется мезодиастолический шум относительного трикуспидального стеноза

!+ при высокой легочной гипертензии над легочной артерией выслушивается диастолический шум Грехема-Стила

! систолический шум на верхушке с иррадиацией в левую подмышечную область

**?. Для аускультативной картины открытого артериального протока характерны**

!+при небольшом дефекте во 2-м межреберье слева от грудины сразу после I тона выслушивается систолический шум.

!+ при большом дефекте во 2-м межреберье слева от грудины – выслушивается систоло-диастолический «машинный» шум, иррадиирующие в спину.

! систолический шум в 4-м межреберье слева от грудины.

! систолический шум на верхушке, иррадиирующий в левую подмышечную область.

! ничего из перечисленного.

**?. Для коарктации аорты характерны**

!+ головная боль, головокружение, шум в голове

! высокое пульсовое давление

! +чувство онемения, слабость и похолодание в конечностях

!+ высокое АД на верхних конечностях и низкое на нижних

! рано развивается дилатация правого желудочка

**?. При осмотре у больных с коарктацией аорты выявляется**

!+ хорошо развитый торс.

!+ недоразвитая нижняя половина тела (гипотрофия и атрофия мышц таза и нижних конечностей)

!+ кожа на верхней половине туловища и руках теплая, на нижних конечностях - бледная и холодная

! акроцианоз

! симптом «двух молоточков»

**?. Для аускультативной картины коарктации аорты характерны**

!+ грубый систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во 2-м межреберье справа

!+ акцентированный второй и приглушенный первый тон во 2-м межреберье справа

! грубый систолический шум на верхушке сердца, иррадиирующий во второе межреберье слева от грудины

! диастолический шум во втором межреберье слева от грудины

! грубый систолический шум над мечевидным отростком

**?. Болезнь Толочинова-Роже, это**

! дефект межпредсердной перегородки

!дефект межжелудочковой перегородки, локализованный над наджелудочковым гребнем

!дефект межжелудочковой перегородки расположенный выше наджелудочкового гребня в сочетании с недостаточностью аортального клапана

!+дефект, расположенный в мышечной части межжелудочковой перегородки

!открытое артериальное отверстие

**?. Открытое овальное отверстие, это**

!+ дефект межпредсердной перегородки

!дефект межжелудочковой перегородки, локализованный над наджелудочковым гребнем

!дефект межжелудочковой перегородки расположенный выше наджелудочкового гребня в сочетании с недостаточностью аортального клапана

!дефект, расположенный в мышечной части межжелудочковой перегородки

!открытое артериальное отверстие

**?. При дефекте межжелудочковой перегородки, верхушечный толчок смещен**

!+ влево и вниз

!влево и вверх

! вправо и вниз

!вправо

! все перечисленное не верно

**?. При дефекте межжелудочковой перегородки аускультативно выслушивается громкий систолический шум**

!+ с эпицентром в 3-4-м межреберье слева от грудины

!+ во 2-3-м межреберье слева, иррадиирующий в правую половину грудной клетки

!на верхушке сердца, с иррадиацией в левую подмышечную область

! у основания мечевидного отростка

!верно все перечисленное

**?. Шум Грехема-Стилла, это шум**

!митрального стеноза

!+относительной недостаточности клапанов легочной артерии

!относительной трикуспидальной недостаточности

!трикуспидального стеноза

!недостаточности аортального клапана

**?. У ребенка задержка в развитии, частые бронхиты, пневмонии. При аускультации сердца с эпицентром во 2-м межреберье слева от грудины выслушивается средней интенсивности мезосистолический шум. Наиболее вероятный диагноз**

!+ дефект межпредсердной перегородки

!+ открытое артериальное отверстие

! недостаточность митрального клапана

! стеноз устья аорты

! стеноз устья легочной артерии

**?. Незаращение боталлова протока, это**

!дефект межпредсердной перегородки

!дефект межжелудочковой перегородки, локализованный над наджелудочковым гребнем

!дефект межжелудочковой перегородки расположенный выше наджелудочкового гребня в сочетании с недостаточностью аортального клапана

!дефект, расположенный в мышечной части межжелудочковой перегородки

!+ открытое артериальное отверстие

**?. У ребенка, 13 лет частые бронхиты, отстает от сверстников на уроках физкультуры. При осмотре выявляется акроцианоз, сердечный горб, усиленная каротидная пульсация. Верхушечный толчок разлитой, смещен книзу. Перкуторно границы сердца расширены вправо и несколько влево. Аускультативно во 2-м межреберье слева от грудины сразу после I тона выслушивается систоло-диастолический шум, иррадиирующие в спину. II тон сливается с шумом. Шум ослабевает при глубоком вдохе и усиливается на выдохе и при задержке дыхания. Наиболее вероятный диагноз**

!болезнь Толочинова-Роже

!+открытое артериальное отверстие

!недостаточность митрального клапана

!стеноз устья аорты

!стеноз устья легочной артерии

**?. Подросток, 15 лет жалуется на головные боли, головокружение, шум в голове, одышку, утомляемость, чувство онемения и похолодания в нижних конечностях. При осмотре: хорошо развитый торс, нижняя половина тела недоразвита, отмечается гипотрофия мышц нижних конечностей. АД на верхних конечностях 200/80 мм.рт.ст. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во 2-м межреберье справа, там же выслушивается акцент II тона, I тон приглушен. Шум проводится на сонные артерии и хорошо выслушивается между лопатками. Наиболее вероятный диагноз**

!болезнь Толочинова-Роже

!открытое артериальное отверстие

!+ коарктация аорты

!стеноз устья аорты

!стеноз устья легочной артерии

**?. Аускультативно при коарктации аорты выслушивается**

!+грубый систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во 2-м межреберье справа

!+ акцент II тона во 2-м межреберье справа

!акцент II тона во 2-м межреберье слева

!акцент I тона над верхушкой

!систолический шум во во 2-м межреберье слева

**?. Узурация нижних краев III—VIII ребер характерна для**

!дефекта межжелудочковой перегородки

!незаращения Боталлова протока

!+коарктации аорты

!стеноз устья аорты

!стеноз устья легочной артерии

**?. Тетрада Фалло включает в себя**

!стеноз устья легочной артерии, высокий ДМЖП

!высокий ДМЖП, декстропозицию аорты

!стеноз устья легочной артерии, высокий ДМЖП, декстропозицию аорты

!высокий ДМЖП, декстропозицию аорты, гипертрофию правого желудочка сердца

!+ высокий ДМЖП, декстропозицию аорты, стеноз устья легочной артерии и гипертрофию правого желудочка сердца

**?. Для тетрады Фалло характерно**

!+ систолический шум с эпицентром в III—IV межреберье у левого края грудины, иррадиирущий во все стороны

!+ ослабление II тона над легочной артерией

! акцент II тона над легочной артерией

! систолический шум на верхушке с иррадиацией в левую подмышечную область

! систолический шум у основания мечевидного отростка

**?. Триада Фалло включает в себя**

! стеноз устья легочной артерии, гипертрофию правого желудочка, ДМЖП

! ДМПП, ДМЖП, гипертрофию правого желудочка

! гипертрофию правого желудочка,высокий ДМЖП

! стеноз устья легочной артерии, высокий ДМЖП, декстропозицию аорты

!+ стеноз устья легочной артерии, ДМПП, гипертрофию правого желудочка

**Атеросклероз**

**?. К факторам риска при атеросклерозе не относятся**

!+ гипокалиемия

! гиподинамия

! курение

! злоупотребление алкоголем

! гипокальциемия

**?. пРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ**

! никотиновая кислота

! клофибрат

! тироксин

!+ ловастатин

! аспирин

**?. У 50-летнего мужчины с индексом массы тела – 32, обнаружено повышение уровня холестерина до 7,5 ммоль/л. Больному могут быть рекомендованы**

!+ лечебная гимнастика и снижение массы тела

!+ ограничение животных жиров

! прием никотиновой кислоты

! прием статинов

! прием холестирамина

**?. атерогенными являются**

! липопротеиды высокой плотности

!+ липопротеиды очень низкой плотности

!+ липопротеиды низкой плотности

! хиломикроны

**?. Оптимальным методом лечения при атеросклеротическом поражении и сужении более 50% основного ствола левой коронарной артерии является**

! обляция

! двухкомпонентная схема лечения (нитраты+БАБ)

! трехкомпонентная схема лечения (нитраты+БАБ+АК)

!+ стентирование

! имплантация искусственного водителя ритма

**?. Причинами вторичных дислипидемий являются**

!+ гиподинамия

!+ ожирение

!+ употребление алкоголя

! язвенная болезнь

! ничего из перечисленного

**?. К развитию атеросклероза не приводят**

! эстрогены

! прогестины

! анаболические стероиды

! ожирение

!+ дигидропиридиновые АК

**?. Причинами вторичных дислипидемий являются:**

!+ сахарный диабет

!+ гипотиреоз

! бронхиальная астма

!+ цирроз печени

! ничего из перечисленного

**?. Для определения преимущественной локализации атеросклероза коронарных сосудов наиболее информативна**

! ЭКГ

! ЭхоКГ

! допплерография сосудов

!+ коронарография

! сцинтиграфия

**?. К статинам не относятся**

!ловастатин

! мевакор

! симвастатин

! аторвастатин

!+ колестипол

**?. К секвестрантам желчных кислот относятся**

!+ холестирамин

!+ колестипол

! фенофибрат

! гемфиброзил

! ципрофибрат

**?. К фибратам относятся**

!+ гемфиброзил

!+ фенофибрат

! холестирамин

! мевакор

! симвастатин

**?. Статины противопоказаны при**

!+ беременности

!+ заболеваниях печени в острой стадии

! ХОБЛ

! гипертонической болезни

! хроническом гастрите

**?. Побочными действиями статинов могут быть**

!+ миозит

!+ аллергия

! аритмии

!+ нарушение функции печени

! ничего из перечисленного

**?. Секвестранты желчных кислот противопоказаны при**

!+ III типе гиперлипидемии

!+ полной обструкции желчных путей

! II типе гиперлипидемии

! зуде у больных с частичной обструкцией желчных путей

! у больных со стенокардией напряжения

**?. Противопоказаниями для назначения фибратов являются**

!+ беременность

! IIb тип гиперлпидемий

! IV тип гиперлпидемий

! эндогенная гипертриглицеридемия

! смешанная гиперлипидемия (IIb, III и IV типы)

**?. Никотиновая кислота противопоказана при**

!+ сахарном диабете

!+ подагре

!+ обострении язвенной болезни желудка

! облитерирующем эндартериите сосудов нижних конечностей

! при всех перечисленных состояниях

**?. Ципрофибрат показан при**

! почечная недостаточность

! печеночная недостаточность

! беременность

! лактация

!+ гипертриглицеридемии

**?. Для атеросклероза характерно появление следующих нарушений**

!+ образование жировой полоски

!+ образование фиброзной бляшки

! +появление комплексных нарушений

! венозных тромбозов

! ничего из перечисленного

**?. Тромбоэмболические осложнения атеросклероза развиваются**

! в стадию образования жировой полоски

! в стадию образование фиброзной бляшки

!+ в стадию появления комплексных нарушений

! при всех перечисленных стадиях

! ни при одной из перечисленных стадий

**Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия**

**?. Для стенокардии характерно**

! появление загрудинной боли при физической нагрузке и отсутствие изменений на ЭКГ

! развитие полной AV-блокады после физической нагрузки

!+ появление загрудинной боли и депрессии на ЭКГ сегмента SТ на 1 мм и более

! подъем сегмента SТ менее, чем на 1 мм

! появление патологического зубца Q в IIIст. и avF отведениях

**?. К патогенетическим механизмам развития стенокардии не относятся**

! стенозирующий коронаросклероз

!+ тромбоз коронарных артерий

! коронароспазм

! увеличение потребности миокарда в кислороде

! недостаточность коллатерального кровообращения в миокарде

**?. ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ**

! иррадиация болей в нижнюю челюсть

! возникновение болей при физической нагрузке

!+ длительность болей более 1 часа

! выявление при проведении коронарографии стеноза коронарных артерий

! боли сопровождающиеся чувством нехватки воздуха

**?. Показаниями для госпитализации являются варианты стенокардии**

!+ спонтанная

!+ прогрессирующая

!+ впервые возникшая

! стабильная стенокардия напряжения

!. ничего из перечисленного

**?. Наиболее важным методом исследования для диагностики стенокардии при отсутствии изменений на ЭКГ является**

**! проведение пробы с нитроглицерином**

**!+ велоэргометрическая проба**

**! фонокардиография**

**!+ эхокардиография**

**! реография**

**?. Для стенокардии не характерны следующие изменения на ЭКГ**

! горизонтальная депрессия SТ

! депрессия SТ с дугой выпуклостью обращенной кверху

! подъем сегмента SТ

!+ глубокий зубец Q

! отрицательный зубец Т

**?. Для стенокардии Принцметалане характерны**

! положительный эффект АК

! спазм малоизмененных коронарных артерий

!+ увеличение содержания в крови тропонинов

! преходящий подъем сегмента SТ во время приступа

! ночные приступы стенокардии

**?. Какой из перечисленных признаков не характерен для стенокардии**

! появление загрудинной боли при физической нагрузке

!+ загрудинная боль, длящаяся часами

! исчезновение болей в покое

! купирование боли нитроглицерином.

! длительность болей до 2-5 минут

**?. Прогностически неблагоприятными у больных нестабильной стенокардией являются**

!+ длительное сохранение болевого синдрома

! появление болей в сердце при подъеме на 3-й этаж

!+ наличие в прошлом стабильной стенокардии

! депрессия сегмента SТ при физической нагрузке

! появление загрудинных болей при ходьбе свыше 500 метров

**?. Cтенокардия является выражением**

! митрального порока сердца

!+ недостаточности кровоснабжения миокарда

! уменьшения венозного притока к сердцу

! легочной недостаточности

! атеросклероза аорты

**?. Для стенокардии характерны**

! положительная проба с калия хлоридом

! положительная проба с бета-блокаторами

!+ исчезновение отрицательного зубца Т при нитроглицериновой пробе

!+ депрессия сегмента SТ при ВЭМ-пробе

! депрессия сегмента SТ при пробе с гипервентиляцией

**?. Больной жалуется на загрудинные боли, появляющиеся при ходьбе в среднем темпе более 500 метров и при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Стенокардию у этого больного можно отнести к функциональному классу**

!+ I

! II

! III

! IV

**?. К факторам риска развития ишемической болезни сердца не относятся**

! употребление алкоголя

!+ нефроптоз

! курение

! гиподинамия

! ожирение

**?. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане развития**

!+ инфаркта миокарда

! тромбоэмболии легочной артерии

! угрожающих жизни нарушений ритма сердца

! легочной гипертензии

!. венозной недостаточности

**?. Внезапной, принято считать смерть, последовавшую, в присутствии свидетелей в течение**

!+ 1 часа

! 10 часов

! 12 часов

! 18 часов

! 24 часов

**?. Для какого препарата, характерны угнетение сократимости миокарда, брадикардия, гипотензия, бронхоспазм, «синдром отмены»**

! нитроглицерин

! курантил

! верапамил

!+ анаприлин

! коринфар

**?. Антиагрегационным действием обладают**

!+ клопидогрель

! гепарин

! варфарин

! стрептокиназа

! корватон

**?. Какой из симптомов наиболее достоверен при стенокардии**

!+ загрудинная боль при физической нагрузке

! гипотония

! нарушение ритма

! патологический зубец Q

! боль в грудной клетке при вдохе

**?. С каких препаратов целесообразно начать терапию пациенту, страдающего ИБС стенокардией напряжения ФКII и артериальной гипертонией I степени**

! тиазидных диуретиков

! ингибиторов АПФ

! капозида

! +БАБ

! клофеллина

**?. Проба с изадрином применяется для**

! диагностики преходящих нарушений AV-проводимости

! определения функционального класса стенокардии

! выявления коронаротромбоза

!+ выявления скрытой коронарной недостаточности

! оценки тяжести коронарной патологии

**?. К факторам риска развития ишемической болезни сердца не относятся**

! артериальная гипертензия

! курение

! сахарный диабет

! гиперхолестеринемия

!+ авитаминоз

**?. Для стенокардии характерны**

! патологический зубец Q

!+ глубокий отрицательный зубец Т

!+ депрессия сегмента ST

! преходящая блокада ножек пучка Гиса

! купирование приступа транквилизаторами

**?. Признаками нестабильной стенокардии являются**

!+ учащение приступов стенокардии

! нарушения ритма

!+ отсутствие эффекта от нитратов

! подъем АД

! появление патологического зубца Q на ЭКГ

**?. При стенокардии Принцметала эффективны**

!+ коринфар

! атенолол

! курантил

! допегит

! капотен

**?. К антиангинальным средствам относятся**

! дипиридамол

! капозид

! аспирин

!+ изоптин

! аденозин

**?. Для купирования приступа Стенокардии применяют**

! сустак

! нитронг

!+ нитроглицерин

! изоптин

! дилтиазем

**?. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающей у людей при физической нагрузке?**

!+ напряжения

! покоя

! вариантная

! стенокардия Принцметала

! впервые возникшая

**?. Симулировать стенокардию могут**

! калькуллезный холецистит

!+ ГЭРБ

! язвенная болезнь желудка

! хронический колит

! острый панкреатит

**?. Для стенокардии Принцметала не характерны**

! стенокардии появляющаяся в покое

! боль появляющаяся в ночное время

!+ депрессия сегмента ST в период болей

! подъём ST в период болей

!+ появление отрицательного Т в период боли

**?. Для купирования желудочковых нарушений ритма сердца у больных ИБС предпочтение отдается**

! новокаинамиду

АТФ

!.+ лидокаину

! обзидану

**?. Причинами вариантной стенокардии являются**

!+ преходящий спазм малоизмененной крупной коронарной артерии

! преходящий спазм малоизмененных мелких сосудов коронарной артерии

! коронаротромбоз

! сочетание атеросклеротического стеноза и коронароспазма

! стенозирующий коронаросклероз более 75 % одной крупной коронарной артерии

**?. Синдром «обкрадывания» у больных стенокардией могут вызвать следующие препараты**

! нитронг

! кардикет

! сиднофарм

! атенолол

!+ дипиридамол

**?. Приступ стенокардии угрожает развитием**

!+ инфаркта миокарда

! тампонады сердца

! фибрилляции желудочков

! асистолии

! разрыва стенки желудочка

**?. Наиболее длительный антиангинальный эффект обеспечивает**:

! нитроглицерин

! сустак

! нитронг

!+ кардикет

! нитромазь

**?. С большей вероятностью выставить диагноз стенокардии позволяют**

!+ купирование болей нитроглицерином

! положительная фармакологическая проба с калия хлоридом

! появление болей при наклонах и поворотах тела

! положительные симптомы натяжения

!+ положительные результаты велоэргометрической пробы

**?. Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных со следующими поражениями**

!+ стенозом основного ствола левой коронарной артерии

! проксимальным поражением задней коронарной артерии

! дистальным поражением огибающей артерии

! проксимальным поражением огибающей артерии

! при сочетании проксимального сужения левой и огибающей артерии

**?. Из перечисленных препаратов наибольшей антиангинальной активностью обладают**

! пиндолол

! обзидан

! норваск

! соталол

!+ мономак

**?. Антиангинальным и антиаритмическим действием обладают**

! курантил

! исрадипин

! корватон

! изосорбид-динитрат

!+ кордарон

**?. Достоверным критерием положительной велоэргометрической пробы является**

! уменьшение вольтажа зубцов на ЭКГ

! подъем сегмента ST

!+ депрессия ST более чем на 2 мм

! появление отрицательных зубцов Т

! тахикардия

**ИНФАРКТ МИОКАРДА**

**? Инфаркт задне-боковой локализации выявляется в отведениях**

! avL, V5-V6

! I,П, aVF

! V1-VЗ

!+ II, III, aVF, V5-V6

! VЗ-Vб

**? Для кардиогенного шока не характерно**

! снижение систолического АД<80 мм.рт.ст.

! тахикардия

! снижение ОПСС

!+ повышение ОПСС

! олигурия

**? Препаратом выбора для купирования угрожающих жизни желудочковых нарушений ритма сердца при инфаркте миокарда является**

! этмозин

! новокаинамид

! сотатол

! финоптин

!+ лидокаин

**? При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начать с**

! зондирования желудка

! рентгеноскопии желудка

!+ ЭКГ

! эзофагогастродуоденоскопии

! ЭхоКГ

**? Пациента среднего возраста, периодически беспокоят кратковременные ноющие боли в левой половине грудной клетке, связанные со стрессовыми ситуациями. При этом на ЭКГ патологии не выявляется. Обследование пациента следует начать с**

! исследование крови на сахар и холестерин

! исследование крови на тропонины

! ЭхоКГ

!+ велоэргометрии

! фонокардиографии

**? В диагностике инфаркта миокарда наибольшую ценность имеет**

! аспарататаминотрансфераза

! креатинфосфокиназа

! лактатдегидрогеназа

!+ тропонин I

! гидроксибутиратдегидрогеназа

**? У больного инфаркт миокарда осложнился левожелудочковой недостаточностью. Лечение необходимо начать**

! эуфиллином

!+ лазиксом

! лидокаином

! кордароном

!+ морфином

**? Кардиогенный шок у больного инфарктом миокарда позволяют предположить**

!+ систолическое АД 50 мм.рт.ст.

!+ олигурия

! лихорадка

! высокое пульсовое давление

! гиперемия кожи

**? К ранним осложнениям инфаркта относятся**

!+ фибрилляция желудочков

! разрыв межжелудочковой перегородки

!+ отек легкого

! синдром Дресслера

Д. аневризма сердца

**? Для инфаркта миокарда характерно**

!+ развивается в результате коронаротромбоза

! наибольшая летальность при трансмуральном инфаркте миокарда, развивается в отдаленном периоде

! развивается при малоизмененных атеросклерозом коронарных сосудов

!+ некроз миокарда развивается спустя 2 часа от начала боли

! некроз миокарда развивается спустя 30 минут от начала боли

**? Больная поступила в отделение с задне-дафрагмальныминфарктом миокарда, сопровождавшийся брадикардией и эпизодами потери сознания. На ЭКГ: ЧСС-30/минуту, зубцы Р не связаны с комплексами QRS. Какое осложнение инфаркта имеет место у больной**

! политопная желудочковая экстрасистолия

!+ полная AV-блокада

! мерцательная аритмия

! фибрилляция желудочков

! синусовая брадикардия

**? У больного с инфарктом миокарда, возникла политопная желудочковая экстрасистолия. Какому из перечисленных препаратов необходимо дать предпочтение**

! коргликону

!+ лидокаину

! анаприлину

! финоптину

! АТФ

**? Наиболее частой причиной смерти при инфаркте миокарда является:**

!+ кардиогенный шок

! левожелудочковая недостаточность

! аритмии

! блокады

! тампонада сердца

**? Для боли при Инфаркте миокардане характерно**

! ангинозный статус

! загрудинная локализация

! длительность свыше 30 минут

!+ купирование боли нитроглицерином

! купирование боли наркотическими анальгетиками в сочетании с нейролептиками

**? Препаратом первой очереди для купирования наджелудочковой тахикардии у больных инфарктом миокарда является**

! хинидин

! этмозин

! аденозина фосфат

! лидокаин

!+ метопролол

**? Для разрыва межжелудочковой перегородки при инфаркте миокарда характерны**

!+ резкая, интенсивная загрудинная боль

! нарастающая левожелудочковая недостаточность

!+ резкое появление грубого систолического шума в 3-4 межреберьях слева от грудины или у верхушки

!+ быстро нарастающая правожелудочковая недостаточность

! появление на верхушке систолического шума иррадирующего в левую подмышечную область

**? Наиболее неблагоприятнымипрогностическими признаками у больных инфарктом миокарда являются**

! мерцательная аритмия

! ранние желудочковые экстрасистолы

!+ групповые желудочковые экстрасистолы

! политопные желудочковые экстрасистолы

! наджелудочковые экстрасистолы

**? Наиболее ранним, частым и опасным осложнением инфаркта миокарда является**

! тромбоэндокардит

! экссудативный перикардит

!+ фибрилляция желудочков

! разрыв сердца

! синдром Дресслера

**? Для инфаркта миокарда характерны**

!+ патологический зубец Q

! депрессия сегмента ST

!+ дискордантный подъём сегмента ST

! низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях

! глубокий зубец S

**? в первые 6-12 часов инфаркта миокарда в крови повышаются**

!+ креатининфосфокиназа

! лактатдегидрогенеза

! аминотрансфераза

! щелочная фосфатаза

!+ миоглобин

**? Длительность острейшего периода инфаркта миокарда до**

! 6 часов

!+ 2 часов

! 30 мин

! 12 часов

! до 24 часов

**? Длительность острого периода инфаркта миокарда до**

! 2 часов

! 1 месяца

!+ 10 дней

! 2 дней

! 18 дней

**гипертоническая болезнь**

**?. для гипертонической болезни 1 стадии (по классификации ВОЗ) характерно**

! наличие органных поражений

!+ отсутствие органных поражений

! кризовое течение болезни

! наличие ассоциированных клинических состояний

! генерализованное или локальное поражение артерий сетчатки

**?. С целью дифференциальной диагностики феохромоцитомы и гипертонической болезни проводят пробы с**

! курантилом

! анаприлином

!+ фентоламином

! аминазином

! допегитом

**?. К петлевым диуретикам относят**

! индапамид

!+ фуросемид

! хлорталидон

! спиронолактон

!+ торасемид

**?. К калийсберегающим диуретикам относят**

! гидрохлортиазид

! клопамид

! фуросемид

!+ верошпирон

!+ триамтерен

**?. Ототоксичность чаще всего развивается при назначении следующих диуретиков**

! гипотиазид

! клопамид

! верошпирон

!+ фуросемид

! арифон

**?. Гинекомастия у мужчин и нарушения менструального цикла у женщин развиваются при приеме**

! арифона

! гигротона

! лазикса

! урегита

!+ верошпирона

**?. К кардиоселективным бета-блокаторам без собственной симпатомиметической активности относятся**

! надолол

! обзидан

!+ атенолол

! вискен

! ацебутолол

**?. У больных гипертонической болезнью, с сопутствующей брадикардией, препаратом выбора из группы бета-блокаторов является**

!+ вискен

! атенолол

!+ ацебутолол

! коргард

! обзидан

**?. У больных гипертонической болезнью, с сопутствующей бронхиальной астмой, препаратом выбора из группы бета-блокаторов является**

! анаприлин

! пиндолол

! надолол

!+ метопролол

! эналаприл

**?. К ингибиторам ангиотензин-превращающегося фермента короткого действия относятся**

! периндоприл

! квинаприл

! эналаприл

! рамиприл

!+ каптоприл

**?. У больных гипертонической болезнью, с сопутствующей тахикардией, препаратом выбора из группы антагонистов кальция является**

!+ изоптин

! никардипин

! амлодипин

! коринфар

!+ дилтиазем

**?. У больных гипертонической болезнью, при наличии слабости синусового узла показаны**

! финоптин

! бета-блокаторы

!+ коринфар

!+ норваск

! кордарон

**?. К селективным альфа-1 блокаторам относят**

! фентоламин

! пирроксан

!+ празозин

!+ хитрин

! тропафен

**?. В качестве монотерапии на 1-й ступени лечения гипертонической болезни (отечном варианте) предпочтение отдается**

! ингибиторам АПФ

! антагонистам кальция

! альфа-2 агонистам центрального действия

!+ диуретикам

! периферическим вазодилататорам

**?. При ступенчатой терапии гипертонической болезни не рекомендованы следующиекомбинации препаратов**

!+ БАБ+финоптин

! Диуретики+БАБ

! Диуретики+ингибиторы АПФ

! Дигидропиридиновые АК+БАБ

!.АК+диуретики

**?. При двустороннем стенозе почечных артерий противопоказаны**

! альфа-блокаторы

! БАБ

! диуретики

!+ антагонисты А-II рецепторов

! ни один из перечисленных

**?. При сопутствующем гипертонической болезни и сахарном диабете предпочтение следует отдать**

!+ ингибиторам АПФ

! диуретикам

! БАБ

!+ АК

! ничего из перечисленного

**?. При сопутствующем гипертонической болезни сердечной недостаточности предпочтение следует отдать**

! АК

! Изоптину

!+ Диуретикам

!+ Ингибиторам АПФ

! Альфа-2 агонистам центрального действия

**?. При сопутствующих гипертонической болезни желудочковых нарушениях ритма предпочтение следует отдать**

!+ атенололу

! изоптину

! допегиту

! празозину

! диуретикам

**?. Препаратами выбора у беременных, при гипертонической болезни являются**

!+ допегит

! диуретики

! антагонисты ангиотензин-II рецепторов

! клофеллин

! ингибиторы АПФ

**?. Для купирования нейровегетативной формы криза наиболее предпочтительны**

!+ БАБ

! клофеллин

! диуретики

! магния сульфата

! ингибиторы АПФ

**?. При осложнении гипертонического криза отеком легкого наиболее предпочтительны следущие препараты**

!+ в/в введение нитропруссида натрия

! в/в введение БАБ

! +в/в введение диуретиков

! сублингвальный прием клофеллина

! ничего из перечисленного

**?. При осложнении гипертонического криза развитием острого инфаркта миокарда и желудочковыми нарушениями ритма предпочтительны следующие препараты**

! резерпин

! клофеллин

! допегит

!+ нитропруссид натрия

!+ БАБ

**?. Для адренергического варианта гипертонической болезни характерны**

! АV-блокада 1 степени

!+ тахикардия

! тошнота, рвота

! эффективность лечения фуросемидом

! брадикардия

**?. При гиперадренергическом варианте гипертонической болезни наблюдается**

! +возбуждение

! сонливость, апатия

!+ тахикардия

! брадикардия

! анорексия

**?. Для гиперадренергического варианта гипертонической болезни не характерно**

! тахикардия

! усиление 1 тона на верхушке сердца

!+ высокое диастолическое давление

! высокий минутный объем крови

! лабильность АД

**?. При лечении гиперадренергического варианта гипертонической болезни предпочтительнее использовать**

!+ обзидан

! диуретики

! коринфар

! каптоприл

! ингибиторы АПФ

**?. При гипертонической болезни содержание ренина**

! значительно повышено

! незначительно повышено

! в норме

! снижено

!+ может иметь место любой из перечисленных вариантов

**?. Для лечения объемзависимой формы гипертонической болезни наиболее эффективны**

! обзидан

! клофелин

!+ диуретики

! финоптин

! каптоприл

**?. При обследовании больного со стойкой III степенью гипертонической болезни выявлена протеинурия 3 г/сутки. Лечение следует начать с**

! пропранолола

! гипотиазида

! клофелина

!+ допегита

! нифедипина

**?. У пациента с I степенью артериальной гипертонии и ожирением III степени (индекс массы тела – 44) лечение следует начать с**

!+ гипотиазида

! альфа-блокаторов

! бета-блокаторов

! клофеллина

! коринфара

**?. «волчаночный синдром» могутвызвать**

! клонидин

!+ допегит

! резерпин

! гидралазин

! празозин

**?. у БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II степени И гиперкинетическИМ типОМ гемодинамики ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ**

! амлодипину

!+ обзидану

! коринфару

! верошпирону

! клофелину

**?. у ПАЦИЕНТОВ СО 2-й стадии гипертонической болезни (ВОЗ) ВСТРЕЧАЮТСЯ**

! гипертонические кризы

! увеличение конечного систолического объема левого желудочка

! увеличение конечного диастолического объема левого желудочка

!+ гипертрофия левого желудочка

! появление приступов стенокардии

**?. больному АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И сопутствующей бронхиальной астмОЙ противопоказан**

! клофелин

! капотен

! гипотиазид

! нифедипин

!+ обзидан

**?. вазоренальную артериальную гипертензию позволяет подтвердить**

! радиоизотопная ренография

! УЗИ почек

! исследование глазного дна

!+ почечная ангиография

!+ допплерография сосудов почек

**?. Артериальная гипертензия может быть заподозрена при**

! кратковременных эпизодах потери сознания

! появлении аритмий и блокад

! появлении периферических отеков

!+ болях в теменной и затылочной области

! появлении эпизодов ночного апноэ

**?. При сочетании ИБС и артериальной гипертонии, в качестве антиангинального препарата показан**

! нитронг

!+ амплодипин

! капотен

! трентал

!энап

**?. Укажите побочный эффект коринфара**

! брадикардия

! бронхоспазм

!+ отеки голеней и стоп

! развитие AV-блокады

! наджелудочковая экстрасистолия

**?. При сочетании стенокардии, бронхиальной астмы и артериальной гипертонии БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ**

! нитросорбид

! атенолол

! конкор

!+ коринфар

! кардикет

**?. ЭКГ-признаки характерные для гипертонической болезни**

! остроконечный зубец Р в отведениях II, III

!+ гипертрофия левого желудочка

! блокада правой ножки пучка Гиса

!+ отклонение эл/оси сердца влево

! Р-“mitrale” в отведениях I, II, avL

**?. Гемолитическую анемию могут вызвать**

! клонидин

! коринфар

! празозин

!+ допегит

! обзидан.

**Миокардиты**

**?. Наиболее часто причиной развития миокардитов являются**

!+ вирус Коксаки преимущественно группы В, вирусы гриппа

! вирусы полиомиелита

! вирусы гепатита

! бактерии

! грибы

**?. На ЭКГ у больных с миокардитами выявляются**

!+ аритмии

! +блокады сердца

! +отрицательный зубец Т

! дискордантный подъем сегмента ST выше изолинии в виде «кошачьей» спинки

! Ничего из перечисленного.

**?. Для кардиалгий при миокардите не характерны**

! боли ноющего характера в области сердца

! длительность болей до нескольких часов

! отсутствие связи болей с физической нагрузкой

! боль не купируется нитроглицерином

!+ боль купируется нитроглицерином

**?. Причиной развития миокардитов могут быть**

!+ ревматические болезни (ОРЛ, системная красная волчанка, ревматоидный полиартрит и др)

!+ аллергические реакции на лекарственные препараты

! язвенная болезнь

! +эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, феохромоцитома и др.).

! ничего из перечисленного

**?. Воспалительный процесс при миокардите развивается**

!+ вследствие непосредственного проникновения инфекционного агента в ткани сердца

!+ в результате воздействия микробных токсинов на миокард

!+ в результате развития аутоиммунной реакции

! после холецистэктомии

! ничего из перечисленного

**?. Миокардит Абрамова — Фидлера, это миокардит**

!+ неизвестной этиологии

! вызванный вирусами

! вызванный бактериями

! вызванный простейшими

! вызванный грибами

**?. Основной причиной развития миокардитов могут быть**

! гельминты

! лекарственные средства

!+ инфекция

! ревматические болезни

! идиопатические факторы

**?. Причиной гигантоклеточного миокардита могут быть**

!+ гранулематоз Вегенера

!+ генерализованный саркоидоз

! наркотики

!+ бруцеллез

! ничего из перечисленного

**?. Гранулематозный миокардит развивается при следующих заболеваниях**

!+ ОРЛ

!+ туберкулезе

!+ саркоидозе

! вследствие аутоиммунной реакции на вакцины и сыворотки

! паразитарной инвазии

**?. Первые клинические проявления миокардитов развиваются**

!+ спустя 2 недели от заболевания респираторными инфекциями

! спустя 1 месяц от заболевания респираторными инфекциями

! на 3-й день от заболевания респираторными инфекциями

! к концу 2-го месяца от заболевания респираторными инфекциями

! к концу 3-го месяца от заболевания респираторными инфекциями

**?. Препаратом выбора для лечения микардитов, вызванных вирусами гриппа А и В является**

!+ тамефлю

! азитромицин

! ремантадин

! ванкомицин

! азотиоприн

**?. Препаратом выбора для лечения ВИЧ-индуцированного миокардита является**

!+ зидовудин

! ремантиадин

! арбидол

! ацикловир

! ганцикловир

**?. Препаратом выбора для лечения риккетсиозных миокардитов является**

! ванкомицин

! азитромицин

!+ доксициклин

! цефтриаксон

! зидовудин

**?. Препаратом выбора для лечения миокардитов, вызванных грибами является**

! ванкомицин

!+ амфотерицин В

! доксициклин

! цефтриаксон

!+ фторцитозин

**?. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются**

!+ вирусные

! стрептококкоковые

! паразитарные

! грибковые

! микоплазменные

**?. Для лечения ОСТРОГО миокардита**

! обязательно назначение антибиотиков

! лечение в большинстве случае симптоматическое

! обязательно назначение кортикостероидов

! обязательно назначение метаболиков

!+ обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

**?. Укажите определение миокардита**

! воспаление околосердечной сумки

!+ воспаление сердечной мышцы

! воспаление внутренней оболочки сердца

! воспаление всех слоёв сердца

! воспаление сосудов

**?. Клиническим проявлением застоя в малом круге кровообращения при миокардите является**

! лицо Гиппократа

! гектическая (истощающая) лихорадка

! усиление верхушечного толчка

! повышение артериального давления

!+ мелкопузырчатые хрипы в лёгких

**?. Клиническим проявлением диффузного миокардита является**

! акцент второго тона над аортой

! острые нестерпимые боли за грудиной

! усиление тонов сердца

!+ дилатация камер сердца с развитием сердечной недостаточности

! перемежающаяся (интермиттирующая) лихорадка

**?. Для миокардита наиболее характерны**

! головокружение и обмороки

!+ признаки левожелудочковой и/или правожелудочковой недостаточности.

! сухой кашель и повышение температуры

!+ приглушенный I тон.

!+ боли в области сердца, сердцебиение¸ одышка

**Острая и ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

**?. остро возникшей сердечной астме применяются**

! в/венное введение сердечных гликозидов

!+ фуросемид в/венно

! анаприлин в/венно

! ингаляции симпатомиметиков

!+ нитроглицерин в/венно

**?. Левожелудочковая недостаточность не может быть осложнением**

! аортальных пороков сердца

! ИБС

!+ синусовой аритмии

! митрального стеноза

! артериальной гипертензии

**?. Для левожелудочковой недостаточности характерны**

! набухание шейных вен

! асцит

! увеличение печени

!+ ортопное

! отеки на ногах

**?. К сердечным гликозидам относится**

!+ дигоксин

! финоптин

! торасемид

! спиронолактон

! кордарон

**?. К поздним клиническим симптомам недостаточности кровообращения относятся**

!+ хроническая сердечная астма

! одышка при физической нагрузке

! тахикардия при физической нагрузке

!+ увеличение печени

!+ анасарка

**?. Для какой стадии недостаточности кровообращения по Василенко-Стражеско характерно наличие постоянной одышки, тахикардии, сердечной астмы и состояния «ортопноэ»**

! 1 стадия

!+ 2А стадия

! 2Б стадия

! 3 стадия

**?. Для правожелудочковой недостаточности не характерны**

! отеки нижних конечностей

! набухание шейных вен

!+ приступы сердечной астмы

! асцит

! эпигастральная пульсация

**?. Сердечные гликозиды противопоказаны при**

! тахикардии

! желудочковой экстрасистолии

!+ AV-блокаде

! предсердной экстрасистолии

! артериальной гипертензии

**?. К проявлениям недостаточности кровообращения не относится**

! одышка и тахикардия при физической нагрузке

! цианоз губ

! сердечная астма

!+ увеличение диуреза

! отеки на нижних конечностях

**?. Левожелудочковая недостаточность не характерна для**

! аортальных пороков сердца

! митральных пороков сердца

! ИБС

! артериальной гипертензии

! +стеноза устья легочной артерии

**?. Для уменьшения объема циркулирующей крови у больных с недостаточностью кровообращения используются**

! БАБ

! диуретики

! АК

! кортикостероиды

! ингибиторы АПФ

**?. К калийсберегающим диуретикам относятся**

! гидрохлортиазид

!+ верошпирон

! лазикс

! урегит

!+ альдактон

**?. К сердечным гликозидам относится**

! атенолол

!+ норваск

! альдоктон

! соталол

! +дигоксин

**?. У больного имеются: цирроз печени, резистентная к диуретической терапии анасарка, выраженная кахексия. Определите стадию недостаточности кровообращения по Василенко-Стражеско**

! 1 стадия

! 2А стадия

! 2Б стадия

!+ 3 стадия

**?. НАЛИЧИЕ ОСТРО ВОЗНИКШЕГО КЛОКОЧУЩЕГО ДЫХАНИЯ И ВЛАЖНЫХ КРУПНОПУЗЫРЧАТЫХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

! хронической правожелудочковой сердечной недостаточности

! хронической левожелудочковой сердечной недостаточности

! сердечной астмы

! +отека легких

! 2-сторонней н/долевой пневмонии

**?. Наиболее частой причиной хронической сердечной недостаточности (ХСН) является**

! пороки сердца

! +ИБС

! артериальная гипертензия

! кардиомиопатия

! миокардиты

**?. развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда у пациентов с**

! инфарктом миокарда

! +гипертрофической кардиомиопатией

! дилатационной кардиомиопатией

!+ амилоидозом сердца

**?. Фармакологическими эффектами сердечных гликозидов являются**

! +положительный инотропный эффект и усиление сердечного выброса

! +усиление активности парасимпатической и снижение активности симпатической нервной системы

!. коронаролитический

! +антиаритмический

! гипотензивный

**?. Фармакологическими эффектами фуросемида являются**

!+ венодилатирующий

! положительный инотропный

!+натрийуретический

!+ дуретический

! отрицательный хронотропный

**?. у ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Бета-блокаторы НЕ назначаются при**

! стойкой синусовой тахикардии

! сопутствующей артериальной гипотензии

! желудочковых нарушениях ритма сердца

! сопутствующей стенокардии напряжения

! +стойкой брадикардии

**?. для лечения желудочковой тахиаритмии, вызванной гликозидной интоксикацией рекомендован**

! этмозин

!+ лидокаин

! верапамил

! обзидан

! этацизин

**?. У больных с гиперальдостеронизмом наиболее эффективный диуретик**

! урегит

! фуросемид

! триампур

! +верошпирон

! диакарб

**?. Препаратом выбора для лечения больных гипертонической болезнью и хронической сердечной недостаточностью является**

! +престариум

! кардикет

! клофеллин

! антагонисты кальция

! пентамин

**?. При отеке легких у больных с ишемической болезнью сердца предпочтительны**

! сердечные гликозиды внутривенно

! эуфиллин внутривенно

! +нитровазодилататоры внутривенно

! БАБ внутривенно

! +лазикс внутривенно

**Хронический гастрит.**

**?.Наибольшее значение в диагностике хронического гастрита имеют**

! жалобы, анамнестические данные и результаты осмотра больного

! рентгеноскопия желудка

!+ гистологическое исследование гастробиоптата

! РН-метрия

! эзофагогастродуоденоскопия

**?. При разрушении главных желез желудка кислотность желудочного сока**

! не изменяется

! увеличивается

!+ снижается

! вначале увеличивается, затем снижается

! вначале снижается, затем увеличивается

**?. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита относятся**

!. УЗИ-желудка

!. рентгеноскопия желудка

!.+ гастроскопия

!.+ гистологическое исследование слизистой оболочки желудка

!. компьютерная томография

**?. Хронический гастрит дифференцируют с**

!. миокардитом

!.+ раком желудка

!.+ хроническим панкреатитом

!. +хроническим холециститом

!. перикардитом

**?. Алмагель относится к**

!. Н2-блокаторам

!. М-холиноблокаторам

!. ингибиторам протонной помпы

!.+ антацидам

!. спазмолитикам

**?. Для ранитидина характерно**

!.+ блокируя Н2- рецепторы уменьшает секрецию соляной кислоты

!. является Н1- блокатором

!. является М-холиноблокатором

!. вызывает лейкопению

!. является ингибитором протонной помпы

**?. Холинолитики противопоказаны при**

!. язвенной болезни желудка

!. обострении хронического панкреатита

!. +глаукоме

!. анемии

!. ХОБЛ

**?. К стимуляторам желудочной секреции не относится**

!. гастрин

!.+ секретин

!. гистамин

!. капустный сок

!. пентагастрин

**?. Основным этиологическим фактором развития хронического гастрита является**

!.+ helicobacter pylori

!. рефлюкс дуоденального содержимого в просвет желудка

!. алкоголь

!. курение

!. нарушение режима питания

**?. Согласно Хьюстонской классификации к гастриту типа С относят**

!. хеликобактерный гастрит

!. аутоиммуный гастрит

!.+ химико-токсический, лекарственно-индуцированный и пострезекционный гастрит

!. гипертрофический гастрит

!. лимфоцитарный гастрит

**?. К гастроцитопротекторам относятся**

!. маалокс

!. ранитидин

!.+ де-нол

!.+ вентер

!. солкосерил

**?. Для хронического неатрофического гастрит типа В характерно**

!.+ антральная локализация

!. фундальная локализация

!.+ секреторная функция желудка повышена

!. секреторная функция понижена

!. атрофия эпителия

**?. Для фундального гастрита протекающего с секреторной недостаточностью и В12-дефицитной анемией, характерно**

!.+ это, чаще всего гастрит типа А

!. это, гастрит, ассоциированный с Helicobacterpylori

!. резкий болевой синдром

!. запоры

!.+ аутоиммуный характер поражения

**?. Характерные критерии гастрита типа А**

!. +атрофия слизистой желудка

!. повышенная желудочная секреция

!. гиперплазия бокаловидных клеток слизистой желудка

!.+ В12-дефицитная анемия

!. изжога

**?. Для антрального гастрита типа В характерно**

!.+ боли имеющие язвоподобный характер

!. +изжога, иногда отрыжка кислым

!. чувство тяжести и полноты в эпигастрии после еды

!. тупая боль в подложечной области

!. тошнота, отрыжка воздухом

**?. С целью заместительной терапии при хроническом атрофическом гастрите применяется**

!.+ натуральный желудочный сок

!.+ ацидин-пепсин

!. вентер

!. координакс

!. мезим-форте

**?. С целью коррекции нарушений кишечного пищеварения у больных хроническим атрофическим гастритом применяются**

!.+ панкреатин.

!. ганатон

!.+ мезим-форте

!.+ энзистал

!. мотилиум

**?. Наиболее предпочтительный препарат для лечения гастрита индуцированного нестероидными противовоспалительными препаратами**

!.+сайтотек

!. маалокс

!. гастросидин

!. солкосерил

!. викалин

**?. Для хронического хеликобактерного неатрофического гастрита характерен**

!.+ язвоподобный вариант диспепсии

!. дисмоторный вариант диспепсии

!. смешанный вариант диспепсии

!. моторный вариант диспепсии

!. диспепсический вариант диспепсии

**?. К реактивному гастриту относят**

!.+ химико-токсический гастрит

!.+ лекарственно-индуцированный гастрит

!.+ пострезекционный гастрит

!. хеликобактерный

!. лимфоцитарный

**Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**

**?. Назовите наиболее информативный метод диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

!.+ гастроскопия с биопсией

!. ph-метрия

!. рентгеноскопия желудка

!. тест с ИПП

!. манометрия

**?. Перечислите основные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

!.+ изжога

!.+ отрыжка кислым

!. одинофагия

!. икота

!. рвота

**?.Ведущее место в патогнезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни занимает**

!.+ нарушение антирефлюксного барьера

!. снижение пищеводного клиренса

!. снижение резистентности СО П

!. снижение моторно-эваукуаторной функции Ж

!. повышение внутрибрюшинного давления

**?.Повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера**

!. секретин

!.+ гастрин

!. глюкагон

!. холецистокинин

!. желудочный тормозной полипептид

**?.Понижают тонус нижнего пищеводного сфинктера**

!. простагландин Е1

!. простагландин Е2

!.+ вазопрессин

!. бомбезин

!. мотилин

**?. Развитию гипотонии нижнего пищеводного сфинктера способствуют**

!.+ кофе

!.+ алкоголь

!. +ожирение

!. избыточная выработка гастрина

!. избыточная выработка вазопрессина

**?. Тонус нижнего пищеводного сфинктера понижают**

!.+. бета-блокаторы

!.+ нитраты

!.+ ксантины

!. альфа-адреномиметики

!. простагландин F2α

**?. Повреждение слизистой оболочки пищевода вызывают**

!.+ соляная кислота

!.+ пепсин

!. простагландин E2

!. муцин

!.+ лизолецитин

**?.Повреждение СО пищевода развивается при контакте рефлюксата**

!. 10 мин/сутки

!. 30/минут/сутки

!.+ более 1 часа/сутки

!. менее 10 мин/сутки

!. ничего из перечисленного

**?. Преэпителиальную защиту пищевода обуславливают**

!.+ муцин

!.+ немуциновый протеин

!.+ бикарбонаты

!. простагландин F2α

!. ничего из перечисленного

**?. Пациента беспокоят изжога и срыгивание при наклоне туловища. Наиболее вероятным диагнозом является**

!. хронический гастрит

!. язвенная болезнь желудка

!. язвенная болезнь 12 п/кишки

!. хронический панкреатит

!.+ ГЭРБ

**?. К дополнительным симптомам гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относятся**

!.+ ощущение кома за грудиной

!. дисфагия

!. срыгивание

!. отрыжка

!.+ икота

**?. К внеэзофагеальным проявлениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относятся**

!.+ кашель

!. срыгивание

!.+ стенокардия

!. одинофагия

!. +фарингит

**?. К золотому стандарту диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относится**

!. омепразоловый тест

!. рентгеноскопия пищевода

!. манометрия

!. щелочной тест

!.+ гистологическое исследование биоптата

**?. Для I степени гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по Savary-Miller, характерны**

!.+ отдельные несливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода

!. язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой

!. сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозивные поражения

!. пищевод Баррета

!. хроническая язва пищевода

**?. Для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни характерны уровни ph в пищеводе**

!+.< 4

!. 6,0-8,0

!. >8

!. 5

!. 4-6

**?. Осложнениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются**

!.+ стриктуры пищевода

!.+ язвенные поражения пищевода

!. блокады сердца

!. аритмии

!.+ рак пищевода

**?. При кислотном рефлюксе, назначаются**

!. +ингибиторы протонной помпы

!.+ прокинетики

!. урсофальк

!. фестал

!. спазмолитики

**?. При желчном рефлюксе, назначаются**

!+. ингибиторы протонной помпы

!.+ прокинетики

!. платифиллин

!.+ урсофальк

!. дюспаталин

**?. К золотому стандарту лечения ГЭРБ относят**

!.+ ингибиторы протонной помпы

!. Н2-блокаторы

!. ферменты

!. прокинетики

!. спазмолитики

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

**?. Диагноз язвенной болезни выставляется на основании**

!.+ особенностей клинического течения заболевания

!. +рентгенологического исследования

!.+ гастроскопии

!. УЗИ желудка и 12 п/кишки

!. компьютерной томографии

**?. Для препарата фамотидин подберите его характеристику**

!.+ Н2-блокатор

!. М-холиноблокатор

!. гастроцитопотектор

!. антацид

!. спазмолитик

**?. Подберите характеристику болей при язвенной болезни 12 п/к**

!. Тупая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи

!. Приступообразная боль в правом подреберье появляющаяся при приеме жирной пищи и иррадиирующая в правое плечо

!. Постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи

!.+ Боль, появляющаяся через 2-3 часа после еды

!. Боль, появляющаяся через 30 минут после еды

**?. У больного с язвенной болезнью желудка боль приняла постоянный характер и появилась иррадиация боли в спину. Можно предположить осложнение язвенной болезни**

!. пилоростеноз

!. +пенетрация в поджелудочную железу

!. малигнизация

!. перфорация

!. демпинг-синдром

**?. Выберите антихеликобактерные препараты рекомендованные всемирной организацией здравоохранения**

!+. амоксициллин

!.+ кларитромицин

!. таривид

!. ампициллин

!. цефазолин

**?. У больного страдающего язвенной болезнью желудка появились жалобы на отрыжку «тухлым», рвоту принятой накануне пищей, чувство тяжести и переполнения в эпигастрии после еды. Какое осложнение язвенной болезни можно предположить**

!. пенетрацию

!. перфорацию

!. кровотечение

!.+ пилоростеноз

!. малигнизацию

**?. К клиническим проявлениям пилоростеноза не относится**

!. рвота, приносящая облегчение

!. истощение и обезвоживание

!. судороги

!. +диарея

!. шум «плеска»

**?. Для лечения язвенной болезни не используют**

!. М-холиноблокаторы

!.+ симпатомиметики

!. антихеликобактерные препараты

!. Н2-блокаторы

!. висмутсодержащие препараты

**?. Симптомами продолжающегося кровотечения из желудочно-кишечного тракта являются**

!. +рвота «кофейной гущей»

!. усиление язвенных болей

!.+ снижение артериального давления

!. +снижение уровня гемоглобина

!. диарея

**?. При обнаружении Helicobacterpylori в слизистой оболочке желудка у больных с язвенной болезнью рекомендуется назначить**

!.+ де-нол

!. пенициллин

!.+ амоксициллин

!+. метронидазол

!. все перечисленное верно

**?. Достоверным проявлением пилоростеноза является**

!. рвота желчью

!. урчание в животе

!. тошнота

!. +шум плеска через 12 часов после приема пищи

!. ноющая боль в эпигастрии

**?. Для язвенной болезни 12 п/к характерны следующие рентгенологические изменения**

!.+ язвенная «ниша»

!. опущение желудка

!. атония желудка

!. дефект наполнения

!. ускоренная эвакуация

**?. Для язвенной болезни характерны следующие осложнения**

!.+ перфорация

!.+ кровотечение

!. непроходимость кишечника

!. острое расширение желудка

!. диарея

**?. антихеликобактерным действием обладают**

!. вентер

!.+ де-нол

!.+ клацид

!. платифиллин

!. маалокс.

**?. Антисекреторные препараты при язвенной болезни следует принимать**

!. через 30 минут после еды

!. через 1-2 часа после еды

!.+ за 1 час до еды

!. только на ночь

!. во время приема пищи

**?. Для перфоративной язвы в первые часы от начала заболевания характерны**

!.+ резкая, «кинжальная» боль в эпигастрии

!. +рвота «кофейной» гущей

!. «вагусный» замедленный пульс

!. мелена

.+ доскообразное напряжение мышц живота

**?. Для типичного течения язвенной болезни не характерны**

!. ночные боли

!. голодные боли

!. боли, купирующиеся антисекреторными препаратами

!. ноющая боль

!. +приступообразные боли

**?. При язвенной болезни редко рецидивирующего течения, обострения наступают**

!. +1-2 раза в 2-3 года

!. 2 раза в год

!. 3 раза в год

!. 1 раз в 5 лет

!. 2-3 раза в год

**?. Для пенетрации не характерно**

!.+ появления ночных болей

!. боль не купируется противоязвенными препаратами

!. появление болей в спине

!. боль принимает постоянный характер

!. исчезает связь болей с приемом пищи

**?. К гастроцитопротекторам относятся**

!.+ де-нол

!.+ сукралфат

!. солкосерил

!. трентал

!. омез

**?. Появление «кинжальной» в верхней половине живота, выраженного напряжения передней брюшной стенки и наличие газов под диафрагмой при проведении обзорной рентгенографии брюшной полости требует проведения**

!. гастроскопии

!. рентгеноскопии желудка

!.+ экстренной лапаротомии

!. наблюдения

!. ультразвукового исследования печени

**?. Наиболее достоверным клиническим проявлением язвенной болезни является**

!. тошнота

!. изжога.

!.+ боль в эпигастрии, исчезающая на некоторое время после приема пищи

!. отрыжка

!. запоры

**?. Какие из перечисленных препаратов не обладают ульцерогенным действием**

!. индометацин

!. резерпин

!. аспирин

!.+ антагонисты кальция

!. +солкосерил

**?. К гастроцитопротекторам относят:**

!.+ вентер

!.+ де-нол

!. фамотидин

!. +сайтотек

!. пантопразол

**?. Алкалоз вызывают следующие препараты**

!. карбонат кальция

!. гелюсил-лак

!. ренни

!.+ гидрокарбонат натрия

!. вентер

**?. К антисекреторным препаратам относятся**

!.+ рабепразол

!. вентер

!. маалокс

!.+ гастроцепин

!. де-нол

**?. Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни является**

!. +Инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacterpylori

!. Инфицирование слизистой оболочки желудка цитомегаловирусом

!. Курение

!. Алкоголь

!. Нарушение режима питания

**?. К дополнительным факторам развития язвенной болезни относятся**

!. врожденный дефицит альфа-1-антитрипсина

!. генетическая восприимчивость к Helicobacterpylori

!. +алкоголь

!. дуодено-гастральный рефлюкс

!. +сердечная недостаточность

**?. К агрессивным факторам развития язвенной болезни относятся**

!.+ helicobacterpylori

!.+ алкоголь

!. простагландин Е

!. энкефалины

!. эндорфины

**?. Голодные и ночные боли характерны для следующей локализации язвы**

!.+ 12 п/к

!. кардиальный отдел желудка

!. фундальный отдел желудка

!. тело желудка

!. субкардиальный отдел желудка

**?. Ранние боли появляются через ½-1 час после еды при локализации язвы**

!. +в средней трети тела

!. +в нижней трети тела

!. в кардиальном отделе

!. в 12 п/к

!. в пилорическом канале

**?. Боль возникающая сразу после еды характерна для следующей локализацииязвы**

!. пилорический отдел желудка

!. антральный отдел желудка

!. +кардиальный отдел желудка

!. +субкардиальный отдел желудка

!. 12 п/к

**?. При локализации язвы в луковице 12 п/к боль чаще иррадиирует в**

!. +правое подреберье

!. в область сердца

!. в эпигастрий

!. под левую лопатку

!. в левое подреберье

**?. Язвенное кровотечение могут вызвать следующие препараты**

!.+ аспирин

!. +преднизолон

!. обзидан

!. дюспаталин

!.+ индометацин

**?. Внезапная острая «кинжальная» боль в эпигастрии у больного с язвенной болезнью желудка характерна для**

!. пенетрации

!. пилоростеноза

!+. перфорации

!. язвенного кровотечения

!. перивисцерита

**?. При пенетрации язвы в поджелудочную железу не характерна иррадиация боли в**

!.+ правое подреберье

!. эпигастрий

!. мезогастрий

!.+ к пупку

!. спину

**?. К селективным М-холиноблокаторам относятся**

!. пилорид

!. ланзопразол

!.+ гастроцепин

!. гастросидин

!. роксатидин

**?. К всасывающимся антацидам относятся**

!. маалокс

!.+ натрия гидрокарбонат

!.+ магния окись

!. де-нол

!. вентрисол

**?. К адсорбирующим антацидам относятся**

!. маалокс

!.+ вентрисол

!. гастал

!. ренни

!. сайтотек

**?. Абсолютным показанием для назначения длительной непрерывной поддерживающей терапии Н2-блокаторами являются**

!.+ отсутствие эффекта от антихеликобактерной терапии

!.+ рефлюкс-эзофагит

!. необходимость длительного приема бета-блокаторов

!. необходимость длительного приема антагонистов кальция

!. молодой возраст

**?. Для купирования боли при язвенной болезни целесообразней использовать**

!.+ в/в Н2-блокаторы

!. в/в баралгин

!. в/в спазмолитики

!. наркотические анальгетики

!. М-холиноблокаторы в/мышечно

**?. Для остановки язвенного кровотечения предпочтительной использовать**

!.+ в/в Н2-блокаторы

!. в/в хлористый кальций

!.+ в/в дицинон

!. в/м викасол

!. в/в аскорбиновая кислота

**?. У мужчины среднего возраста после употребления алкоголя и шашлыков появились боли в левом подреберье, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжка кислым, изжога, рвота приносящее облегчение. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является**

!. язва 12 п/к

!.+ язва желудка

!. о.панкреатит

!. о.холецистит

!. о.гепатит

**?. Для декомпенсированного пилоростеноза не характерно**

!. дегидратация

!. сгущение крови

!. электролитные нарушения

!.+ В12-дефицитная анемия

!. гипохлоремическая кома

**?. Больного беспокоят жалобы на рвоту «кофейной» гущей, слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, «дегтеобразный» стул.Во/а крови гемоглобин - 70г/л. Олигурия – 50 мл/час. ЧСС-110/мин, АД-80/60 мм.рт.ст. Какое исследование необходимо провести больному для постановки диагноза**

!. УЗИ- брюшной полости

!. рентгеноскопия

!. ирригоскопия

!. +гастроскопия

!. эндоскопическая лапароскопия

**?. Какие группы препаратов снижают желудочную секрецию**

!. БАБ

!. антациды

!.+ ингибиторы протонной помпы

!. Н1-блокаторы

!.+ Н2-блокаторы

**Хронический панкреатит**

**?. Для лечения хронического панкреатита в фазе ремиссии применяются**

!. кортикостероиды

!. ингибиторы протеаз

!.+ ферментные препараты

!. спазмолитики

!. Н2-блокаторы

**?. При поражении хвоста у больных с панкреатитом боль локализуется**

!.+ в левом подреберье или слева от пупка

!. в эпигастрии

!. в правом подреберье

!. носит опоясывающий характер

!. в виде полупояса в верхней части живота

**?. Для заместительной терапии при хроническом панкреатите не используется**

!. панкреатин

!.+ гордокс

!. фестал

!. дигистал

!. мезим-форте

**?. Ингибиторами трипсина являются**

!. +трасилол

!. фестал

!.+ контрикал

!. церукал

!. ретаболил

**?. Для хронического панкреатита не характерны**

!. абдоминальные боли

!. стеаторея

!. креаторея

!. +водная диарея

!. диабет

**?. Для заместительной терапии при хроническом панкреатите применяются**

!.+ панкреатин

!.+ фестал

!. гордокс

!. мотилиум

!. линекс

**?. Препаратами ферментного действия являются**

!. урсофальк

!.+ панкреатин

!.+ мезим-форте

!. легалон

!. аллохол

**?. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является**

!. развитие сахарного диабета

!.+ снижение функции внешней секреции

!. желтуха

!. повышение активности трансаминаз

!. гепатомегалия

**!. При обострении хронического панкреатита не используется**

!. баралгин

!. контрикал

!.+ морфий

!. Н2-блокаторы

!. промедол

**?. Для панкреатита не характерны**

!. опоясывающие боли в эпигастрии

!. боли в левом подреберье с иррадиацией в спину

!. поносы

!.+ рвота, приносящая облегчение

!. снижение или отсутствие аппетита

**?. Этиологическими факторами панкреатита не являются**

!. хронический дуоденит

!.+ низкая кислотность желудочного сока

!. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы

!. проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов

!. злоупотребление алкоголем

**?. Наиболее информативны в диагностике обострения хронического панкреатита**

!. лейкоцитоз

!. увеличение аминотрансфераз в крови

!.+ увеличение амилазы в крови и моче

!. увеличение щелочной фосфатазы

!. гипергликемия

**!. Для подавления активности ферментов поджелудочной железы применяются**

!. антациды

!. М-холиноблокаторы

!. Н2-блокаторы

!.+ сандостатин

!. тразикор

**?. Для обезболивания при обострении хроническом панкреатите не применяются**

!. новокаин

!. фентанил

!. баралгин

!.+ морфий

!. анальгин

**?. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при**

!. язвенной болезни

!. +холелитиазе

!. пострезекционном гастрите

!. хроническом колите

!. лямблиозе

**?. При деструктивном панкреатите наиболее частой причиной смерти в поздние сроки заболевания является**

!. гнойные осложнения

!. желтуха

!. энцефалопатия

!. +кровотечение

!. тромбоэмболические осложнения

**?. Наиболее достоверным подтверждением обострения хронического панкреатита является**

!. боль опоясывающего характера

!. падение артериального давления

!.+ высокий уровень диастазы в крови и моче

!. гипергликемия

!. диарея

**?. В фазу ремиссии хронического панкреатита назначаются**

!. Н2-блокаторы

!. атропин

!. метацин

!.+ креон

!. гастроцепин.

**?. Секрецию панкреатического сока стимулируют**

!. соматостатин

!+. гастрин

!.+ глюкагон

!. вазоактивный интестинальный пептид

!. сандостатин

**?. Этиологическими факторами развития хронического панкреатита не являются**

!. заболевания желчных путей

!. злоупотребление алкоголем

!. изменения большого дуоденального сосочка

!.+ пищевая аллергия

!. +грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

**?. С целью диагностики обострения хронического панкреатита не используется**

!. определение амилазы крови

!. секретин-панкреозиминовый тест

!. УЗИ поджелудочной железы

!.+ определение билирубина

!. общий анализ крови

**?. Оперативное лечение хронического панкреатита не требуется при**

!. абсцедировании поджелудочной железы

!. рубцовом стенозе панкреатического протока

!.+ длительном течении хронического панкреатита

!. рубцовое стенозировании общего желчного протока

!. ничего из перечисленного

**Хронический энтерит**

**? Для хр. энтерита в стадии обострения не характерны**

!. боли в животе

!.+ желтуха

!. метеоризм

!. диареи

!. урчание в животе

**? К возможным механизмам развития хр. энтерита относятся**

!.+ нарушение секреторно-моторной функции кишечника

!.+ нарушение переваривания пищи

!.+ нарушение всасывания

!. хеликобактерное повреждение слизистой тонкой кишки

!. ничего из перечисленного

**? Для хронического энтерита не характерны**

! диарея

! нарушения электролитного состава

! снижения массы тела

!+асцит

! обезвоживание

**? К кишечным проявлениям энтерита не относят**

! боль

! диарея

! стеаторея

! урчание в животе

!+ запор

**? Для хронического энтерита не характерны**

! профузные поносы

! урчание в животе

!+ гепатомегалия

!+ мелена

!боли спастического характера

**? Для подтверждения хронического энтерита необходимо проведение**

! теста с Д-ксилозой

!рентгеноскопии тонкой кишки

! общего анализа кала

!УЗИ тонкой кишки

!+ биопсии со слизистой тонкой кишки и гистологическое исследование биоптата

**? Перечислить симптомы характерные для мальабсорбции**

! +потеря веса

! влажность кожных покровов

!+ дерматиты

!крапивница

! тенезмы

**?Для хронического энтерита характерны**

!ночные боли в эпигастрии

!+мальабсорбция

!+ мальдигистия

! +нарушение моторики и снижение барьерной функции тонкой кишки

! рвота съеденной накануне пищей

**?Для восстановления нормальной микрофлоры в кишечнике пациентам с хроническим энтеритом назначают**

!папаверин

!+бифидумбактерин

!+ бактисубтил

!смекту

!даларгин

**?При хр. энтерите с наибольшей осторожностью следует применять**

!+ антибиотики

! витамины

! ферменты

! сульфаниламиды

! белковые препараты

**? Мальдигестия, это**

!+ Нарушение переваривания

!Нарушение всасывания

! Нарушение секреции

! Нарушение моторики

!Ничего из перечисленного

**?К антидиарейным средствам относятся**

!+ лоперамид

!регулакс

!сенаде

!касторовое масло

!магния сульфат

**? Мальабсорбция, это**

!+ нарушение всасывания

!нарушение переваривания

!диарея

!метеоризм

!боли спастического характера

**?При преимущественном поражении тощей кишки боль локализуется**

!в средней части живота

!+вокруг пупка

!в правой подвздошной области

!по всему животу

!в левой подвздошной области

**?При преимущественном поражении подвздошной кишки боль локализуется**

!в средней части живота

!вокруг пупка

!+ в правой подвздошной области

!по всему животу

!в левой подвздошной области

**?Для внекишечных проявлений энтерита характерны:**

!+ трофические изменения кожи и ее придатков

! диарея

!+появление В12-фолиево-дефицитной анемии

!+проявления гиповитаминоза А (сухость кожи, «куриная слепота»)

!урчание в животе

**? Исследование кала при хроническом энтерите позволяет выявить**

!+ полифекалию

!+ стеаторею

!+ креаторею

!диспепсию

!все перечисленное

**?В крови у больных хр. энтеритом может выявляться**

!+ железо/или В12-фолиево-дефицитную анемию

!+ увеличение СОЭ.

!уменьшение фибриногена

!уменьшение альфа-глобулинов

!+гипопротеинемия, гипоальбуминемия

**?Для хронического энтерита характерны**

! запоры

! «овечий» кал

!+частый стул с непереваренными мышечными волокнами, жирами

!жидкий пенистый стул с примесью крови

! ничего из перечисленного

**?Эндоскопически при хроническом энтерите могут выявляться**

!+ отечность и гиперемия СО тонкой кишки

!+участки слизистой бледного цвета

!+сглаженность складок

!картина «булыжной мостовой»

!ничего из перечисленного

**хронический бескаменный холецистит**

**?В этиологической структуре хронического холецистита преимущественно выделяют**

!+ условно патогенную флору (эшерихии, стрептококки)

!+протозойную инфекцию

! переедание

! злоупотребление жирными блюдами

! гиподинамию

**?при локализации воспалительного процесса в шейке и протоке желчного пузыря боль**

! ноющая

!тянущая

!+ интенсивная

!+приступообразная

!постоянная

**?Появление боли при нанесении отрывистых ударов кончиками пальцев на вдохе ниже правой реберной дуги, это**

!симптом Гаусмана

!+симптом Лепене-Василенко

!симптом Георгиевского-Мюсси

!симптом Грекова-Ортнера

!симптом Мерфи

**?Для воспалительно-интоксикационного синдрома при хроническом холецистите характерно наличие**

!горечи во рту

!чувства тяжести и распирания в верхней половине живота

!+повышения температуры тела

!диарея

!+потливость

**?Кишечная форма хронического холецистита проявляется**

!горечью во рту

!дисфагией

!+малоинтенсивной болью по всему животу

!+вздутием

!изжогой

**?К атипичным формам хронического холецистита относятся**

!абдоминальная

!+ кишечная

!+кардиалгическая

!+эзофагеальная

!стертая

**?При обострении хронического холецистита в анализах крови выявляются**

!тропонин I

!миоглобин

!увеличение амилазы

!+увеличение СОЭ

!+нейтрофильный лейкоцитоз

**?Механическая желтуха развивается при**

!эмпиеме желчного пузыря

!вовлечении в процесс поджелудочной железы

! перфорации с образованием желчного свища в 12 п/кишку

!+затруднении оттока желчи в общем желчном протоке

!перихолецистите

**?Для купирования болевого синдрома при холецистите используют**

!морфий

!+меперидин

!омез

!+атропина сулфат

!гастросидин

**?При гипотонической дискинезии для купирования боли противопоказаны**

!промедол

!трамадол

!диклофенак

!+платифиллина гидротартрат

!баралгин

**?К холеритикам относятся**

!+аллохол

!+фестал

!эуфиллин

!ксилит

!магния сульфат

**?К холекинетикам относятся**

!эуфиллин

!атропин

!+растительные масла

!+сорбит

!никодин

**?К холеспазмолитикам относятся**

!+атропин

!холензим

!магния сульфат

!циквалон

+нитроглицерин

**?продолжительность антибактериального лечения при обострении хронического холецистита**

!5-7 дней

!10-14 дней

!10-21 день

!+7-10 дней

!7-15 дней

**?Боли при хроническом холецистите не возникают при употреблении**

!жирных блюд

!яиц

!+отварной рыбы

!газированных напитков

!вина

**?Болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря - это симптом:**

!Лепене-Василенко

!+Кера

!Грекова-ортнера

!Георгиевского – Мюсси

! Гаусмана.

**?укажите диету больных с хроническим холециститом**

!диета №4

!+диета №5

!диета №1

!диета № 3

!диета № 2.

**?Для больных с хроническим холециститом не характерно появление**

!отрыжки горечью

!вздутия кишечника

!тошноты

!+кислого привкуса во рту

!рвоты

**?Обострение хронического холецистита подтверждает симптом**

!+Кера

!Ласега

!Боаса

!+Мерфи

!Щеткина- Блумберга

**?Холекинетики - это**

!средства, купирующие болевой синдром

!средства, стимулирующие образование желчи

!+средства, стимулирующие желчевыделение посредством повышения тонуса желчного пузыря и снижения тонуса желчных путей

!средства, обладающие М-холиноблокирующим действием

!средства, стимулирующие желчевыделение посредством снижения тонуса желчных путей

**?Для гипотонического типа дискинезии не характерно**

!+схваткообразные боли

!чувство распирания в правом подреберье

!замедление опорожнения желчного пузыря при холецистографии

!увеличенного желчного пузыря при холецистографии

!+увеличенного объёма порции А.

**?При подозрении на хронический холецистит не проводится**

!общий анализ крови

!+биопсия печени

!дуоденальное зондирование

!ультразвуковое исследование желчного пузыря

!исследование билирубина крови

**?Для гипертонического типа дискинезии желчного пузыря не характерны**

!округлая форма желчного пузыря на холецистограмме

!приступы желчной колики

!обострение после нарушения диеты

!преходящая желтуха

!+постоянные боли.

**?Наличие билирубината кальция в пузырной порции дуоденального зондирования свидетельствует о наличии:**

!катарального холецистита

!гнойного холецистита

!отключенного желчного пузыря

!+склонности к камнеобразованию

1перихолецистита

**?О хроническом холецистите свидетельствуют изменения в**

!порции А

!+порции В

!порции С

!порции Д

!А+С порциях дуоденального зондирования

**?Холеретики - это**

!+средства, стимулирующие желчеобразовательную функцию печени

!средства, усиливающие мышечное сокращение желчного пузыря и способствующие выделению желчи в кишечник

!средства, назначаемые при гипомоторной дискинезии желчного пузыря

!средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках

!средства, назначаемые при холангите

**?Основным этиологическим фактором хронического холецистита считается**

!+бактериальная инфекция

!+протозойная инфекция

!малоподвижный образ жизни

!операционное вмешательство на брюшной полости

!травма печени

**?Атипичные формы хронического холецистита - это**

!+кардиалгическая, эзофалгическая, кишечная

!кардиалгическая, панкреатическая, кишечная

!кардиалгическая, гепатолгическая, кишечная

!плевралгическая, эзофалгическая, дуоденальная

**?Болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа это симптом**

!Кера

!Мерфи

!+Грекова-Ортнера

!Георгиевсого - Мюсси;

!Боткина

**?Для диспепсического синдрома при хроническом холецистите характерно**

!опоясывающие боли

!изжога

!+отрыжка

!+горечь во рту

!боли по всему животу

**Хронический гепатит**

**?Прямой билирубина в крови повышается при**

!гемолитической желтухе

!+печеночной желтухе

!+механической желтухе

!все перечисленное верно

**?Диспротеинемию в крови выявляют**

!определение печеночных трансаминаз

!белково-осадочные пробы

!проба с бромсульфалеином

!+определение общего белка и альбумина

!+определение белковых фракций в крови

**?Наиболее информативным в диагностике активности хронического гепатита является**

!увеличение печеночных трансаминаз более 10 норм

!+гистологические изменения в печени

!иммунологические показатели крови

!гепатомегалия

!желтуха

**?Выберите наиболее оптимальную схему лечения хронического аутоиммунного гепатита**

!кортикостероиды и гептрал

!декарис и пегасис

!делагил и витамины гр. В

!эсссенциале и декарис

!+кортикостероиды и азатиоприн

**?Показанием для иммунодепрессивной терапии является**

!биллиарный цирроз

!+хронический аутоиммунный гепатит

!хронический вирусный гепатит

!новообразование печени

!ни одно из перечисленных состояний

**?При угрозе печеночной комы следует ограничить в диете**

**!**углеводы

!+белки

!жиры

!жидкость

!витамины группы В

**?Для лечения хронического аутоиммунного гепатита применяются**

!+делагил

!+кортикостероиды

!никотиновая кислота

!панкреатин

!ничего из перечисленного

**?наболее чаще причиной развития гепатита являются**

!+вирусы гепатита В и С

!лекарственные препараты

!хронические интоксикации на производстве

!аутоимунные заболевания

!ожирение

**?Гепатопротекторами являются**

!атропин

!+фосфоглив

!преднизолон

!+эссенциале

!дигестал

**?Для цитолитического синдрома характерно повышение в крови**

!+активности АЛТ

!+активности АСТ

!щелочной фосфатазы

!+связанного билирубина

!гамма-глутаматтранспептидазы

**?Для перехода хронического гепатита в цирроз печени характерны**

!+варикозное расширение вен пищевода

!высокие цифра АЛТ и АСТ

!желтуха

!гипоальбуминемия

!все перечисленное

**?Для лечения хронического вирусного гепатита в фазу репликации вирусов наиболее эффективны**

!левамизол

!эссенциале

!+интерферон-альфа

!интерферон-гамма

!гептрал

**?Повышение непрямого билирубина характерно для**

!+надпеченочной желтухи

!печеночной желтухи

!подпеченочной желтухи

**?Цитолитический синдром у больных с гепатитами проявляется**

!лихорадкой, желтухой, геморрагическим диатезом

!появлением внепеченочных знаков («печеночный язык», «печеночные ладони», пальмарная эритема, сосудистые звездочки)

!снижением в сыворотке крови альбуминов, протромбина, холестерина, холинэстеразы

!повышение в сыворотке крови связанного билирубина и уровня печеночных трансаминаз более 10 норм

!+все перечисленное верно

**?Мезенхимально-воспалительный синдром у больных с гепатитами проявляется**

!лихорадкой

!артралгиями и миалгией

!васкулитами

!спленомегалией и лимфаденопатией

!+все перечисленное верно

**?Для холестатического синдрома характерны**

!+желтуха и упорный кожный зуд

!+появление ксантелазм

!+увеличение активности щелочной фосфатазы в крови

!повышение уровня гамма-глутаматтранспептидазы

!все перечисленное

**? «Золотым стандартом» в диагностике, позволяющей оценить степень активности воспалительного процесса в печени является**

!определение крови АЛТ и АСТ

!определение в крови билирубина

!исследование крови на общий белок и белковые фракции

!УЗИ печени

!+гистологическое исследование печени

**?К вирусным гепатитам передающимся фекально-оральным путем относятся**

!+Гепатит А

!гепатит B

!гепатит С

!+гепатит Е

!гепатит G

**?Маркерами репликации вируса гепатита В являются**

!+HBVДНК

!. Аnti-HbcIgG

!+HbeAg

!Anti-Hbs

!Anti-Hbe

**?В крови в период обострения аутоиммунного гепатита выявляются**

1+LE-клетки

!+ревматоидный фактор

!увеличение щелочной фосфатазы

!+ложноположительная реакция Вассермана

!увеличение непрямой фракции билирубина

**Цирроз печени**

**?Для биллиарного цирроза печени не характерны**

!желтуха

!кожный зуд

!ксантелазмы

!+снижение активности щелочной фосфатазы в крови

!высокий уровень активности щелочной фосфатазы в крови

**?К факторам риска цирроза печени не относятся**

!алкоголь

!вирус гепатита С

!холестаз

!дефицит a1–трипсина

!+курение

**?Цирроз печени от гепатита отличает**

!гепатомегалия

!диспепсия

!цитолитический синдром

!+портальная гипертензия

!увеличение прямого билирубина

**?К развитию цирроза печени наиболее часто приводят**

!нарушение обмена железа

!+вирусы

!длительный холестаз

!хроническая недостаточность кровообращения

!синдром недостаточности всасывания

**?При осмотре больных с циррозом печени выявляются**

!+ «сосудистые звездочки»

!+эритема ладоней (печеночные ладони)

!+гинекомастия у мужчин, аменорея у женщин

!акроцианоз

!шум плеска натощак при пальпации верхней половины живота

**?Для микронодулярного цирроза печени не характерно**

!+набухание шейных вен

!спленомегалия

!телеангиоэктазия

!гинекомастия

!асцит

**?Асцит при циррозе печени развивается вследствие**

!+вторичного гиперальдостеронизма

!+гипоальбуминемии

!+портальной гипертензии

!увеличения активности АЛТ

!увеличения активности щелочной фосфатазы

**?Для биллиарного цирроза печени наиболее характерны**

!диспепсический синдром

!астеноневрастенический синдром

!портальная гипертензия

!+холестаз

!печеночная недостаточность

**?Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием**

!цитолитического синдрома

!холестатического синдрома

!+портокавальных и кава-кавальных анастомозов

!билирубинемии

!желтухи

**?Для асцита характерно наличие следующих симптомов**

!+одышка при физической нагрузке

!+снижение суточного диуреза

!+похудание

!увеличение артериального давления

!все перечисленное

**?Ранним признаком первичного билиарного цирроза печени является**

!асцит

!+кожный зуд

!варикозное расширение вен пищевода

!желтуха

!спленомегалия

**?Для цирроза печени не характерны**

!асцит

!спленомегалия

!+лимфоаденопатия

!увеличение билирубина

!пальмарная эритема

**?При первичном биллиарном циррозе рекомендуются**

!+метотрексат

!+колхицин

!+урсофальк

!антибиотики

!противовирусные препараты

**?Наиболее характерным начальным проявлением первичного биллиарного цирроза печени является**

!гепатомегалия

!внепеченочные знаки

!спленомегалия

!+кожный зуд

!желтуха

**?Мелена при наличии гепатоспленомегалии позволяет предположить**

!кровоточащую язву 12 п/к

!+кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

!тромбоз мезентериальных артерий

!неспецифический язвенный колит

!геморрагический диатез

**?Цирроз печени наиболее часто является следствием**

!нарушением обмена железа (гипохроматоз)

!+вирусного гепатита

!длительного холестаза

!недостаточности кровообращения

!синдрома недостаточности всасывания

**?Подберите характерные признаки алкогольного цирроза печени**

!раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертонии

!раннее поражение ЦНС

!+раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности

!наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности щелочной фосфатазы

!пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови

**?Переход хронического гепатита в цирроз печени характеризует**

!+варикозное расширение вен пищевода

!+спленомегалия

!желтуха

!гипоальбуминемия.

!ничего из перечисленного

**?У больного циррозом печени выявляется гинекомастия и импотенция. Дополните клинику выявленного синдрома**

!анорексия

!общая слабость

!энцефалопатия

!+нарушение вторичного оволосения

!боли в ногах

**?К Клиническими проявлениями биллиарного синдрома не относится**

!желтухи

!кожного зуда

!ксантелазм

!+увеличение печени с бугристой поверхностью

!высокий уровень активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови

**Хронический неязвенный колит**

**?Для хронического колита в стадии обострения не характерны**

!боли в животе

!+желтуха

!вздутие

!нарушения стула

!урчание в животе

**?Выберите признаки характерные для хронического колита**

!профузные поносы

!+урчание в животе

!гепатомегалия

!мелена

!+боли спастического характера

**?Этиологическими факторами развития хронического колита могут быть**

!+ишемия кишечной стенки

!повышение кислотности желудочного сока

!повышение в сыворотке крови пепсиногена 1

!+инфекции

!+дисбактериоз

**?При хроническом колите с наибольшей осторожностью следует применять**

!+антибиотики

!витамины

!ферменты

!сульфаниламиды

!белковые препараты

**?Местное лечение наиболее показано при**

!тифлите

!панколите

!трансверзите

!хроническом энтерите

!+проктосигмоидите

**?Этиологическими факторами развития хронического колита могут быть**

!сахарный диабет

!+радиация

!+коллагенозы

!helicobacterpylori

! ничего из перечисленного

**?Боли при хроническом колите**

!+носят спастический характер

!+постоянные

!изчезают после приема ингибиторов протонной помпы

!появляются через 1,5-2 часа после еды

!+локализуются в нижних и боковых отделах живота

**?Боль при тифлите**

!+локализуется в правой половине живота, правой подвздошной области и может иррадиировать в пах, правое бедро, поясницу.

!локализуется в средней части живота.

!локализуется в левом подреберье и может иррадиировать в левую половину гр. клетки имитируя стенокардию.

!локализуется в левой подвздошной области и может иррадиировать в левую паховую область и промежность.

!появляется в заднем проходе при дефекации

**?Боль при ангулите**

!Локализуется в правой половине живота, правой подвздошной области и может иррадиировать в пах, правое бедро, поясницу

!Локализуется в средней части живота

!+Локализуется в левом подреберье и может иррадиировать в левую половину гр. клетки имитируя стенокардию

!Локализуется в левой подвздошной области и может иррадиировать в левую паховую область и промежность

!Появляется в заднем проходе при дефекации

**?Для хронического неязвенного колита не характерны**

!боли спастического характера чаще в нижних и боковых отделах живота

!вздутие

!урчание

!нарушения стула в виде запоров или поносов, или чередования запоров с поносами.

!+мелена

**?Колоноскопия позволяет выявить**

!+неспецифический язвенный колит

!+рак толстой кишки

!дуоденит

!хронический энтерит

!опухоли тонкой кишки

**?Рентгенологически при хроническом колите выявляется**

!+ассиметричная гаустрация

!сужение просвета кишки

!+смазанность рельефа слизистой толстой кишки

!дефект наполнения

!+гипо или гипермоторная дискинезия

**?При диарее у больных с колитами могут применяться**

!лактулоза

!+препараты висмута

!+полифепан

!+кальция карбонат

Д. гутталакс

**?К антидиарейным препаратам, обладающим фармакологической активностью благодаря действию на моторику кишечника относятся**

**!+**имодиум

!атропин

!висмута нитрат основной

!полифепан

!кальция карбонат

**?К антидиарейным препаратам, обладающим фармакологической активностью благодаря выведению с калом желчных кислот относятся**

!имодиум

!атропин

!висмута нитрат основной

!+полифепан

!кальция карбонат

**?Слабительным действием обладают**

!лоперамид

!холестирамин

!+лактулоза

!+макроголь

!месалазин

**?При гипотонии кишечника у больных с хроническим колитом препаратами выбора являются**

!+мотилиум

!но-шпа

!дюспаталин

!папаверин

!мебеверин

**?Для купирования боли при спастических нарушениях кишечника применяют**

!сайтотек

!+но-шпа

!+дюспаталин

!одестон

!+мебеверин

**?К миотропным спазмолитикам относятся**

!платифиллин

!+но-шпа

!+отилония бромид

!атропин

!гиосцин

**?К холинолитикам относятся**

!+платифиллин

!ранисан

!+гиосцин

!+гастроцепин

!фамотидин

**Железодефицитные анемии**

**?. Для железодефицитной анемии не характерны**

!.+ высокий уровень ферритина в крови

!. гипохромия и микроцитоз эритроцитов

!. эффект от лечения препаратами железа в течение месяца

!.+ мегалобластоз костного мозга

!. не характерен ни один из перечисленных признаков

**?. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся**

!. к своевременному переливанию цельной крови

!. к длительному и аккуратному введению препаратов железа в/в

!.+ к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения (язвы, опухоли, воспаления, если это возможно)

!.+ к назначению препаратов железа перорально на длительный срок

!. ничего из перечисленного

**?. Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть**

!.+ обильные и длительные менструальные кровопотери

!.+ геморрой

!. синдром раздраженной толстой кишки

!. хронический гастрит с пониженной секреторной функцией

!.+ миома матки

**?. Основное количество железа всасывается в**

!. желудке

!. нисходящем отделе ободочной кишки

!.+ 12 п/к и тощей кишке

!. подвздошной кишке

!. сигмовидной кишке

**?. Для лечения дефицита железа следует назначить**

!. препараты железа в/венно в сочетании с мясной диетой

!. препараты железа в/венно в сочетании с витаминами группы группыв/мышечно

!. регулярные трансфузии эритроцитарной массы

!.+ препараты железа внутрь на длительный срок

!. препараты железа внутрь в сочетании с кортикостероидами

**?. Причиной железодефицитной анемии могут быть**

!.+ хронической кровопотери

!.+ истощение депо железа

!. +нарушение всасывания Fe

!. увеличение продукции тиреоидных гормонов

!. нарушение секреции соляной кислоты

**?. Основным препаратом при лечении железодефицитной анемии является**

!. витамин В12

!.+ гемофер

!. фолиевая кислота

!. пепсин

!. аскорбиновая кислота

**?. При какой анемии у больных секутся и выпадают волосы, отмечается повышенная ломкость ногтей, извращение вкуса**

!. острая постгеморрагическая анемия

!. +хроническая железодефицитная анемия

!. гемолитическая анемия

!. В12-фолиево дефицитная анемия

!. мегалобластная анемия

**?. Какой признак болезни не соответствует диагнозу железодефицитной анемии**

!. цветовой показатель=0,7

!. гипохромия эритроцитов

!. микроцитоз

!. анизо-пойкилоцитоз

!.+ гиперсегментация ядер нейтрофилов

**?. Среди клинических симптомов железодефицитной анемии не наблюдается**

!. глоссит

!.+ лихорадки

!. желтуха

!. анорексия

!. выпадение волос

**?. Генез железодефицитной анемии у женщин можно связать со следующими данными анамнеза**

!. резекцией желудка

!. +большим количеством родов

!. нефрэктомией

!. гиперсекреторным гастритом

!. приемом противозачаточных средств

**?. Для железодефицитной анемии характерно**

!. тошнота, рвота

!. +жжение в языке

!.+ ангулярный стоматит

!.+ тяга к острой пищи

!. изжога

**?. У женщины 42 лет с фибромой матки и геморрагиями обнаружена анемия НВ-80 г/л, гипохромия и микроцитоз эритроцитов, наиболее вероятный диагноз**

!. В12-анемия

!. серповидно-клеточная анемия

!. апластическая анемия

!. наследственный сфероцитоз

!. +железодефицитная анемия

**?. Какие исследования необходимо провести больному гипохромной анемией для установления ее причин**

!.+ общий анализ крови

!.+ реакция Грегерсена

!.+ гастроскопия

!. рентгеноскопия желудка

!. УЗИ брюшной полости

**?. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является**

!.+ кровопотеря из ЖКТ

!. алкогольный гепатит

!. гематурическая форма гломерулонефрита

!. бронхоэктатическая болезнь

!. абсцесс легкого

**?. К Проявлениям сидеропенического синдрома не относится**

!. ангулярный стоматит

!. глоссит

!. сухость и выпадение волос

!. эзофагит

!.+ систолический шум во всех точках

**?. Правильными рекомендациями по лечению железодефицитной анемии являются**

!. диета с обилием яблок, моркови, гранатов, орехов

!. необходимость в ежедневном приеме икры, мяса, белой рыбы

!. ежедневное употребление в пищу 300 г печеночного паштета

!.+ длительный прием препаратов железа внутрь

!. все перечисленное верно

**?. Характерным признаком В12-анемии является:**

!. гипертромбоцитоз

!. лейкоцитоз

!. увеличение СОЭ

!.+ высокий цветной показатель

!. низкий цветной показатель

**?. Диагноз железодефицитной анемии может быть установлен с помощью всех перечисленных данных, кроме**

!. отсутствие Fe в окрашенном биоптате костного мозга

!. низких уровней ферритина сыворотки

!. гипохромии и микроцитоза при специфических клинических данных

!. ответа на терапию препаратами железа в течение месяца

!.+ обнаружения мегалобластов при исследовании костного мозга

**?. Для диагноза железодефицитной анемии важно наличие следующего показателя**

!. снижение гематокрита

!.+ снижение ЦП

!. снижение гемоглобина

!. снижение лейкоцитов

!. гипербилирубинемия

**?. Наиболее частой причиной железодефицитной анемии являются**

!.+ кровопотери

!. глистная инвазия

!. врожденный дефицит железа

!. авитаминоз

!. недостаточное поступление железа с пищей

**?. Для железодефицитной анемии,помимо гипохромии и микроцитоза характерно**

!. +сидеробласты в стернальном пунктате

!. мишеневидные эритроциты

!. повышение железосвязывающей способности сыворотки

!.+ понижение железосвязывающей способности сыворотки

!. положительная десфераловая проба

**?. В организме взрослого человека**

!. содержится 2-5 г железа

!. +содержится 4-5 г железа

!. в гемоглобине находится 30% имеющегося в организме железа

!.+ в гемоглобине находится 60% имеющегося в организме железа

!. ничего из перечисленного

**?. Для ангулярного стоматита характерны**

!. ярко красный язык с атрофированными сосочками

!. яркая гиперемия слизистой оболочки рта, десен

!. резкая гиперемия зева

!. гиперемия слизистой оболочки полости рта, десен с появлением участков эрозий и язвами

!.+ трещины (заеды) в углах рта

**?. Койлонихии, это**

!. поперечная исчерченность ногтей

!. выпуклость ногтей в виде часовых стекол

!.+ ложкообразные вдавления ногтей

!. ломкость ногтей

!. пальцы в виде «барабанных палочек»

**?. picachlorotica это**

!. ахлоргидрия и ахилия у больных с Fe-дефицитной анемией

!.+ извращение вкуса

!. снижение вкусовых качеств

!. жжение в кончике языка

!. бледность с зеленоватым оттенком у больных с хронической Fe-дефицитной анемией

**Хронический пиелонефрит**

**?. Лейкоцитурией называется увеличение числа лейкоцитов в моче свыше**

!.+ 10 в поле зрения, или 4000 в 1 мл

!. 3-4 в поле зрения, или 2000 в 1 мл

!. 15-20 в поле зрения, или 6000 в 1 мл

!. 2-3 в поле зрения, или 3000 в 1 мл

!. 5-6 в поле зрения, или 3000 в 1 мл

**?. Активные лейкоциты свидетельствуют оБ**

!. амилоидозе почек

!.+ обострении хронического пиелонефрита

!. обострении хронического гломерулонефрита

!. волчаночном нефрите

!. диабетической нефропатии

**?. Для диагностики латентнотекущегопиелонефрита проводят**

!. пробу Реберга

!. пробуЗимницкого

!.+ прединизолоновый тест

!. экскреторную урографию

!. Радиоизотопнуюренографию

**?. Наиболее частым возбудителем пиелонефрита является**

*!. Proteus spp.*

*!. Klebsiella spp.*

*!. Enterobacter spp.*

!. Staphylococcus saprophyticus

*!. +Escherichia coli*

**?. Наиболее частый путь проникновения инфекции при пиелонефрите**

!.+ уриногенный

!. гематогенный

!. лимфогенный

!. смешанный

!. энтеральный

**?. Для обострения хронического пиелонефрита характерно появление**

!. гипотонического синдрома

!. гематурического синдрома

!.+ мочевого синдрома

!.+ поллакиурического синдрома

!. мезенхимально-воспалительного синдрома

**?. Для поллакиурического синдрома характерно наличие**

!. дизурии

!. болей в поясничной области

!. лихорадки

!.+ частого мочеиспускания

!.+ полиурии

**?. Для обострения хронического пиелонефрита характерно появление**

!. +бактериурии

!.+ лейкоцитурии

!. макрогематурии

!. протеинурии

!. эритроцитоза

**?. Препаратами выбора у пациентов с пиелонефритом для лечения инфекций, вызванных Klebsiellaspp. являются**

!. пенициллины

!.+ карбапенемы

!. цефалоспорины

!. тетрациклины

!. макролиды

**?. Препаратами выбора у пациентов с осложненными формами пиелонефрита, вызванной синегнойной палочкой предпочтение отдают**

!. тетрациклинам

!. нитрофуранам

!. 8-оксихинолинам

!.+ карбоксипенициллинам

!.+ уреидопенициллинам

**?. Поллакиурия-это**

!. редкое мочеиспускание

!.увеличение объема выделямой мочи

!. болезненное мочеиспускание

!.+ частое мочеиспускание

!. недержание мочи

**?. Посев мочи целесообразно производитьпри**

!. при амилоидозе

!. волчаночном нефрите

!.+при хроническом активном пиелонефрите

!.+ при хроническом латентном пиелонефрите

!.при обострении гломерулонефрита

**?. Причиной хронического пиелонефрита чаще всего является**

!.гонококк

!.легионелла

!. протей

!. сальмонелла

!.+ шигелла

**?. При хроническом пиелонефрите выделяют следующие синдромы**

!.+ гипертонический

!. гипотонический

!. +мочевой

!. астенический

!. септический

**?. Для пиелонефрита характерны:**

!. макрогематурия

!. ацидоз

!.+ бактериурия

!. азотемия

!. +лейкоцитурия

**?. Скрытая лейкоцитурия выявляется с помощью**

!. общего анализа мочи

!. пробы Зимницкого

!. пробы Реберга

!.+ преднизолоновоготеста

!. 3-х стаканной пробы

**?. Патогенные бактерии могут достигать почечной лоханки**

!. +гематогенным путем

!.+ уриногеннымпутем

!. алиментарным путем

!. ингаляционным

!. ректальным

**?. Для лечения пиелонефрита вызванного хламидиями предпочтение отдают**

!. тетрациклинам

!. фторхинолонам

!.+ макролидам

!. карбепенемам

!. аминогликозидам

**?. Прератами выбора Для лечения у беременных являются**

!. +цефалоспорины

!. фторхинолоны

!. тетрациклины

!. +амоксициллин+ клавулановая кислота

!. аминогликозиды

**?.Для лечения пиелонефрита в период лактации противопоказаны**

!. цефалоспорины

!. нитрофураны

!.+ тетрациклины

!. макролиды

!.+ аминогликозиды

**Острый и хронический гломерулонефрит**

**?. После перенесенной стрептококковой инфекцииострый гломерулонефрит начинается**

!. во время стрептококковой инфекции

!. через 5-7 дней от начала стрептококковой инфекции

!.+ через 10-14 дней от начала стрептококковой инфекции

!. через 1 месяц от начала стрептококковой инфекции

!. через 6 месяцев от начала стрептококковой инфекции

**?. Наиболее быстрее прогрессирование гломерулонефрита наблюдается**

!. при макрогематурии

!. при нефротическом синдроме

!. при артериальной гипертензии

!. при сочетании протеинурии с гематурией

!.+ при сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома

**?. Причиной острого гломерулонефрита является**

!.+ бета-гемолитический стрептококк группы А

!. эшерехия коли

!. клебсиелла

!. кишечная палочка

!. стафилококк

**?. При постановке диагноза хронический гломерулонефрит наиболее информативны**

!. исследование мочи по Нечипоренко

!. изотопная ренография

!. внутривенная урография

!.+ пункционная биопсия почек

!. УЗИ – почек

**?. Для острого гломерулонефрита не характерны**

!. гематурия

!. гипертония

!.+ белок Бенс-Джонса в моче

!. протеинурия

!. цилиндурия

**?. Для «нефротического синдрома» не характерны**

!. гиперхолестеринемия

!. гипопротеинемия

!. протеинурия

!. отеки

!. +гематурия

**?. Гипертензивный синдром не развивается при**

!. хроническомгломерулонефрите

!. тиреотоксикозе

!.+ гипотиреозе

!. гиперальдостеронизме

!. феохромоцитоме

**?. Для хронического латентного гломерулонефрита характерно наличие**

!. массивной протеинурии

!.+ умеренной протеинурии и гематурии

!. стабильного АД

!. +медленного прогрессирования с развитием хронической почечной недостаточности

!. отечного синдрома

**?. Отеки при остром гломерулонефрите**

!.+ локализуются, прежде всего, на лице

!. +сочетаются с бледностью кожных покровов

!. сочетаются с цианозом слизистых оболочек

!. сопровождаются гиперволемией и брадикардией

!. появляются исподволь и нарастают медленно

**?. Для острого гломерулонефрита типичны следующие осложнения**

!. уремический перикардит

!.+ эклампсия

!. +сердечная астма и отек легких

!. геморрагический инсульт

!. уремическая остеодистрофия

**?. Острый диффузный гломерулонефрит развивается вследствие инфекции**

!. стафилококковой

!. вирусной

!.+ стрептококковой

!. кишечная палочка

!. другими грамположительными бактериями

**?. При нарушении функции почек наиболее безопасным из антибиотиков является**

!. стрептомицин

!. +левомицетин

!. тетрациклин

!. гентамицин

!. доксициклин

**?. Для нефротической формы хронического гломерулонефрита не характерны**

!. отеки

!.+ гематурия

!. протеинурия

!. артериальная гипертензия

!. боли в пояснице

**?. ДЛЯ гломерулонефрита НЕ ХАРАКТЕРНЫ**

!. гипертензия

!. боли в пояснице

!. изменения мочи

!. отеки

!.+ дизурия

**?. Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита используются**

!.+ кортикостероиды

!. антибиотики

!.+ цитостатики

!.+ антикоагулянты

!. нестероидные противовоспалительные препараты

**?. Для обострения хронического гломерулонефрита не характерна**

!. протеинурия

!. гематурия

!. цилиндрурия

!. +лейкоцитурия

!. артериальная гипертензия

**?. наиболее достоверным признаком хронической почечной недостаточности является**

!. артериальная гипертензия

!. гиперкалемия

!.+ повышение уровня креатинина

!. олигурия

!. протеинурия

**?. Какие из перечисленных изменений мочи характерны для острого гломерулонефрита**

!.+ протеинурия.

!. +гематурия.

!. большое количество лейкоцитов.

!. бактериурия.

!.+ цилиндурия.

**?. Какие из перечисленных симптомов характерны для латентной формы хронического нефрита**

!. артериальная гипертония

!. отеки

!.+ гематурия

!.+ протеинурия

!. азотемия

**?. Основным признаком нефротического синдрома является**

!. лейкоцитурия

!. +протеинурия

!. гематурия

!. цилиндрурия

!. бактериурия

**?. Самая высокая протеинурия наблюдается при**

!. остром гломерулонефрите

!. +амилоидозе

!. нефротическом синдроме

!. хроническом гломерулонефрите

!. хроническом пиелонефрите

**?. Нефротоксичными антибактериальными препараты являются**

!.+ гентамицин

!. карбенициллин

!. эритромицин

!. цефазолин

!.+ канамицин

**?. Хроническая почечная недостаточность диагностируется по**

!. отекам при наличии протеинурии.

!. артериальной гипертензии и изменениям в моче.

!. бактериурии.

!.+ повышению уровнякреатинина в крови.

!. повышению уровня мочевой кислоты в крови.

**?. Укажите антигипертензивный препарат, благоприятно влияющий на внутрипочечную гемодинамику**

!. верошпирон

!. гипотиазид

!. гуанетидин

!. +допегит

!. клофеллин

**?. Макрогематурия не характерна для**

!. острого нефрита

!. инфаркта почки

!. рака почки

!.+ амилоидоза почек

!. почечной колики

**?. Для осложнений острого гломерулонефрита не характерны:**

!. олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН

!.+ массивное почечное кровотечение

!. эклампсия

!. +тромбоэмболический синдром

!. острая левожелудочковая недостаточность

**?. С какой целью назначаются антикоагулянты и дезагреганты при остром гломерулонефрите**

!. профилактика коронарного тромбоза

!. профилактика тромбоэмболий

!. +воздействие на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции

!. профилактика тромбоза почечной артерии

!. +увеличение перфузии ишемизированных клубочков.

**?. Наиболее частым клиническим вариантомхронического гломерулонефрита является**

!. гематурический

!.+ латентный

!. нефротический

!. гипертонический

!. смешанный

**?. Для нефротического варианта хронического гломерулонефритахарактерны**

!. гиперпротеинемия

!.+ суточная протеинурия > 3 г/л

!. +отеки

!. гиполипидемия

!. макрогематурия

**?. Снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите позволяет выявить проба**

!. по Нечипоренко

!. Зимницкого

!.+Реберга-Тареева

!. Аддиса-Каковского.

!. Амбюрже

**?. Показаниями к назначению кортикостероидов при хроническом гломерулонефрите являются**

!.+ высокая активность почечного процесса

!. +нефротический синдром без гипертонии и гематурии

!. изолированная протеинурия

!. изолированная гематурия

!. гипертонический синдром

**?. Гемодинамические нарушения при остром гломерулонефрите обусловлены**

!.+ гиперволемией

!.+ задержкой натрия и воды

!. гиперренинемией

!. повышением концентрации простагландинов

!. спазмом сосудов

**?. Клиническими проявлениями faciesnefritica являются**

!. +отеки лица

!. акроцианоз

!. геморрагическая сыпь на лице

!. +бледность кожи

!. набухание шейных вен

**?. хронический гломерулонефрит позволяют отличить от хронического пиелонефрита**

!. лихорадка с ознобом

!. асимметрия поражения почек

!. +двухстороннее поражения почек

!.+ высокая протеинурия в сочетании с гематурией и цилиндрурией

!. высокая лейкоцитурия, бактериури

**Амилоидоз почек**

**?. Какое из перечисленных заболеваний является наиболее частой причиной вторичного амилоидоза**

!. ревматизм

!. деформирующий остеоартроз

!.+ ревматоидный полиартрит

!. хронический панкреатит

!.+ бронхоэктатическая болезнь

**?. Что из перечисленного позволяет предположить наличие вторичного амилоидоза почек**

!. протеинурия - 1 г/сутки, отеки

!+.протеинурия превышающая 3-5 г/сутки

!. гематурия и почечная недостаточность

!. гипопротеинурия

!. +гематурия

**?. наиболее частым исходом амилоидоза почек ЯВЛЯЕТСЯ**

!. злокачественная гипертензия

!. +почечная недостаточность

!.+ анемия

!. мочекаменная болезнь

!. сердечная недостаточность

**?. Какое заболевание приводит к амилоидозу почек**

!. хронический гломерулонефрит

!. коллагеновая нефропатия

!.+ туберкулез почек

!. острый интерстициальный нефрит

!. диабетическая нефропатия

**?. Для тубулоинтерстициального нефрита харатерны**

!. бактериурия

!.+ гипоизостенурия

!. гипертензия

!. дизурия

!. никтурия

**?. При каком заболевании отсутствует нефротический синдром**

!. диабетический гломерулосклероз

!. амилоидоз почек.

!. острый гломерулонефрит

!.+ тубулоинтерстициальный нефрит

!. хронический гломерулонефрит

**?. Назовите заболевания, наиболее часто сопровождающиеся развитием амилоидоза**

!. подагра

!.+ туберкулез

!. деформирующий остеартроз

!.+ ревматоидный артрит

!.+ хронические нагноительные процессы

**?. У больного с нефротическим синдромом и бронхоэктатической болезнью в первую очередь необходимо исключить**

!. хронический пиелонефрит

!.+ амилоидоз

!. интерстициальный нефрит

!. хронический гломерулонефрит

!. абсцесс почки

**?. Для диагностики амилоидоза наиболее информативны**

!. исследование осадка мочи

!. компьютерная томография и УЗИ

!.+ биопсия почки

!. внутривенная урография

!. моча по Нечипоренко

**?. При лечении амилоидоза применяют следующие препараты**

!. гентамицин

!. +колхицин

!. +цитостатики

!. антибиотики

!. уросептики

**?. У больного 45 лет имеется хронический остеомиелит правой бедренной кости. В общем анализе мочи: белок 3 г/л, лейкоциты 6-8 п/зр, имеются гиалиновые цилиндры. Вероятный диагноз**

!. хронический пиелонефрит

!. хронический гломерулонефрит

!.+ амилоидоз почек

!. мочекаменная болезнь

!. интерстициальный нефрит

**?. Какие органы наиболее часто поражаются при вторичном амилоидозе?**

!.+ почки

!. сердце

!. кишечник

!. селезенка

!. печень

**?. Какое суждение относительно амилоидоза является неправильным**

!. для диагностики амилоидоза биопсия слизистой прямой кишки менее информативна, чем биопсия почки

!. нефротический синдром может сохраняться на стадии развития ХПН

!. поносы характерны для амилоидоза кишечника

!. артериальная гипертензия наблюдается редко

!.+ поражение почек наиболее характерно для первичного амилоидоза

**?. Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе**

!+. протеинурия

!. микрогематурия

!. лейкоцитурия

!. макрогематурия

!. цилиндрурия

**?. Какой тип амилоида характерен для первичного амилоидоза**

!.+ AL

!. AA

!. AS

!. AH

!. ATTR

**?. Какой тип амилоида характерен для диализного амилоидоза**

!. AL

!. AA

!. AS

!. +AH

!. ATTR

**?. Клиническая картина АА- и AL-амилоидоза протекает с вовлечением почек и чаще характеризуется:**

!.+ массивной протеинурией более 3-3,5 г/л

!.+ гипопротеинемией

!.+ гиперлипидемией и отечным синдромом

!. гематурией

!. лейкоцитурией

**?. Наиболеее информативными в диагностике амилоидоза являются**

!+. пункция костного мозга

!.+ аспирационная биопсия подкожной жировой клетчатки

!. +биопсия слизистой оболочки прямой кишки

!. радиоизотопная сцинтиграфия с меченным 123I сывороточным Р-компонентом

!. исследование мочевого осадка

**?. Наиболее эффективным способом лечения диализного амилоидоза является:**

!. применение кортикостероидов

!. применение цитостатиков

!. применение кортикостероидов в комбинации с цитостатиками

!. применение колхицина

!. +трансплантация почки

**?. Средством выбора лечения ATTR-типа амилоидоза является**

!. применение кортикостероидов

!. применение цитостатиков

!. применение кортикостероидов в комбинации с цитостатиками

!. применение колхицина

!. +трансплантация печени

**введение в проф.патологию**

**?. ОСНОВНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ, НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ направление профпатолога с указанием цели консультации

!+ копия трудовой книжки

!+ санитарно-гигиеническая характеристика условия труда

! производственная характеристика

!+подробная выписка из медицинской карты амбулаторного больного с результатами предварительного медицинского осмотра и выписки из истории болезни, если больной находился на стационарном лечении.

**?. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ УСЛОВИЙ ТРУДА СОСТАВЛЯЕТ**

! администрация предприятия

! представитель профкома предприятия

! инспектор по технике безопасности

!+ санитарный врач по гигиене труда центра госсанэпиднадзора

! цеховой врач

**?. ТРУДОВОЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЫДАЕТ**

! цеховой врач

!+ КЭК

! бюро МЧС

! главный врач МЧС

! администрация предприятия

**?. ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ И ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОГО УРОВНЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О**

!+ безопасности производства

!+ возможности возникновения профессионального заболевания

! рентабельности производства

!+ классе опасности условий труда

**?. К ГРУППЕ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

! развившиеся у лиц, проживающих вблизи промышленных предприятий,

загрязняющих атмосферный воздух

!+ перечисленные в списке профессиональных заболеваний, утвержденном МЗ и МП РФ

! развившиеся на работе, по пути на работу или с работы

! проявляющиеся в отдаленные сроки жизни настоящего и последующих поколений

**?. В ФУНКЦИИ ВРАЧА ПРОФПАТОЛОГА ВХОДЯТ**

!+ консультативный прием больных профессиональными заболеваниями, инвалидов вследствие профзаболеваний и лиц с подозрением на профзаболевания

!+ диагностика профзаболеваний, лечение и реабилитация больных

профзаболеваниями

!+ выдача медицинских заключений по результатам консультации и рекомендаций для лечения врачами по месту жительства

! обучение (переквалификация) инвалида профессиям и видам труда, которые он может выполнять без ущерба для здоровья

! клинико-экспертная оценка качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работающих

**?.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПРОЦЕНТАХ ВОЗЛОЖЕНО**

! на центры профпатологии

! на КЭК (клинико-экспертные комиссии)

!+ на МСЭК (медико-социальные экспертные комиссии)

! на цехового врача

**?. В ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА ПРОФПАТОЛОГА ВХОДЯТ**

!+ проведение анализа профессиональной заболеваемости и инвалидности вследствие профзаболеваний

!+ установление диагноза хронического профессионального заболевания

! проведение санитарно-просветительной работы, пропаганды здорового образа жизни

!+ ведение учетно-отчетной документации

! установление эффективного контроля над уровнями воздействия вредных и опасных производственных факторов

**?. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЦЕНТРА ПРОФПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ установление связи заболеваний с профессией

!+ оздоровление больных, инвалидов вследствие профзаболеваний

!+ оздоровление лиц из группы риска

!+ разработка и проведение мер по профилактике и снижению профессиональной заболеваемости и трудопотерь по болезни и инвалидности

! установление эффективного контроля над уровнями воздействия вредных и опасных производственных факторов

**?. В ФУНКЦИИ ЦЕНТРА ПРОФПАТОЛОГИИ ВХОДЯТ**

!+ диагностика профзаболеваний, лечение, реабилитация и наблюдение больных профессиональными заболеваниями

!+ контроль над качеством предварительных и периодических медицинских осмотров и реализацией профилактических и оздоровительных рекомендаций

!+ разработка методических рекомендаций по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с профессиональными заболеваниями

!+ установление эффективного контроля над уровнями воздействия вредных и опасных производственных факторов

! разработка совместно мероприятий по профилактике профессиональной заболеваемости

**?. ВСЕ ЛИЦА С ВЫЯВЛЕННЫМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ У**

! лечащего врача

!+ врача-специалиста по профилю заболевания

!+ врача профпатолога

! цехового врача

! администрации предприятия

**?. ЦЕЛЬЮ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

!+ динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях профессиональных вредностей и неблагоприятных условий труда

!+ своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний и их профилактика

!+ выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы во вредных условиях

!+ выявление заболеваний для предупреждения несчастных случаев и обеспечения безопасности труда, охраны здоровья населения

! предупреждение общих заболеваний

**?. ЦЕЛЬЮ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

!+ определение соответствия рабочих и служащих поручаемой им работе

!+ предупреждение общих заболеваний

!+ предупреждение профессиональных заболеваний

! выявление заболеваний для предупреждения несчастных случаев и обеспечения безопасности труда, охраны здоровья населения

! своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний

**?. К НЕОБХОДИМЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОСМОТРАМ РАБОЧИХ, СОСТОЯЩИХ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ, ОТНОСЯТСЯ**

!+ предварительные осмотры

! периодические осмотры

!+ целевые осмотры

! осмотры после снятия с соответствующей группы инвалидности

**?.ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫМ ИЛИ ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СЛУЖИТ**

! трудовая книжка

! выписка из истории болезни

!+ карта эпидемиологического обследования

! санитарная характеристика условий труда

**?. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЮТ ПРАВО УСТАНОВИТЬ**

!+ поликлиника

!+ медико-санитарная часть

!+ городская больница

!+ центр профпатологии

! цеховой врач

**?. ОСМОТРЫ РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫХ ПРОФЕССИЙ В ЦЕНТРАХ ПРОФПАТОЛОГИИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ**

! один раз в пять лет

! один раз в три года

! один раз в год

!+ по показаниям

! один раз в полгода

**?. РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ**

! 1 классе условий труда

! 2 классе условий труда

!+ 3 классе условий труда

!+ 4 классе условий труда

**?. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ, СОСТАВЛЕННОЕ ВРАЧОМ, ВЫЯВИВШИМ ОСТРОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОТСЫЛАЕТСЯ В ТУ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В ТЕЧЕНИИ**

! 6 часов

!+ 12 часов

! 24 часов

! 48 часов

! 72 часов

**?. ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА ПРОФПАТОЛОГА МОЖЕТ ЗАНИМАТЬ**

!+ врач, имеющий образование по специальности «лечебное дело»

! врач, имеющий образование по специальности «Медико-профилактическое дело»

!+ врач-лечебник, прошедший первичную специализацию по профпатологии

!+ врач, имеющий образование по специальности «лечебное дело» и прошедший первичную специализацию по профпатологии

! врач-лечебник, прошедший первичную специализацию по гигиене труда

**?. ДОКУМЕНТОМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ХАРАКТЕРЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ**

! акт о несчастном случае

!+ санитарная характеристика условий труда

! выписка из истории болезни

! карта эпидемиологического обследования

**?. К ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТСЯ**

!+ химические и биологические

!+ промышленные

!+ физические

!+ перенапряжение отдельных органов и систем

! генетические

**?. ЛИЦОМ, СОГЛАСУЮЩИМ КОНТИНГЕНТЫ И ПОИМЕННЫЕ СПИСКИ ЛИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПЕРИОДИЧЕСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОСМОТРУ, ЯВЛЯЕТСЯ**

! участковый терапевт

! инженер по технике безопасности

! главный инженер предприятия

!+ врач ТО Роспотребнадзора

! профпатолог

**?. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ БОЛЬНЫМ**

!+ которые вследствие резко выраженных функциональных расстройств не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянном постороннем уходе или надзоре

! со значительно выраженными функциональными нарушениями, а также при быстром прогрессировании заболевания и частых тяжело протекающих обострениях патологического процесса, приводящих к развитию полной постоянной или длительной нетрудоспособности

! с хроническими заболеваниями или с анатомическими дефектами, значительно снижающими трудоспособность в связи с нарушениями функций организма

**?. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ БОЛЬНЫМ**

! которые вследствие резко выраженных функциональных расстройств не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянном постороннем уходе или надзоре

!+ со значительно выраженными функциональными нарушениями, а также при быстром прогрессировании заболевания и частых тяжело протекающих обострениях патологического процесса, приводящих к развитию полной постоянной или длительной нетрудоспособности

! с хроническими заболеваниями или с анатомическими дефектами, значительно снижающими трудоспособность в связи с нарушениями функций организма

**?. ИНВАЛИДНОСТЬ III ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ БОЛЬНЫМ**

! которые вследствие резко выраженных функциональных расстройств не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянном постороннем уходе или надзоре

! со значительно выраженными функциональными нарушениями, а также при быстром прогрессировании заболевания и частых тяжело протекающих обострениях патологического процесса, приводящих к развитию полной постоянной или длительной нетрудоспособности

!+ с хроническими заболеваниями или с анатомическими дефектами, значительно снижающими трудоспособность в связи с нарушениями функций организма

**?. УЧЕТ ОСТРЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕДЕТСЯ**

!+ в амбулаториях и поликлиниках всех типов

! в клиниках профессиональных болезней НИИ

! ЛПУ, имеющих право устанавливать связь заболеваний с условиями труда и определять их профессиональный характер в профпатологических центрах

! в администрации предприятия

**?. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЮТ ПРАВО УСТАНОВИТЬ**

!+ центр профпатологии

! клиники институтов гигиены труда и профзаболеваний

! кафедры профпатологии институтов усовершенствования врачей

! областная больница

! координационный центр профпатологии Минздравсоцразвития РФ

**?. ФОРМАМИ ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ справка о временном переводе на легкую работу максимально до 1 года

!+ процент утраты профессиональной трудоспособности

!+ группа инвалидности

! санитарно-гигиеническая характеристика условия труда

**?. ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ ПОСТУПАЮЩЕГО НА РАБОТУ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ВЫДАЕТ**

! санитарный врач по гигиене труда ТУ Роспотребнадзора

! работодатель

! узкие специалисты

!+ профпатолог

**?. В СЛУЧАЯХ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ МЕДОСМОТРА РАБОТНИК НАПРАВЛЯЕТСЯ В**

! медико-санитарную часть

!+ центр профпатологии

! диагностический центр

! клинику института гигиены труда и профзаболеваний

! лечебно-профилактическое учреждение

**?. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НЕСЕТ**

! администрация предприятия

!+ медицинская комиссия с председателем

! специалисты клиники институтов гигиены труда и профзаболеваний

! врач ТО Роспотребнадзора

**?. ПО ПОЛУЧЕНИИ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ СПЕЦ. РАССЛЕДОВАНИЕ ПРОИЗВОДИТСЯ**

!+ врачом центра санэпиднадзора

!+ представителем работодателя (администрации) предприятия

! цеховым врачом

!медицинской комиссией с председателем

! врачом профпатологом

**?. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ХАРАКТЕР ВЫПОЛНЯЕМОЙ РАБОТЫ, САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЕ**

!+ медицинской документацией

! администрацией предприятия

! профсоюзной организацией предприятия

! врачом ТО Роспотребнадзора

! инженером по технике безопасности

**?.ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОМ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ**

!+ здравпункт

!+ поликлиника

! цех, непосредственно у рабочего места обследуемого

! кабинет администратора

**?. ВОПРОСЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ РЕШАЮТСЯ**

!+ в поликлиниках МСЧ лечащими врачами

!+ врачебными комиссиями (ВК)

! профсоюзной организацией предприятия

! центром профпатологии

**?. КАЖДЫЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЛЕЖИТ РАССЛЕДОВАНИЮ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ**

!+ 24 часов

! 48 часов

! 72 часов

! 7 дней

! 1 месяца

**?. ИЗВЕЩЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОТСЫЛАЕТСЯ В РОСПОТРЕБНАДЗОР В ТЕЧЕНИИ**

! 24 часов

! 48 часов

!+ 72 часов

! 7 дней

! 1 месяца

**?. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ УСЛОВИЙ ТРУДА СОСТОВЛЯЕТ**

! инженер по технике безопасности

! специалисты клиники институтов гигиены труда и профзаболеваний

! врач ТО Роспотребнадзора

! цеховой врач

!+ санитарный врач по гигиене труда Центра Госсанэпиднадзора

**?. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СПЕЦИАЛЬНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТСЯ АКТ**

!+ для администрации предприятия

! для инженера по технике безопасности

!+ для центра санэпиднадзора

! для лечебно-профилактического учреждения, ведущего наблюдение за больным

! для клиники институтов гигиены труда и профзаболеваний

**?.КОНТРОЛЬ ЗА УСТАНОВЛЕНИЕМ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА**

! администрацию предприятия

!+ территориальные [органы управления](http://pandia.ru/text/category/organi_upravleniya/) здравоохранением

! Координационный центр профпатологии Росздрава

! врача ТО Роспотребнадзора

**?.КАЖДЫЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДОЛЖЕН РАССЛЕДОВАТЬСЯ**

! администрацией предприятия

! начальником цеха

! инспектором по технике безопасности

! участковым терапевтом

!+ санитарным врачом по гигиене труда

**?. ПРИНЦИПАМИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ выявление специфических клинико-функциональных и рентгеноморфологических изменений

!+ изучение профмаршрута, включающего все виды выполняемых работ с начала трудовой деятельности

! наследственный фактор и вредные привычки

!+ дифференциальная диагностика, тесты элиминации и реэкспозиции

**?. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ТЕРАПИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ этиологический

!+ патогенетический

!+ симптоматический

! профилактический

**?. К МЕРОПРИЯТИЯМ НАПРАВЛЕННЫМ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ**

!+ инженерно-технические

!+ санитарно-гигиенические

!+ медико-биологические

!+ организационные

**?. ОСОБО СЛОЖНЫЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ВОПРОСЫ УСТАНОВЛЕНИЯ СВЯЗИ ЗАБОЛЕАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ РАССМАТРИВАЮТСЯ**

!+ Федеральным Центром профпатологии - НИИ медицины труда РАМН

!+ Федеральным экспертным советом

! специалистами клиники институтов гигиены труда и профзаболеваний

! санитарным врачом по гигиене труда ТУ Роспотребнадзора

! бюро МЧС

**?. РАБОТНИКАМ, КОТОРЫМ ПРОТИВОПАКАЗАНА РАБОТА С ОПАСНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ИЛИ В КОНФЛИКТНЫХ СЛУЧАЯХ ВЫДАЮТСЯ**

!+ заключение клинико-экспертной комиссии - КЭК

! заключение бюро медико-социальной экспертизы – МСЭ

! производственная характеристика

! подробная выписка из медицинской карты амбулаторного больного с результатами медицинских осмотров

**?. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СПЕЦИАЛЬНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТСЯ АКТ В**

! 1 экземпляре

! 2 экземплярах

! 3 экземплярах

!+ 4 экземплярах

**?.ДОКУМЕНТАМИ, УСТАНАВЛИВАЮЩИМИ СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ копия трудовой книжки

!+ санитарно-гигиеническая характеристика условий труда

!+ амбулаторная карта

!+ список профзаболеваний

! листок временной нетрудоспособности

**?. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЯВКУ НА МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР НЕСЕТ**

!+ администрация предприятия

! медицинская комиссия с председателем

! цеховой врач

! представитель профкома предприятия

**Интоксикации бензолом и его гомологами**

**?.ХИМИЧЕСКАЯ ФОРМУЛА БЕНЗОЛА**

! C2H2

! C4H2

!+ C6H6

! C2H4

**?.АРОМАТИЧЕСКИЕ УГЛЕВОДОРОДЫ ИНАЧЕ НАЗЫВАЮТ**

! бензольными

! аренами

!+ пахучими

! циклоуглеводородами

**?.В МОЛЕКУЛЕ БЕНЗОЛА ШЕСТЬ АТОМОВ УГЛЕРОДА ОБРАЗУЮТ:**!+ правильный шестиугольник;  
! неправильный шестиугольник;  
! треугольник с боковыми ответвлениями;  
! квадрат с боковыми ответвлениями.

**?. ХАРАКТЕРНЫЕ СВОЙСТВА БЕНЗОЛА:**

!+ жидкость

! без запаха

! растворим в органических растворителях

!+ горит коптящим пламенем

**?.К КАКОМУ КЛАССУ ЯДОХИМИКАТОВ ОТНОСИТСЯ БЕНЗОЛ И ЕГО ГОМОЛОГИ**

! хлорорганическим соединениям

!+ ароматическим углеводородам

! ртутьораническим соединениям

! фосфорорганичесим соединениям

! ничего из перечисленного

**?.КАКИЕ ОРГАНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЕТ БЕНЗОЛ**

! пищеварительную систему

!+ кроветворную систему

! мочеполовую систему

!+ нервную систему

! ничего из перечисленного

**?.ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПОСТУПЛЕНИЯ БЕНЗОЛА В ОРГАНИЗМ**

!+ через дыхательные пути

!+ через кожу

! перорально

! парентерально

! все перечисленное

**?.ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯ В ХРОМОСОМНОМ АППАРАТЕ КРОВЕТВОРНЫХ КЛЕТОК**

!+ токсическим влиянием фенолов

! иммунным ответом организма

! снижением гемоглобина крови

! нарушением синтеза РНК и ДНК

**?.ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХР.БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! желтушность кожных покровов

!+ профузные кровотечения

! непрерывная рвота

!+ петехиальная сыпь

! все перечисленное

**?.КАКИЕ ФОРМЫ АНЕМИЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ХР.ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ**

! железодефицитная

! гемолитическая

!+ апластическая

! связанная с нарушением синтеза РНК и ДНК

**?.КАКИЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ХР.ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ**

! астенический

! полиневрит

! диэнцефальный

! гиперкинетический

!+ паркинсонизм

!+ фуникулярный миелоз

**?.КОНЦЕНТРАЦИЯ КАКОГО ВЕЩЕСТВА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В МОЧЕ ПРИ ХР.ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ**

! аммиак

!+ фенол

! мочевина

! креатинин

! все перисленное

**?.ОСЛОЖНЕНИЯ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ХР.БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! печеночная недостаточность

!+ лейкоз

! ДВС синдром

!+ кома

! ничего из перечисленного

**?.ИЗ ЧЕГО ИЗГОТАВЛИВАЮТ БЕНЗОЛ**

! нефти

!+ каменноугольной смолы

! сланца

! каменного угля

! ничего из перечисленного

**?.НА КАКИЕ ВЕЩЕСТВА РАСПАДАЕТСЯ БЕНЗОЛ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА**

! окись азота

!+ фенол

! диэтилфенол

!+ полифенол

! ничего из перечисленного

**?.КАКИЕ ОРГАНЫ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ**

! желудочно- кишечный тракт

! органы мочевыделения

! сердечно- сосудистая система

!+ центральная нервная система

! все перечисленное

**?.ДО КАКИХ ЦИФР СНИЖАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ХР.БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! 15-20\*109/л

! 45-50\*109/л

!+ 30-35\*109/л

! 50-55\*109/л

! ничего из перечисленного

**?.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХР.БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ**

! антибиотики

!+ эритропотины

! НПВП

!+ препараты железа

! все перчисленное

**?.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

! цитостатики

!+ седативные препараты

!+ транквилизаторы

! фторхинолоны

**?. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ОСТРОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! геморрагический синдром

!+ головные боли

! точечные кровоизлияния кожных покровов

! слабость

! шум в ушах

**? БЕНЗОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В КАЧЕСТВЕ:**

!+ разбавителя;

! +растворителя;

! добавки к моторному топливу;

! проявителя в фотографии;

! ускорителя вулканизации каучука.

**?БЕНЗОЛ ХОРОШО РАСТВОРИМ В**

! + спирта;

! воды;

!+ жира;

!+эфира.

**?ПРОНИКНОВЕНИЕ БЕНЗОЛА И ЕГО СОЕДИНЕНИЙ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ВОЗМОЖНО:**

! перорально;

! + через легкие;

! + через неповрежденную кожу;

! через поврежденную кожу.

**?БЕНЗОЛ ВЫВОДИТСЯ ИЗ ОРГАНИЗМА:**

!+ с мочой;

! с калом;

! с потом;

! + с выдыхаемым воздухом.

**?БЕНЗОЛ ВЫЗЫВАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ:**

! легких;

! печени;

! почек;

!+ костного мозга;

! +ЦНС.

**?ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ ПОПАВШИЙ В ОРГАНИЗМ БЕНЗОЛ ОБНАРУЖИВАЮТ ВО ВСЕХ ОРГАНАХ И ТКАНЯХ, КРОМЕ:**

!+ крови;

! + мозга;

!+ печени;

!+ надпочечников;

! жировой ткани.

**?ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖАЛОБ НА ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ШУМ В УШАХ, ТОШНОТУ, РВОТУ, ПОШАТЫВАНИЕ ПРИ ХОДЬБЕ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ РЕГИСТРИРУЮТ:**

! +легкую степень тяжести;

! среднюю степень тяжести;

! тяжелую степень.

**?УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:**

! желудочно-кишечное кровотечение;

! печеночная кома;

!+паралич дыхательного центра;

!уремическая кома;

! тяжелое поражение костно-мозгового кроветворения

**?ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ ПОПАВШИЙ В ОРГАНИЗМ БЕНЗОЛ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕН:**

! в крови;

!мозге;

!печени;

! надпочечниках;

!+ жировой ткани

**?ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:**

! + костномозгового кроветворения;

!нервной системы;

!эндокринной системы;

! сердечно-сосудистой системы.

**?КАКАЯ ФУНКЦИЯ КОСТНОМОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ ПОРАЖАЕТСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! эритропоэтическая;

!+лейкопоэтическая;

! мегакариоцитарная;

!всех ростков одновременно.

**?КАКАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! железодефицитная;

! связанная с нарушением синтеза порфиринов и гемма;

гемолитическая;

!+ гипопластическая;

! фолиеводефицитная

**?В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВЫЯВЛЯЮТ ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:**

!+ лейкопении с относительным лимфоцитозом;

!+ гипер - или нормохромной анемии;

!+ тромбоцитопении;

!значительного повышения сывороточного железа;

!+ увеличения СОЭ.

**?ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА** **ОБУСЛОВЛЕНО**

!тромбоцитопенией;

!+ уменьшением протромбинового индекса, снижением фибриногена;

!тромбоцитопатией;

! нарушением сосудистой проницаемости.

**?УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:**

!общая слабость, ноющие боли в трубчатых костях;

! бледность кожи и слизистых;

!+ кровоточивость десен;

! +петехиальные высыпания на коже;

!функциональный систолический шум на верхушке сердца.

**?ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ РАЗВИВАЮТСЯ:**

! + апластическая анемия;

!железодефицитная анемия;

!фолиеводефицитная анемия;

!+острый лейкоз;

!+ хронический лейкоз.

**?РАЗВИТИЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:**

! носовыми кровотечениями;

!кожными кровоизлияниями;

!положительными симптомами щипка, жгута;

!+ общей слабостью, головокружением;

!+ сердцебиением, одышкой.

**?ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТРЫЕ БЕНЗОЛЬНЫЕ ЛЕЙКОЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТНОСЯТСЯ К:**

!+ острому миелобластному лейкозу;

! острому лимфобластному лейкозу;

! острому монобластному лейкозу;

! + острому эритромиелозу;

! хроническому миелобластному лейкозу.

**?ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО БЕНЗОЛЬНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:**

!отсутствие выраженной бластемии;

!обратное развитие болезни и полное выздоровление после прекращения контакта с бензолом;

! + инфильтрация лейкозными клетками костного мозга при слабовыраженной метаплазии в лимфоузлах, печени, селезенке.

**?ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ:**

! + склонность к полноте;

! + болезненность при перкуссии костей;

! + изменения в крови;

! изменения в эндокринной системе;

!снижения массы тела.

**?АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

!парестезиями в руках и ногах;

!снижением кожной температуры;

!+ быстрой утомляемостью, легким головокружением, нарушением сна;

! понижением поверхностной чувствительности;

!+ дрожанием пальцев вытянутых рук.

**?ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

! быстрой утомляемостью, легким головокружением, нарушением сна;

!нарушением координации движений;

!понижением глубокой чувствительности;

!+ парестезиями, понижением поверхностной чувствительности;

!снижением памяти и внимания

**?ХРОНИЧЕСКАЯ БЕНЗОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИОБРЕТАЕТ ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗВИТИИ:**

!+синдрома токсической энцефалопатии;

! +синдрома фуникулярного миелоза;

! астеновегетативной дисфункции;

! хронического гастрита.

**?ЕСЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПОСТРАДАВШЕГО ПОЯВЛЯЮТСЯ СЛАБОСТЬ, БОЛИ В НОГАХ, НАРУШЕНИЕ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ, СНИЖЕНИЕ ГЛУБОКОЙ МЫШЕЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, СНИЖАЮТСЯ АХИЛЛОВЫ РЕФЛЕКСЫ, ТО ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ:**

! + фуникулярного миелоза;

! полинивритического синдрома;

! синдрома токсической энцефалопатии;

! астеноневротического синдрома.

**?ЕСЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПОСТРАДАВШЕГО ПОЯВЛЯЮТСЯ БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ЛЕГКОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, НАРУШЕНИЕ СНА, ДРОЖАНИЕ ПАЛЬЦЕВ ВЫТЯНУТЫХ РУК, ГИПЕРГИДРОЗ КИСТЕЙ, ЛАБИЛЬНОСТЬ ПУЛЬСА И АД, ТО ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ:**

! фуникулярного миелоза

! полинивритического синдрома;

! синдрома токсической энцефалопатии;

!+ астеноневротического синдрома

**?ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕФИЦИТ ВИТАМИНОВ:**

! А, Д, Е

! К, В6, Е;

! С, К, А;

! А, Д, С;

! + В 6, В 12 , С

**?НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ ПРОВОДИТСЯ:**

!+ 30% тиосульфатом натрия;

! 2,4% эуфиллином;

! 0,06% корглюконом;

! 1% метиленовым синим

! 5% глюкозой

**?С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ЛЕЙКОПОЭЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НАЗНАЧАЮТ:**

! кортикостероидные гормоны;

! кофеин, кордиамин, строфантин;

!препараты брома, валерианы;

! + лейкоген, пентоксил, натрия нуклеинат;

! внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой.

**? ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РАБОТЫ С БЕНЗОЛОМ И ЕГО АНАЛОГАМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+уровень гемоглобина у мужчин ниже 130 г/л;

!+лейкоцитов менее 4,5\*109/л;

!+ тромбоцитов менее 180\*109/л;

! лейкоцитов более 5,5\*109/л;

! тромбоцитов более 180\*109/л .

**?ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРИМЕНЕНИИ БЕНЗОЛА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПРОВОДЯТ:**

! 1 раз в 3 мес.;

! 1 раз в 6 мес.;

!+1 раз в 12 мес.;

!1 раз в 24 мес.

**?ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БЕНЗОЛОМ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ ОБЫЧНО БЫВАЕТ:**

!до 10 дней;

!+до 15 дней;

!до 20 дней;

!более 25 дней

**?ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕНЗОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:**

! + противопоказан контакт с веществами, оказывающими влияние на кроветворение;

! рекомендуется санаторно-курортное лечение;

!трудоспособность снижена;

!трудоспособность сохранена

**?ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРИМЕНЕНИИ ГОМОЛОГОВ И ПРОИЗВОДНЫХ БЕНЗОЛА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПРОВОДЯТ:**

!1 раз в 3 мес;

!1 раз в 6 мес;

!1 раз в 12 мес;

!+ 1 раз в 24

**Пылевые заболевания лёгких**

**?. К СИЛИКАТОЗАМ ОТНОСЯТСЯ**

!+ асбестоз

!+ талькоз

!+ коалиноз

! сидероз

! антракоз

**?. К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ**

!+ антракосиликоз

!+ пылевой бронхит

! интоксикация марганцем

!+ пневмокониоз сварщика

**?. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ АСБЕСТОЗА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

!+ фиброз

! эмфизема

! лимфаденопатия

! очаговые затемнения

**?. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АСБЕСТОЗА СЛУЖИТ**

!+ рентген легких

! общий анализ крови

! общий анализ мокроты

! бронхоскопия

**?. ПНЕВМОКОНИОЗ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ УГОЛЬНОЙ ПЫЛИ, НАЗЫВАЕТСЯ**

! коалиноз

! сидероз

! талькоз

!+ антракоз

**?. К ПРОФЕССИЯМ, В КОТОРЫХ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПЫЛЕВОЙ БРОНХИТ, ОТНОСЯТСЯ**

!+ шахтеры

! водители

!+ рабочие текстильных предприятий

!+ рабочие цементных заводов

!+ металлурги

**?. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПЫЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УЧИТЫВАЮТСЯ**

!+ профессиональный маршрут

!+ степень функциональных нарушений

!+ характер течения заболевания

!+ установка больного на продолжение работы

**?. РАЗРЕШАТЬ ПРОДОЛЖАТЬ РАБОТУ БОЛЬНОМУ ПРИ ДИАГНОЗЕ ПЫЛЕВОЙ БРОНХИТ I СТАДИИ**

!+ можно при условии динамического наблюдения

! нельзя ни при каких обстоятельствах

! можно при обязательном сокращении рабочего времени

! можно, если у больного стаж работы менее 10 лет

**?. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО**

!+ увеличение секреции слизи

! уменьшение секреции слизи

!+ повышение вязкости мокроты

! снижение вязкости мокроты

**?. К ВИДАМ ПЫЛИ, ВЫЗЫВАЮЩИМ РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЭКЗОГЕННОГО АЛЬВЕОЛИТА, ОТНОСЯТСЯ**

! асбестовая

!+ злаковая

! кварцевая

!+ шерстяная

!+ древесная

**?. СТАЖЕМ РАБОТЫ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА, ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

! до 3 лет

! до 5 лет

! до 10 лет

!+ свыше 10 лет

**?. К ПРОФЕССИЯМ, В КОТОРЫХ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПНЕВМОКОНИОЗ, ОТНОСЯТСЯ**

! маляр

!+ проходчик

!+ обрубщик

! токарь

! слесарь-инструментальщик

**?. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ В ТЕЧЕНИИ АСБЕСТОЗА ОТНОСЯТСЯ**

!+ туберкулез

!+ бронхит

!+ рак легких

!+ бронхоэктазы

! кандидамикоз

**?. ЧАЩЕ ВСЕГО СИДЕРОСИЛИКОЗ РАЗВИВАЕТСЯ У**

! рабочих литейных цехов

!+ шахтеров железорудных шахт

! фермеров

! маляров-штукатуров

**?. К ВИДАМ ПЫЛИ, ОПАСНЫМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ БИССИНОЗА, ОТНОСЯТСЯ**

!+ хлопковая

! бумажная

! асбестовая

!+ льняная

**?. РАЗВИТИЕ СИЛИКОЗА ВЫЗЫВАЕТ**

! электросварочный аэрозоль

!+ кварцевая (содержащая свободный диоксид кремния)

! древесная

! пыль шерсти

! хлопковая

**?. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИЛИКОЗА ОТНОСЯТ**

! изменения в периферической крови

! наличие "пылевых клеток" в мокроте

!+ рентгенологические данные

! данные спирографии

! наличие кашля

**?. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

! анализ мокроты

!+ бронхоскопия

! кожные пробы

! исследования функции внешнего дыхания

!+ рентгенография легких

**?. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ ОТНОСЯТСЯ**

!+ ревматоидный артрит

! абсцесс легкого

!+ спонтанный пневмоторакс

!+ буллезная эмфизема

! экссудативный плеврит

**? К МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯТСЯ**

!+ инженерно-технические

!+ санитарно-гигиенические

!+ медико-биологические

!+ организационные

**?. К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ПНЕВМОКОНИОЗА ИЗ ГРУППЫ СИЛИКАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ**

!+ асбестоз

! талькоз

! каолиноз

! цементный пневмокониоз

! оливиновый пневмокониоз

**?. МЕТОДЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗАХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

! применяются

!+ не применяются

! зависят от тяжести клинической картины

! зависят от стажа работы

**?. К ОСЛОЖНЕНИЮ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ СИЛИКОЗА, ОТНОСИТСЯ**

! пневмония

! бронхиальная астма

!+ туберкулез легких

! бронхит

! бронхоэктазы

**?. ВИДЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ, ВЫЗВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ**

!+ пыль диоксида кремния

!+ каменноугольная пыль

! пыль железа

!+ пыль асбеста

! пыль льна

**?. ФОРМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ПТИЦЕФЕРМ**

! пневмосклероз

!+ экзогенный аллергический альвеолит

! рак легких

! хронический бронхит

! туберкулез легких

**?. ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ В ПОСТОЯННОМ КОНТАКТЕ С ПРОМЫШЛЕННЫМИ АЭРОЗОЛЯМИ, ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

! гипертрофические

!+ атрофические

! геморрагические

! гранулематозные

! пролиферативные

**?. К ПНЕВМОКОНИОЗАМ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ СМЕШАННОЙ ПЫЛИ ОТНОСЯТ**

! силикоз

! биссиноз

! алюминоз

!+ пневмокониоз электросварщика

! асбестоз

**?. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ СИЛИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ**

! субфебрильная температура

! чувство нехватки воздуха

! боли в области сердца

!+ одышка, кашель, боли в грудной клетке

! кровохарканье

**?. ОСНОВНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИЛИКОЗА**

! синдром инфильтрации легочной ткани

! одностороннее расположение очагов

! наличие диффузного пневмосклероза в виде линейных изменений

! полиморфность

!+ двустороннее расположение очагов, их симметричность, мономорфность

**?. ПНЕВМОКОНИОЗЫ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АСБЕСТ, ТАЛЬК, ЦЕМЕНТ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ**

! силикозов

!+ силикатозов

! карбокониозов

! металлокониозов

! пневмокониозов от воздействия рентген контрастных пылей

**?ПРАВИЛЬНЫМ РЕШЕНИЕМ ВОПРОСА ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОГО С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ) ЯВЛЯЕТСЯ**

! трудоспособен в своей профессии

!+ нуждается в рациональном трудоустройстве, переводе на работу вне контакта с аллергенами

! направить на МСЭК для определения группы инвалидности

! трудоспособен в своей профессии с использованием доплатного больничного листа

! направление на санаторно-курортное лечение с возвращением на прежнее место работы

**?. К ПНЕВМОКОНИОЗАМ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПЫЛИ ОТНОСИТСЯ**

! асбестоз

! пневмокониоз электросварщика

!+ биссиноз

! сажевый пневмокониоз

! слюдяной пневмокониоз

**?. ПНЕВМОКОНИОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ТАКИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПРОЦЕССАХ КАК**

!+ бурение

!+ дробление

!+ шлифовки изделий

! электромонтажные работы

!+ обрубка литья

**?. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОКОНИОЗАХ ПРИМЕНЯЮТ**

!+ адаптогенов

! антибиотиков

!+ витаминотерапии

!+ дыхательной гимнастики

!+ физиотерапии

**?. К ГРУППЕ МЕТАЛЛОКОНИОЗОВ ОТНОСЯТ**

!+ алюминоз

! слюдяной пневмокониоз

! пневмокониоз электросварщика

! биссиноз

**?. К ГРУППЕ КАРБОКОНИОЗОВ ОТНОСЯТ**

! асбестоз

! алюминоз

!+ графитоз

! пневмокониоз электросварщика

! биссиноз

**?. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЕ У ЭЛЕКТРОСВАРЩИКОВ:**

! бронхиальная астма

!+ пневмокониоз

! пылевой бронхит

! рак легкого

! хроническая марганцевая интоксикация

**?. КОНЦЕНТРАЦИЯ ВРЕДНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ ИМЕЕТ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТАКИХ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ КАК**

! профессиональная бронхиальная астма

! профессиональный аллергический дерматит

! профессиональные злокачественные новообразования

!+ силикоз и хронический пылевой бронхит

**?. ПРИ КРОВОХАРКАНИИ У БОЛЬНОГО СИЛИКОЗОМ СЛЕДУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ДУМАТЬ О РАЗВИТИИ**

! инфаркт-пневмонии

! рака легкого

! ТЭЛА

! пневмонии

!+ силикотуберкулеза

**? НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

! анализ мокроты

!+ бронхоскопия

! кожные пробы

!+ исследования функции внешнего дыхания

!+ рентгенография легких

**?. К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ**

!+ антракоз

! экзема

! варикозное расширение вен нижних конечностей

! вибрационная болезнь

! хронический бронхит

**?. К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ, КРОМЕ ЗАПЫЛЕННОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ БРОНХИТОВ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА И ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЮ, ОТНОСЯТСЯ**

!+ раздражающих токсических веществ

!+ перепадов температуры

! воздействия лучистого тепла

!+ значительных физических нагрузок

**?. ПРАВИЛЬНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ЭКСПЕРТНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДЛЯ ЭЛЕКТРОСВАРЩИКА, У КОТОРОГО ДИАГНОСТИРОВАН ПНЕВМОКОНИОЗ I СТАДИИ, ДОЛЖНА БЫТЬ**

! трудоспособен в своей профессии при динамическом врачебном наблюдении

!+ трудоспособен в своей профессии вне замкнутых пространств

! нуждается в переквалификации

! нетрудоспособен ни при каких условиях

**?. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ**

!+ исследования мокроты на ВК

!+ бронхоскопии

! перкуссии и аускультации

!+ рентгенографии

**?. ВОПРОС О ТРУДОСПОСОБНОСТИ ШАХТЕРА, СТРАДАЮЩЕГО АНТРАКОСИЛИКОЗОМ II СТАДИИ И ОЧАГОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ФАЗЕ НЕПОЛНОГО УПЛОТНЕНИЯ, ДОЛЖЕН БЫТЬ СФОРМУЛИРОВАН СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ**

! может продолжать работу в подземных условиях с меньшей запыленностью (на свежей струе) при динамическом врачебном наблюдении

!+ нуждается в переквалификации и выводе на поверхность

! может продолжать работу в шахте при динамическом наблюдении и лечении

! может продолжать работу в режиме сокращенного рабочего времени

**?. К ОСЛОЖНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗА ШЛИФОВАЛЬЩИКОВ, ОТНОСИТСЯ**

! туберкулез

!+ бронхит

! пневмония

! бронхиальная астма

**?. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДЛЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ ОТНОСЯТСЯ**

!+ ревматоидный артрит

! абсцесс легкого

!+ спонтанный пневмоторакс

!+ буллезная эмфизема

! экссудативный плеврит

**?. ВОПРОС О ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОЧЕГО ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА, КОТОРОМУ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ПНЕВМОКОНИОЗ I СТАДИИ, ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ, ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I-II СТЕПЕНИ, ДОЛЖЕН БЫТЬ СФОРМУЛИРОВАН СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ**

! нетрудоспособен

!+ ограниченно трудоспособен. Не может продолжать работу в условиях запыленности, воздействия раздражающих веществ, перепадов температур, а также связанную со значительным физическим напряжением

! трудоспособен в своей профессии при условии динамического врачебного наблюдения и лечения

! трудоспособен при условии сокращенного рабочего дня

**?. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С БОЛЬШИМ ПЫЛЕВЫМ СТАЖЕМ ОТНОСЯТСЯ**

!+ щелочные тепло-влажные ингаляции

!+ УФ-облучение

!+ дыхательная гимнастика

!+ закаливающие процедуры

! курсы противовоспалительной терапии

**?. МЕТОДЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗАХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

! применяются

!+ не применяются

! зависят от тяжести клинической картины

! зависят от вида пневмокониоза

**Вибрационная болезнь**

**?. К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ВИБРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ**

! разнонаправленный поток фотонов

! измеряется в джоулях

!+ механические колебания определенной частоты

!+ измеряется в герцах

**?. ОСНОВНЫЕ КИНЕМАТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ВИБРАЦИИ В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ**

!+ виброскорость

!+ виброускорение

! коэффициент отражения

! постоянная Планка

! измеряется в метрах в секунду

**?. ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ СПУСТЯ НЕ МЕНЕЕ**

! 6 месяцев - 2 года

!+ 3-5 лет

! 5-6 лет

! 7-8 лет

! 9-10 лет

**?. ДЛЯ ХОЛОДОВОГО НЕЙРОВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ**

! энцефалопатия с общемозговой симптоматикой

! энцефалопатия с очаговой симптоматикой

!+ полиневритический

! гепаторенальный

! диареи

**?. СИНДРОМ РЕЙНО ЭТО**

! аутоиммунный системный ангиит стоп

! аутоиммунный ангиит верхних конечностей

!+ ангиотрофонефроз сосудов кистей

! микроэмболический преходящий тромбоз преимущественно артерий кистей

! анафилактоидный дерматонекролиз

**?. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ВИБРАЦИИ**

! генерализованная

!+ локальная

! поверхностная

! глубокая

!+ общая

**?. НАИБОЛЬШАЯ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЧАСТОТАХ**

! 12 - 130 килогерц

! 50 - 130 килогерц

! 200 - 470 герц

! 100 - 200 килогерц

!+ 16 - 200 герц

**?. РАССТРОЙСТВА БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ**

! анестезией

!+ гиперестезией

! каузалгией

!+ гипестезией

**?. РАССТРОЙСТВА БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ**

!+ анестезией

!+ гиперестезией

! каузалгией

! офатальмалгией

**?. ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ВИБРАЦИИ**

!+ до 40 часов в неделю

! до 80 часов в неделю

! до 30 часов в неделю

! до 50 часов в неделю

**?. АНГИОДИСТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

! гипертензивными кризами

! извращенной реакцией на симпатомиметики

! снижением пульсового давления

! снижением инотропной функции сердца

!+ спастическими и/или атоническими реакциями сосудов

**?. ПРИ ХОЛОДОВОМ НЕЙРОВАСКУЛИТЕ НАРУШАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ**

! вибрационная

! вкусовая

!+ термическая

!+ болевая

! мышечно-суставная

**?. ХРОНИЧЕСКИЙ АНГИОТРОФОНЕВРОЗ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХОЛОДОВОМ НЕЙРОВАСКУЛИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

! стойкий отек проксимальных отделов конечностей

!+ стойкий отек дистальных отделов конечностей

! гипергидрозом и цианозом проксимальных отделов конечностей

!+ гипергидрозом и цианозом дистальных отделов конечностей

! гипергидрозом и цианозом проксимальных и дистальных отделов конечностей

**?. ДИАГНОСТИКА ХОЛОДОВОГО НЕЙРОВАСКУЛИТА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА**

! длительном стаже работы в условиях низких температур и влажности

!+ инструментального метода исследования - термографии

! компьютерной контрастной томографии

! высоком уровне лейкотриенов в сыворотке крови

!+ капилляроскопии

**?. ПРОФЕССИИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ**

! водители механизированных транспортных средств

! бурильщики

! крановщики

!+ разнорабочие

**?. ПРИ ХОЛОДОВОМ НЕЙРОВАСКУЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СОСУДЫ**

! эпикардиальные отдел коронарного русла и артерии и капилляры конечностей

! только венулы и капилляры

!+ артерии и капилляры конечностей

! артериовенозные анастомозы конечностей

! висцеральные артерии и капилляры

**?. ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ**

!+ частот в диапазоне 125-1000гц

!+ частот в диапазоне 8-16 гц

! частот в диапазоне 1000 гц и более

! частот менее 8 гц

**?. ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ**

! онихолизисом

! пятнами желтого цвета

! поперечной исчерченностью

! продольной исчерченностью

!+ пятнами белого цвета

**?. ТЕЛЬЦА ПАЧИНИ ЭТО**

!+ подкожные (и в соединительной ткани) рецепторы, реагирующие на прикосновение

! рецепторы, под кожей реагирующие на тепловые раздражители

! рецепторы синокаротидной зоны, реагирующие на изменения кровяного давления

! холинергические рецепторы, участвующие в регуляции тонуса сосудов

! рецепторы, под кожей реагирующие на болевые раздражители

**?. РАССТРОЙСТВА БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ**

! анестезией

!+ гиперестезией

! каузалгией

!+ гипестезией

**?. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ**

! компьютерная томография

! рентгеновская контрастная ангиография

!+ ультразвуковая допплерография периферических сосудов

!+ реовазография периферических сосудов и капилляроскопия

! магнитно-резонансная томография

**?. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КИСТЕЙ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ**

!+ остеопения

! остеофиты

!+ кистевидные изменения в костях запястья

! сужение суставных щелей вплоть до анкилоза

! симптом пробойника

**?. СИЛА ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ НА ОРГАНИЗМ ЗАВИСИТ ОТ**

!+ виброскорости

! от мышечной массы человека

! от состояния тургора кожи

!+ виброускорения

**?. ВИБРАЦИОННУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ**

! плетизмографа

! холодовой пробы

!+ камертона

! баллона политцера

! капилляроскопа

**?. ПРИ "ТРАНШЕЙНОЙ СТОПЕ» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА СЛЕДУЮЩАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБА**

! дипиридамоловая

! эуфилиновая

!+ холодовая

! с физической нагрузкой

! вращательная (в кресле Бараньи)

**?. В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ**

!+ нифедипин

! кардиоселективные бета-блокаторы

!+ ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

! антагонист лейкотриеновых рецепторов - монтелукаст

! антихолинестразный препарат – физостигмин

**?. ПОКАЗАНИЯМИ К УСТАНОВЛЕНИЮ СТЕПЕНИ СНИЖЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХОЛОДОВОМ НЕЙРОВАСКУЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ стойкий болевой синдром

!+ не проходящий отек кистей или стоп

!+ гипестезия и гипотермией конечностей

! общая слабость

! дизурические расстройства

**?. ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМЫ**

!+ нервная

!+ сосудистая

!+ эндокринная

! мочеполовая

**?.** **ПРИ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ**

!+ периферические сосуды

!+ периферические нервы

!+ костно-суставной аппарат

! желудочно-кишечный тракт

**?. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК**

!+ паллестезиометрия

!+ кожная термометрия

!+ холодовая проба

! эхоэнцефалография

!+ электромиография

**?. ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С**

!+ болезнью Рейно

!+ сирингомиелией

! паркинсонизмом

!+ полиневропатиями инфекционного генеза

!+ сосудистыми заболеваниями нервной системы

**?. ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АНГИОДИСТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНО**

!+ онемение кистей

! сухость ладоней

!+ зябкость кистей

!+ мраморность кистей

!+ гипергидроз ладоней

**?. РАЗВИТИЕ ФЕНОМЕНА РЕЙНО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ**

! низних частот

! средних частот

!+ высоких частот

! сверхвысоких частот

! сверхнизких частот

**?. ДЛЯ ВЕГЕТОСЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ ВИБРАЦИОННОГО ГЕНЕЗА ХАРАКТЕРНО**

! онемение рук

!+ гипалгезия корешкового типа

! ноющие боли в руках

! гипалгезия полиневритического типа на руках

! мраморность кистей

**?. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ**

!+ витамины группы В

!+ сосудорасширяющие средства

!+ гипербарическую оксигенацию

!+ больнеотерапию

! антибиотики

**?. СИНДРОМ ПАЛЯ ЭТО**

!+ исчезновение (или ассиметрия) пульсации лучевых артерий во время быстрого поднятия рук больного вверх

! исчезновение (или ассиметрия) пульсации лучевых артерий при разведении рук в стороны

! появление феномена «белого пятна»

! исчезновение пульса на стопах в горизонтальном положении

**?. ФЕНОМЕН БЕЛОГО ПЯТНА ИСЧЕЗАЕТ В НОРМЕ ЧЕРЕЗ**

!+ 4 – 6 сек

! 10 – 15 сек

! 20 – 30 сек

! 30 – 60 сек

**?. ДЛЯ АНГИОДИСТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА**

!+ сенсорная полинейропатия

!+ повышенная утомляемость

! дизурические расстройства

!+ тремор век и пальцев рук

!+ стойкий красный дермографизм

**?. К СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ**

! спирометрия

! компьютерная томография

!+ альгиземетрия

!+ кожная термометрия

!+ капилляроскопия

**?. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С**

!+ синдромом Рейно

!+ вегетативными полиневритами

!+ диффузными болезнями соединительной ткани

!+ миозитами

**?. ПРИ I СТЕПЕНИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ**

! с обязательным отстранением от работы

!+ без отрыва от производства

! с обязательным переводом на другую работу

! с обязательным ограничением рабочего времени

**?. В ПАТОГЕНЕЗЕ ХОЛОДОВОГО НЕЙРОВАСКУЛИТА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ**

!+ нарушение периферического кровообращения

!+ нарушение питания тканей

!+ образование пристеночных тромбов

! повышение уровня холестерина в крови

**?. ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ХОЛОДОВОМ НЕЙРОВАСКУЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ постоянная отечность кистей

! повышение артериального давления

!+ гипергидроз конечностей

!+ акроцианоз конечностей

!+ нарушение болевой чувствительности

**?. В ЛЕЧЕНИИ ХОЛОДОВОГО НЕЙРОВАСКУЛИТА ПРИМЕНЯЮТ**

!+ физиотерапию

!+ витамины группы В

!+ спазмолитики

! антибиотики

**?. ПРИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ**

! сосуды головного мозга

! магистральные артерии

! вены

!+ мелкие концевые артерии и артериолы

**?. К ФАКТОРАМ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛЕЗНИ РЕЙНО, ОТНОСЯТСЯ**

!+ эмоциональные стрессы

!+ системные заболевания

!+ эндокринные нарушения

!+ длительная и частая гипотермия верхних конечностей

**?. АНГИОСПАСТИЧЕСКАЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ РЕЙНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

! стойким отеком и цианозом кистей

! развитием язв

!+ кратковременным спазмом сосудов концевых пальцев кистей и стоп

!+ быстрой сменой спазмов и расширения сосудов кистей или стоп

**?. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО СЛЕДУЕТ**

!+ бросить курить

! проводить курсы антибактериальной терапии

!+ носить теплую одежду, варежки

! проводить лечение гормональными препаратами

**?. ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО**

!+ антагонисты кальция группы дигидропиридинов

! β-блокаторы

! α-блокаторы

! ингибиторы АПФ

**?.** **СИНДРОМЫ, КОТОРЫЕ ФОРМИРУЮТ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ОТ ОБЩЕЙ ВИБРАЦИИ:**

!+ синдром Рейно

! синдром Шегрена

!+ вегетовестибулярный синдром

!+ синдром вегетативно-сенсорной полиневропатии конечностей

! синдром Альцгеймера

**Интоксикация свинцом и марганцем**

?**. СВИНЦОВАЯ КОЛИКА ОБУСЛОВЛЕНА ПОРАЖЕНИЕМ**

! системы пищеварения;

! системы мочевыделения;

! сердечно-сосудистой системы;

!+ нервной системы.

! органов кроветворения

**? СВИНЦОВАЯ КОЛИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

!+ резким спазмом сосудов;

!+ повышением артериального давления;

! падением артериального давления;

! спастическими явлениями в мочеточниках;

!+ спастико-атоническими явлениями в кишечнике.

**?**. **ПОПАДАЯ В ОРГАНИЗМ МАРГАНЕЦ СПОСОБЕН ДЕПОНИРОВАТЬСЯ**

!+ в костях;

!+ в головном мозге;

! в волосах;

!+ в паренхиматозных органах;

! в мышцах.

**?. МАРГАНЕЦ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ ОРГАНИЗМА**

!+ с калом;

! с мочой;

! с выдыхаемым воздухом;

! через кожу;

! со слюной.

**?. ДЛЯ I СТАДИЯ ХР. ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

! быстрой утомляемости, сонливости;

! мышечной гипотонии;

! легкого экзофтальма;

! положительного симптома Хвостека;

!+ размашистого тремора пальцев вытянутых рук.

**?. В ПАТОГЕНЕЗЕ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ**

! блокада сульфгидрильных групп белков;

! угнетение синтеза фосфодиэстеразы;

!+ нарушение биосинтеза порфиринов и гема;

! образование метгемоглобина.

! нарушение синтеза и депонирование дофамина

**?. НАИБОЛЕЕ РАННИМИ И ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ**

!+ кроветворения;

!+ нервной системы;

! желудочно-кишечного тракта;

! сердечно-сосудистой системы;

! мочевыделительной системы;

**?. ПРИ РАЗМОЛЕ МАРГАНЦЕВЫХ РУД У РАБОЧИХ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ**

! силикоз;

! бериллиоз;

!+ манганокониоз;

! силикоантракоз;

! кониотуберкулез;

**?. ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ СПЕЦИФИЧНО ПОРАЖЕНИЕ**

!+ стриопаллидарной системы;

! ретикулярной формации;

! мозжечка;

! периферических нервов;

! спинного мозга.

**?. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ РАЗВИВАЮТСЯ**

! апластическая анемия;

! железодефицитная анемия;

! хронический лейкоз

!+ токсическая энцефалопатия;

!+ нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу

**?. НАИБОЛЕЕ ДОЛГО СВИНЕЦ ДЕПОНИРУЕТСЯ**

!+ в костях;

!в печени;

! в селезенке;

! в коре головного мозга;

! в миокарде.

**?. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

! лейкоцитоз;

!+ ретикулоцитоз;

! токсическая зернистость нейтрофилов;

!+ базофильная зернистость эритроцитов;

! ретикулоцитопения

**?**. **ПРИ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ I СТ. У БОЛЬНЫХ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ**

!+ понижение уровня гемоглобина и эритроцитов;

! лимфопению;

! лимфоцитоз;

! моноцитоз;

!+ ретикулоцитоз.

**?. ПОКАЗАТЕЛЯМИ НАРУШЕНИЯ ПОРФИРИНОВОГО ОБМЕНА ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

! лимфопения;

! лимфоцитоз;

!+ повышение экскреции с мочой δ-аминолевулиновой кислоты;

!+ повышение экскреции с мочой копропорфирина;

! моноцитоз;

**?. ДЛЯ II СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ.МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ**

!+ неустойчивость в позе Ромберга;

!+ редкое мигание;

!+ полиневритический синдром;

! маскообразность лица;

! нарушение письма;

**?. У БОЛЬНЫХ В III СТ. ХР. МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ**

!+”петушиная" походка;

! положительные симптомы орального автоматизма;

!+ феномен “зубчатого колеса”;

! неустойчивость в позе Ромберга;

!+ нарушение письма.

**?. «ПЕТУШИНАЯ» ПОХОДКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

!+ ходьбой на носках;

! ходьбой на пятках;

! ходьбой в перевалку;

! ходьбой в припрыжку.

**?. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ АНЕМИЯ**

! апластическая;

! гемолитическая;

! железодефицитная;

!+ связанная с нарушением синтеза порфиринов;

! связанная с нарушением синтеза ДНК.

**?. ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МАРГАНЦА (РАЗМОЛ, СМЕШЕНИЕ И ФАСОВКА) ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ПРОВОДЯТ**

! 1 раз в 3 мес;

!+ 1 раз в 6 мес;

! 1 раз в 12 мес;

! 1 раз в 24 мес;

! 2 раза в месяц.

**?. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СВИНЦА В ОСНОВНОМ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ**

!+ астенического синдрома;

!+ полиневропатии;

!+ энцефалопатии;

! геморрагического инсульта;

! ишемического инсульта.

**?. ДЛЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ СВИНЦОВОГО ПОЛИНЕВРИТА ХАРАКТЕРНЫ**

!+ симметричность поражения;

! нарушение чувствительности;

! нарушение болевых ощущений;

! асимметричность поражения

!+ отсутствие нарушений чувствительности и болевых ощущений.

**?. ЛИЦАМ С УСТАНОВЛЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ МАРГАНЦЕМ ДОПУСК К ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАБОТЕ**

!+ запрещен;

! разрешен при соблюдении мер защиты;

! разрешение зависит от стадии интоксикации.

! разрешен

**?. КРАСНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ ПРИ САТУРНИЗМЕ ОБУСЛОВЛЕН**

! макрогематурией;

! большой протеинурией;

!+ увеличением копропорфирина;

! увеличением уропрофирина;

! увеличением билирубина.

**?. ОТЛИЧИЕ МАРГАНЦЕВОГО ПАРКИНСОНИЗМА ОТ ПОСТЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО**

! нарушение письма;

! ослабление критического мышления;

!+ отсутствие выраженных гиперкинезов;

! эмоциональная лабильность.

**?. ОСОБЕННОСТЬЮ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

!+ склонность к прогрессированию, несмотря на прекращение контакта с металлом;

! отсутствие прогрессирования при прекращении контакта с металлом;

! склонность к регрессу симптомов интоксикации при прекращении контакта с металлом;

! быстрое восстановление при прекращении контакта с металлом.

**?. В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОКАЗАНЫ ВИТАМИНЫ**

!+ В6;

! В12;

!+ С;

! А;

! Е.

**27. В ПЕРИОД СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ЖИВОТ БОЛИ**

! несколько усиливаются;

!+ несколько утихают;

! становятся нестерпимыми;

! не изменяются.

**?. ГРУППА ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЮЩАЯСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХР. МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! метилксантины;

!+ холинолитики;

! цитостатики;

! адреностимуляторы;

! адреноблокаторы

**?. ПРИ СВИНЦОВОЙ КОЛИКЕ У БОЛЬНЫХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

!+ повышение экскреции δ-аминолевулиновой кислоты, копропорфирина и свинца с мочой;

! резкое уменьшение эритроцитов, сывороточного железа;

! резкое снижение количества ретикулоцитов;

! понижение экскреции копропорфирина и уропорфирина с мочой.

**?. ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОБНАРУЖИВАЮТ**:

! гиперхромные эритроциты;

! серповидные эритроциты;

!+ гипохромные эритроциты;

! тельца Жолли;

!+ эритроциты с базофильной зернистостью

**?. ОТРАСЛИ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, В КОТОРЫХ НАХОДИТ ПРИМЕНЕНИЕ МАРГАНЕЦ**

! парфюмерная;

!+ электротехническая;

! нефтеперерабатывающая;

!+ сталелитейная;

! химическая.

**?.ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ МАРГАНЦА**

! медицинские работники;

! работники сельского хозяйства;

! бурильщики;

!+ электросварщики;

!+ сталеплавильщики.

**?. СВИНЦОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ВОЗМОЖНА НА ПРОИЗВОДСТВЕ**

!+ аккумуляторов;

! медицинской аппаратуры;

! карбюраторов;

! стекла;

! хрусталя.

**?. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАРГАНЦЕМ**

!+ паркинсонизм;

! приступы побеления пальцев;

! кишечная колика;

! дистрофические нарушения опорно-двигательного аппарата.

**?**. **СВИНЕЦ ВЫВОДИТСЯ ИЗ ОРГАНИЗМА В ОСНОВНОМ ЧЕРЕЗ:**

!+ кишечник;

!+ почки;

! печень;

! кожу;

! легкие

**?**. **ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ 'МАРГАНЦЕВОГО' ПАРКИНСОНИЗМА**

!+ никотиновая кислота;

!+ кавинтон;

! циклодол;

! циннаризин;

! ноотропил.

**?. ДЛЯ СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

! схваткообразных болей в животе;

! запоров;

!+ симптомов раздражения брюшины;

! артериальной гипертензии;

! брадикардии.

**?.** **САТУРНИЗМ – ЭТО ХРОНИЧЕСКОЕ ОТРАВЛЕНИЕ**

! марганцем

! ртутью

!+ свинцом

! бензолом

! пестицидами

**?. МАРГАНЦЕВУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

! ОНМК

! гипертонической болезнью

! интоксикацией сероуглеродами

! интоксикацией ртутью

!+ постэнцефалитическим паркинсонизмом

**?.ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОРФИРИНОВОГО ОБМЕНА ДЛЯ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ ЯВЛЯЮТСЯ**

! повышенная экскреция порфобилиногена с мочой

!+ повышенная экскреция дельта-аминолевулиновой кислоты с мочой

! повышенная экскреция уропорфирина с мочой

!+ повышенная экскреция копропорфирина с мочой

! увеличение эритроцитарного протопорфирина

**?.ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНА**

!+ гипохромная сидеропеническая гиперрегенераторная анемия

! гипохромная сидеремическая гиперрегенераторная анемия

! апластическая анемия

! гиперхромная норморегенераторная макроцитарная анемия

**?.САМЫМ ТИПИЧНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГРУППЫ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЯДОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ РАССТРОЙСТВА БИОСИНТЕЗА ПОРФИРИНОВ И ГЕМА, ЯВЛЯЕТСЯ**

! бензол

! окись углерода

!+ свинец

! анилин

! мышьяковистый водород

**?.К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ, ОТНОСЯТСЯ**

!+ внутривенное введение комплексона

!+ применение горячей ванны

!+ паранефральная новокаиновая блокада

! инъекции наркотиков

! введение слабительных

**?.** **К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ, ОТНОСЯТСЯ**:

! неврастенический;

!+ астено-вегетативный;

!+ энцефалопатия;

!+ полиневропатия конечностей;

! фуникуллярный миелоз

**?. ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ИСПОЛЬЗУЮЩИМИСЯ В ЛЕЧЕНИИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

! комплексоны

! витамины

!+ слабительные

!+ препараты железа

! слабительные

**?. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ ЭКСПЕРТНОМУ РЕШЕНИЮ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СВИНЦОМ ВЫРАЖЕННОЙ ФОРМЫ ОТНОСИТСЯ**:

! временный перевод на легкую работу по справке КЭК с последующим возвращением на прежнюю работу

! определение % утраты трудоспособности

! установление III группы профинвалидности

!+ определение % утраты трудоспособности и установление III группы профинвалидности

! установление II группы профинвалидности

**?. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ брадикардия

!+ снижение вольтажа зубца P

!+ снижение вольтажа зубца T

!+ снижение вольтажа QRS

! желудочковая экстрасистолия

**?. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОМПЛЕКСОНОВ ПРИ САТУРНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

! свинцовой колики

!+ свинцовой энцефалопатии

! выраженного анемического синдрома

! полиневритического синдрома

**?. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ СИНЛРОМ ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

!+ свинцовую кайму

!+ свинцовую колику

!+ спонтанную гиперсекрецию желудочного сока

!+ диспепсические жалобы

! нарушение стула в виде диареи

**?. НОРМА СОДЕРЖАНИЯ СВИНЦА В КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ**

!+ 17-26 мкг%,

! 10-15 мкг %

! 25-36 мкг %

! 2-14 мкг %

! 30-42 мкг %

**?.АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ**

! атропином

!+ унитиолом

! изонотрозином

! дипироксимом

**?. В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЙ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

!унитиол

!+тиосульфата натрия

!+хлорида кальция

!+атропина сульфата

**?.РАННИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ тошнота, рвота

!+гипергидроз

!головные боли

!+металлический вкуса во рту

!+кровоточивость десен

**?.ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ВИДЕ**

!+ артериальной гипотензии

! артериальной гипертензии

!+ инфаркта миокарда

! кардиомиопатии

!+ миокардиодистрофии

**?.К СИМПТОМАМ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ОТНОСЯТСЯ**

!+ неустойчивость походки

!+ дрожание рук

! снижение остроты зрения и слуха

! дыхание типа Чейн-Стокса

!+затрудненное глотание.

**?. ХРОНИЧЕСКАЯ. ИНТОКСИКАЦИЯ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

!+ астеновегетативным синдромом;

!+ полиневритическим синдромом

! цитолитическимсиндромом

!+ диэнцефальнымсиндромом

!+ кардиальным синдромом

**?.ДЛЯ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ**

! отклонения электрической оси сердца влево

!+ нарушения сердечного ритма

!+ снижения вольтажа зубцов

! глубокогозубец Q в нескольких отведениях

! элевации сегмента S-T

**?.ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

!+ гипохромная анемия

! относительный лимфоцитоз

! гематурия;

! обнаружение в моче ртути

! обнаружение в крови ртути

**?.ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

! гипохромная анемия

! относительный лимфоцитоз

! гематурия

!+ обнаружение в моче ртути

! обнаружение в крови ртути

**?.ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ (РОС)**

!+ нарушение всех видов обмена из-за блокады сульфгидрильных групп ферментов, белков

!+ капилляротоксическое действие

!+ раздражающее

! лейкогенное

!+ аллергизирующее

! активация холинореактивных структур

**?.К РТУТЬОРГАНИЧЕСКИМ СОЕДИНЕНИЯМ (РОС) ОТНОСЯТСЯ**

!+ гранозан

!+ меркуран

! байтекса

!+меркургексана

**?.ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ РТУТЬОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:**

!+ способность проникать через кожу

!+ способность депонироваться в различных органах

! способностью быстро выводятся из организма с мочой

!+ способность проникать через желудочно-кишечный тракт

**?.РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, НАБУХАНИЕ И КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН, МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ ВКУС ВО РТУ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

! хлорорганическими соединениями

! фосфороорганическими соединениями

!+ ртутьорганическими соединениями

!+ марганцем

**?.СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЪОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+ Неустойчивая походка, дрожание рук, туловища.

!+ Затруднено глотание.

!+ Нарушено зрение вплоть до слепоты.

!+ Потеря сознания с непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией.

! Гипергликемия.

**?.ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТОКСИКАЦИИ РТУТЬСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ:**

!+ унитиол

!+ пентацин

! десферал

! атропин

! нитраты

**?.РТУТЬОРГАНИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

!+в виде фунгицидов для протравки семян

! в качестве пестицидов для борьбы с вредителями зерновых культур, плодовых деревьев

! для уничтожения комаров, мух

! в качестве удобрений

**?.В ПАТОГЕНЕЗЕ ОТРАВЛЕНИЙФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ**

! блокада сульфгидрильных групп в белковых соединениях.

!+ блокада холинэстеразы.

! образование метгемоглобина.

! гемолиз.

! активация плазменных факторов свертывания крови.

**?.СТАДИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ВИДЕ АДИНАМИИ, СУМЕРЕЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИХ СУДОРОГ МЫШЦ, ГИПОКСЕМИИ, СИМПТОМОВ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ, ПОЧЕК, СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:**

! стадия возбуждения.

!+ судорожная стадия.

!паралитическая стадия.

!токсикогенная стадия

!соматогенная стадия

**?.СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+общая слабость, снижение умственной и физической трудоспособности, ухудшение памяти, головная боль, головокружения

!+красный, стойкий дермографизм

!петехиальная геморрагическая сыпь

!+снижение артериального давления

уменьшение частоты пульса

**?.ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+мучительные головные боли

!+сновидения с усташающими кошмарами

!+подергивания мышц, парестезии

!+спастические параличи различных мышечных групп

!холодовая крапивница

**?.ТОКСИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ПРОЯВЛЯЮТСЯ**

! усилением действия холинэстеразы

!+ угнетением действия холинэстеразы

!+ накоплением ацетилхолина

! понижением концентрации ацетилхолина

**?.БИОХИМИЧЕСКИМ СДВИГОМ, ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

!увеличение уровня билирубина в крови.

!+снижение активности холинэстеразы в крови.

!снижение содержания протромбина в крови.

!увеличение активности щелочной фосфатаз

!гипергликемия.

**?.КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+профессиональный маршрут, подтверждающий вероятность контакта пострадавшего с фосфорорганическими ядохимикатами в производственных условиях

!+результаты гигиенического обследования рабочего места пострадавшего, подтверждающие возможность профессиональной интоксикации !+характерная клиническая картина острого или хронического отравления фосфорорганическими ядохимикатами

!+выявление пониженного уровня активности холинэстеразы в крови !ретикулоцитоз, базофильная зернистость эритроцитов

**?.СИМПТОМЫ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ИНТОКСИКАЦИЮ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ОТ ОТРАВЛЕНИЯ ДРУГИМИ ЯДАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ**

!+резкое сужение зрачков

!+брадикардия

!головная боль

!+выраженная активация секреторной функции слюнных, слезных, желудочных, бронхиальных желез

!+снижение активности холинэстеразы в крови

**?.КЛИНИКА ИНТОКСИКАЦИЙ ФОСФОРСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ (ФОС) ВКЛЮЧАЕТ**

! ларинготрахеобронхит

!+ миоз

! стоматит, глоссит

! бронхорея

! мидриаз

**?. БАЗОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ**

! бета-адреноблокаторы

! сердечные гликозиды

!+ холинолитики

! антагонисты кальция

**?.СИМПТОМАМИ НИКОТИНОПОДОБНОГО ЭФФЕКТА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

!+ фибрилляции мимических мышц, мыщц языка, шеи, генерализованные судороги

! головная боль, нарушение сна, помут-нение сознания, нарушение речи, атаксия

! бронхорея, гиперсаливация, тошнота, рвота

! брадикардия, миоз

**?.СИМПТОМАМИ МУСКАРИНОПОДОБНОГО ЭФФЕКТА ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

! фибрилляция мимических мыщц, языка, мышц шеи, генерализованные судороги

! головная боль, нарушение сна, помутнение сознания, нарушение речи, атаксия

!+ ощущение сжатия в груди, бронхоспазм, бронхорея усиленная потливость, слезотечение, брадикардия, миоз

!+ снижение аппетита, тошнота, боль в желудке, гиперсаливация

**?.ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПУТИ ПОСТУПЛЕНИЯ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ НЕ ЖЕЛАТЕЛЕН ПРИЕМ**

! сердечных гликозидов

! глюкокортикоидов

! солевых слабительных препаратов

!+ маслянных слабительных препаратов

! антигистаминных препаратов

! адреналина

**?.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТОКСИКАЦИЙ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКМИ СОЕДИНЕНИЯМИ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ТАКИЕ ПРЕПАРАТЫ КАК**

!+ алоксим

!+ дипироксим

!+ диэтилксим

! метиленовый синий

!+ изонитрозин

**?.ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФОРООРГАНИЧЕСКМИ СОЕДИНЕНИЯМИ**

!+ астено-невротический синдром

!+ вегетативно-сосудистая дисрегуляция

!+ гематологический (эритроцитоз, лейкопения, токсическая зернистость нейтрофилов, замедление СОЭ)

! нефротический (признаки ХПН)

! сердечнососудистый (признаки хронической недостаточности кровообращения)

**?.В СЕЛЬСКУЮ БОЛЬНИЦУ ДОСТАВЛЕНА ПАЦИЕНТКА, РАБОТАВШАЯ НА ОБРАБОТКЕ ПЛОДОВЫХ ДЕРЕВЬЕВ БАЙТЕКСОМ В ЦЕЛЯХ БОРЬБЫ С ВРЕДИТЕЛЯМИ. ЖАЛОБЫ НА ТОШНОТУ, РВОТУ, БОЛИ В ЖИВОТЕ, ПОНОС, СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ, НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ. БОЛЬНАЯ ВОЗБУЖДЕНА, ВЫЯВЛЕНЫ ГИПЕРГИДРОЗ, ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ, СУЖЕНИЕ ЗРАЧКОВ, СНИЖЕНИЕ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, БРАДИКАРДИЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

! “ртутная” неврастения

! острая интоксикация марганцем

! острая интоксикация ртутьорганическими пестицидами

!+ острая интоксикация фосфорорганическими пестицидами

! острая интоксикация хлорорганическими соединениями

**?.СИНДРОМЫ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ В КЛИНИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+астеновегетативный синдром

!+полиневритический синдром.

!+кардиальный синдром.

!+печеночный синдром.

!тромбоэмболический синдром.

**?.ДЛЯ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ ХАРАКТЕРНЫ:**

!+общетоксическое действие на организм человека.

!+проникновение через липидный слой мембраны клеток и подавление внутриклеточных ферментов дыхательного цикла.

!способность образовывать метгемоглобин.

!+способность некоторых веществ этой группы блокировать тиоловые группы белковых соединений.

!+поражение в первую очередь головного мозга (преимущественно подкорковая область) и печень.

**?.ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+курсовая дезинтоксикационная терапия 5%-ным раствором глюкозы, реополиглюкином, гемодезом

!+ежедневный пероральный прием сбалансированных поливитаминных препаратов

!+гепатопротекторы — эссенциале-форте, липостабил, липамид

!блокаторы бета-адренорецепторов

**?.ОСОБЕННОСТЬЮ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ, КОТОРАЯ ОГРАНИЧИВАЕТ ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

!высокая токсичность

!трудность промышленного производства и транспортировки

!+высокая устойчивость к деградации в естественных природных условиях

!трудность распыления

!опасность для работника

**?.СИМПТОМЫ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ**

!+резкая слабость, тошнота, рвота, интенсивная головная боль, головокружение, лихорадка до 39-40 °С

!+общая заторможенность, расстройства психики, дрожание, подергивания различных групп мышц, приступы клонико-тонических судорог

!+частое, шумное дыхание (декомпенсированный метаболический ацидоз)

!+анурия, желтуха

!тромбоцитопеническая пурпура

**?.БОЛИ ПО ХОДУ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ, ДРОЖАНИЕ, ПОДЕРГИВАНИЯ МЫШЦ, НАРУШЕНИЕ КОЖНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, РАССТРОЙСТВА ЗРЕНИЯ ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

!+полиневритического синдрома

!кардиального синдрома

!печеночного синдрома

!астеновегетативного синдрома

**?.КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИНТОКСИКАЦИЙ ХЛОРСОДЕРЖАЩИМИ ПЕСТИЦИДАМИ (ХОС) ЯВЛЯЮТСЯ**

! мидриаз;

! бронхорея;

!+ ринит;

!+ блефароспазм;

!+ ларинготрахеобронхит.

**?.СИНДРОМ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ТЕНДЕНЦИЯ К СНИЖЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, УЧАЩЕННЫЙ ПУЛЬС, СУПРА-ВЕНТРИКУЛЯРНАЯ И ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ, БЛОКАДА ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА, ПРИЗНАКИ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ (ПО ДАННЫМ ЭКГ И ЭХОКГ)**

! полиневритический синдром

! печеночный синдром

! астеновегетативный синдром

!+кардиальный синдром

!бронхолегочной синдром

**?.АНТИДОТЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ**

!+ унитиол

!+ тетацин-кальций

!+ дипироксим

! атропин

!+ метиленовый синий

**?.РИСКУ ИНТОКСИКАЦИИ ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ПОДВЕРЖЕНЫ**

! работники сельского хозяйства, занимающиеся разведением крупного рогатого скота;

!+ работники сельского хозяйства, занимающиеся опрыскиванием плодовых деревьев и зерновых;

! сотрудники медицинских учреждений;

! работники химической промышленности при производстве взрывчатых веществ;

! работники птицеферм.

**?.К РАБОТЕ С ЯДОХИМИКАТАМИ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ ЛИЦА**

! моложе 20 лет

!+ моложе 18 лет

! старше 50 лет

!+ беременные и кормящие матери

**?.В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ ПЕСТИЦИДАМИ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ**

!+ гипоталамостволовые отделы мозга

!+ почки

!+ дыхательные пути

!+ желудочно-кишечный тракт

! кожа

**?.ПЕРИОДИЧНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В КОНТАКТЕ С ХЛОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ**

! 1 раз в год

!+ 2 раза в год.

! 1 раз в два года

! Ежеквартально

! По показаниям

**?. ПЕСТИЦИДЫ – ЭТО:**

! минеральные удобрения

! препараты для уничтожения насекомых

! препараты для уничтожения сорняков

!+ препараты защиты растений

**?. ВЕЩЕСТВО КОТОРОЕ ВЫЗЫВАЕТ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРО-ВОЖДАЮЩИЕСЯ ПСИХОСЕНСОРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

! фосфор;

! серный ангидрид;

!+ тетраэтилсвинец;

! мышьяк

!цинк

**?. ПО ХИМИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ ПЕСТИЦИДЫ МОГУТ БЫТЬ**

!+ фосфорорганическими соединениями

!+ хлорорганическими соединениями

!+ ртутьорганическими соединениями

!+ соединениями содержащими мышьяк

!+ соединениями содержащими цианиды

! соединениями содержащими цинк.

**?. В СЛУЧАЯХ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯДОХИМИКАТАМИ НА ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВЫДАЕТСЯ**

! трудовой больничный лист сроком до 2 месяцев

!+ трудовой больничный лист сроком до 4 месяцев

! направление на ВТЭК для определения степени утраты трудоспособности на период переквалификации

! трудовой больничный лист сроком до 6 месяцев

**?.ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЯДОХИМИКАТАМИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОГНОЗОМ БОЛЬНЫМ ВЫДАЕТСЯ**

! трудовой больничный лист сроком до 2 месяцев

! трудовой больничный лист сроком до 4 месяцев

!+ направление на ВТЭК для определения степени утраты трудоспособности на период переквалификации

! трудовой больничный лист сроком до 6 месяцев