?При пневмонии крепитация лучше выслушивается:

!+в стадии прилива и разрешения

!в стадии красного опеченения

!в стадии серого опеченения

!во всех стадиях

?Ржавая мокрота более типична:

!для интерстициальной пневмонии

!+для пневмококковой пневмонии

!для муковисцидоза

!для тромбоэмболии ветвей легочной артерии

?В первые 2 дня крупозной пневмонии (стадия прилива) над областью воспаления перкуторный звук:

!низкий

!абсолютно тупой

!без изменений

!+укорочен с тимпаническим оттенком

?Зона лучшего выслушивания хрипов при правосторонней среднедолевой пневмонии находится:

!в подлопаточной области

!+по передней поверхности грудной клетки

!по аксилярной линии

!в подключичной области

?Голосовое дрожание при пневмонии усилено в стадии:

! серого опеченения

!+прилива

!разрешения

!красного опеченения

?При пневмонии возможно развитие делирия:

!у стариков

!у детей

!+у алкоголиков

!при высокой лихорадке

?У лиц, страдающих алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванной:

!пневмококком

!+клебсиеллой

!пневмоцистой

!микоплазмой

?У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:

!пневмококк

!клебсиелла

!+пневмоциста

!микоплазма

?Наиболее частым возбудителем госпитальной пневмонии у больных пожилого возраста является:

!пневмококк

!микоплазма

!легионелла

!+клебсиелла

?Внебольничные пневмонии чаще всего вызывается:

!стафилококком

!+пневмококком

!синегнойной палочкой

!легионеллой

?При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:

!давность заболевания

!локализацию воспалительного процесса

!+природу возбудителя, вызвавшего пневмонию

!сопутствующие заболевания

?При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначать:

!+амоксициллин

!бензамицин

!левомицетин

!левофлоксацин

?Укажите антибактериальный препарат, малоактивный в отношении пневмококка:

!азитромицин

!пенициллин

!цефтриаксон

!+ципрофлоксацин

?Препаратом первой линии выбора при пневмококковой пневмонии является:

!доксициклин

!метициллин

!цефотаксим

!+амоксициллин

?Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать с:

!оральных цефалоспоринов второго поколения

!гентамицина

!фторхинолонов

!+макролидов нового поколения

?Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при воспалительном уплотнении доли легкого:

!отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков

!+только отставание в дыхании половины грудной клетки

!гиперстеническая грудная клетка

!увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон

?Какой перкуторный звук появляется при воспалительном уплотнении легочной ткани?

!+абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

!ясный легочный звук

!тимпанический звук

!коробочный звук

?Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспаления?

!абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

!ясный легочный звук

!тимпанический звук

!+притупление с тимпаническим оттенком

?С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких покаш-ливание?

!для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов

!для выявления скрытой бронхиальной обструкции

!для отличия сухих хрипов от влажных хрипов

!+для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевом воспалительном уплотнении?

!ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!амфорическое дыхание

!+бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Какой оновной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при начальной стадии воспаления?

!+ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!амфорическое дыхание

!бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звонких хрипов:

!вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

!жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

!жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани

!+жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

?Нозокомиальные госпитальные пневмонии чаще вызываются:

!пневмококком

!+стафилококком

!легионеллой

!микоплазмой

?Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится:

!пенициллином

!кефзолом

!+эритромицином

!тетрациклином

?У служащей гостиницы с кондиционерами температура 400, озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании миалгии, тошнота, понос. Р-графия выявила инфильтраты в обоих легких. Сослуживец госпитализирован с пневмонией. Какой возбудитель вызвал пневмонию?

!клебсиелла

!+легионелла

!микоплазма пневмонии

!палочка Пфейффера

?Назовите возбудителей, вызывающих интерстициальные пневмонии:

!пневмококк

!+вирусы

!стрептококк

!стафилококк

?У б-го со СПИДом сухой кашель, температура. На R-граммах усиление легочного рисунка и 2-сторонние мелкоочаговые тени в центральных отделах легких. Какой антибактериальный препарат назначите?

!пенициллин

!ампициллин

!+триметоприм

!стрептомицин

?В каких случаях возможно развитие пневмоцистной пневмонии?

!+при состоянии после пересадки почки

!при хроническом алкоголизме

!+при наркомании

!при остром лейкозе

?Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:

!+клебсиелла

!хламидия

!микоплазма

!пневмококк

?Наиболее частым возбудителем внутрибольничной пневмонии у больных пожилого возраста является:

!+клебсиелла

!микоплазма

!пневмококк

!протей

?У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:

!микоплазма

!пневмококк

!+пневмоциста

!клебсиелла

?Нозокомиальной принято считать пневмонию, возникшую:

!у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания

!до 48 часов после госпитализации пациента

!у беременной женщины после 20 недель беременности

!+позднее 48 часов после госпитализации пациента

? Для лечения внебольничной пневмонии, вызванной пневмококком показан:

! ломефлоксацин

! доксициклин

! амикацин

!+ амоксициллин

?При лечении пневмонии, вызванной легионеллой, показан:

!левомицетин

!+эритромицин

!амоксициллин

!флемоксин

?При микоплазменной пневмонии препаратами первой линии являются:

!цефалоспорины

!фторхинолоны

!пенициллины

!+макролиды

?При терапии пневмонии к рациональной комбинации антибиотиков относят:

!тетрациклины + сульфаниламиды

!+пенициллины + макролиды

!пенициллины + цефалоспорины

!тетрациклины + пенициллины

?При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:

!+тетрациклин

!пенициллин

!амоксициллин

!амоксиклав

?Антибактериальные средства для лечения внебольничной пневмонии принято делить на:

!альтернативные препараты

!препараты выбора

!+средства 1ой, 2ой, 3ей линии

!резервные

?При гнойно-воспалительных процессах противопоказано применение:

!УВЧ - терапии

!+индуктотермии

!микроволновой терапии

!электрофореза димедролом

?К группе тетрациклинов принадлежит:

!ванкомицин

!+метациклина

!норфлоксацин

!амоксициллин

?К группе аминогликозидов относится антибиотик:

!+мономицин

!джозамицин

!ванкомицин

!ристомицин

?Бактерицидное действие не оказывают:

!аминогликозиды

!+макролиды

!пенициллины

!цефалоспорины

?Рациональными комбинациями при внебольничной пневмонии являются:

!+бета-лактамы +макролиды

!пенициллины+цефалоспорины

!аминогликозиды+фторхинолоны

!пенициллины+сульфониламиды

?К негативным сторонам комбинированной антибиотикотерапии не относят:

!+ослабление внимания врача к этиологии процесса

!нередкое назначение неадекватных доз

!распространение устойчивых штаммов возбудителей, особенно в тех стационарах, где часто и длительно используют те или иные комбинации препаратов

?Течение пневмонии не определяется:

!возбудителями пневмонии

!временем начала этиотропной терапии

!+состоянием бронхов

!наличием или отсутствием болезней , снижающих реактивность организма

?Пневмония не считается затяжной, если:

!признаки заболевания сохраняются через 4 недели после его начала

!признаки заболевания продолжается более 4 недель, но заканчивается излечением при адекватной терапии

!+несмотря на проведенное лечение, изменение легочного рисунка на рентгенограмме сохраняется менее 4 недель после устранения клинических симптомов заболевания

! несмотря на проведенное лечение, изменение легочного рисунка на рентгенограмме сохраняется менее 2 недель после устранения клинических симптомов заболевания

?Переходу острой пневмонии в затяжную не способствует:

!пожилой возраст пациента

!предшествующие пневмонии патологические процессы в бронхах

!гипофункция коры надпочечников

!+двустороннее поражение легочной ткани

?Какие лекарственные средства не назначают при пневмонии:

!этиотропные

!отхаркивающие

!бронхоспазмолитические

!+наркотические

?При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:

!давность заболевания

!+природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию

!сопутствующие заболевания

!индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов

?Выберите антибиотик для лечения внебольничной пневмонии вызванной пневмококком:

!тетрациклины

!пенициллины

!+цефалоспорины

!производные аминогликозидов

?Гентамицин при его неэффективности в лечении двусторонней пневмонии, вызванной клебсиеллой, можно заменить:

!+кефзолом

!пенициллином

!эритромицином

!оксациллина натриевой солью

?При лечении пневмонии, вызванной легионеллой, показано использование:

!+эритромицина

!тетрациклина

!левомицитина

!оксациллина натриевой солью

?При лечении пневмонии микоплазменной этиологии назначают:

!+доксациклин

!амоксициллин

!бензилпенициллин

!цефтриаксон

?К группе пенициллинов не относится:

!+доксициклин

!амоксициллин

!оксациллина натриевая соль

!ампициллин

?К группе цефалоспоринов не относится:

!+тобрамицина

!цефалоридина

!цефалотина натриевой соли

!кефзола

?Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

!пневмококк

!микоплазма

!+клебсиелла

!протей

?У лиц страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:

!пневмококком

!стрептококком

!кишечной палочкой

!+стафилококком

?У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:

!пневмококк

!клебсиелла

!+пневмоциста

!микоплазма

?Для профилактики осложнений антибактериальной терапии необходимо:

!уточнить анамнез, переносимость лекарств

!иметь сигнальную карту со сведениями обо всех реакциях на лекарственные препараты

!+не проводить пробы с препаратами, на которые у больного раньше возникала аллергия

!не допускать назначения нерациональных и несовместимых антибактериальных средств

?При пневмонии, обусловленной пенициллиноустойчивым стафилококком, препаратом выбора является:

!левомицитин

!+цефоксим

!ампициллин

!оксациллина натриевая соль

?Отхаркивающим средством, обладающим также антисептическим свойством, является:

!трава термопсиса

! бромгексин

!мукалтин

!+трава чабреца

?При острой пневмонии на 3-5 день болезни можно назначить:

!индуктотерапию

!+УВЧ-терапию

!франклинизацию

!радоновые ванны

?Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии не служит:

!тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции

!смешанный характер инфекции

!необходимость усиления антибактериального эффекта

!+отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам- отрицательных бактерий

?При проведении комбинированной антибактериальной терапии при пневмонии рациональным является сочетание следующих средств:

!пенициллинов и сульфаниламидов

!пенициллинов и тетрациклинов

!+пенициллинов и макролидов

!сульфаниламидов и тетрациклинов

?Из перечисленных антибиотиков больным с аллергическими реакциями на бензилпенициллин следует назначить:

!ампициллин

!цефазолин

!+таваник

!тиенам

?При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить:

!олететрин

!сумамед

!+амоксицилли

!эритромицин

?При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать:

!пенициллины

!+азитромицин

!левомицетин

!стрептомицин

?Лечебная физкультура показана при:

!язвенной болезни двенадцатиперстной кишки через 2 недели после кровотечения

!язвенной болезни двенадцатиперстной кишки через 2 месяца после кровотечения

!крупноочаговом инфаркте миокарда через 3 недели от начала заболевания

!+пневмококковой пневмонии через 7 дней от начала заболевания.

?Пневмонией следует называть:

!инфекционные воспалительные процессы в легких

!различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких

!различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и инфильтрации легких

!+различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела

?При пневмонии поражаются:

!крупные бронхи

!дыхательные бронхиолы

!+альвеолы

!интерстиций легких

?При аускультации легких у больных пневмонией не выявляются:

!ослабленное дыхание при отсутствии хрипов

!+сухие хрипы

!крупнопузырчатые влажные хрипы

!мелкопузырчатые влажные хрипы

?Укажите основной механизм появления патологического бронхиального дыхания:

!снижение эластичности легочной ткани

!+проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом

!сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)

!наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизмененными альвеолами

?При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей:

!+трансфузии свежезамороженной плазмы

!парентерального введения глюкокортикоидных гормонов

!внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов

!инфузии гепарина

?При подозрении на пневмонию, вызванную клебсиеллой, не могут быть назначены:

!+пенициллины 1-го поколения

!цефалоспорины 3-го поколения

!пенициллины 5-го поколения

!аминогликозиды

?Лечение антибиотиками острой пневмонии следует прекратить:

!через 1 неделю после начала лечения

!+через 2 дня после нормализации температуры тела

!после исчезновения хрипов в легких

!после устранения клинических и ренгенологических признаков заболевания

?Частота какого возбудителя пневмонии возрастает во время эпидемии гриппа?

!пневмококка

!кишечной палочки

!клебсиеллы

!+стафилококка

?Диагноз пневмонии при наличии клинических признаков заболевания не может быть установлен, если на рентгенограмме легких выявлено:

!+обогащенние легочного рисунка

!очаговая тень

!участок затемнения, занимающего часть сегмента легкого

!участок затемнения, занимающего весь сегмент легкого

?Стафиллококковые пневмонии чаще развиваются:

!+при гриппе

!у лиц пожилого возраста

!при хроническом бронхите

!у пациентов стационаров (внутрибольничная инфекция)

?Если этиология пневмонии не установлена, вначале следует назначить следующий антибактериальный препарат:

!стрептомицин

! пенициллин

!тетрациклин

!+антибиотик группы цефалоспорина

?Возбудителем пневмонии чаще всего являются:

!+пневмококк

!стрептококк

!стафилококк

!кишечная палочка

!клебсиелла

?Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии чаще являются:

!пневмококки

!стрептококки

!+клебсиеллы

!микоплазмы

?При затяжном и рецидивирующем течении пневмонии у курящих мужчин старше 40 лет необходимо в первую очередь исключить:

!тромбоэмболию легочных артерий

!туберкулез легких

!+рак легких

!ХОБЛ

?При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:

!пенициллин

!+тетрациклин

!ампициллин

!цефалоридин

?Параканкрозная пневмония не может завершиться:

!+полным рассасыванием воспалительных изменений и восстановлением нормального легочного рисунка

!образованием пневмоцирроза

!абсцедированием

!нормальный легочной рисунок не восстанавливается

?При обследовании больных с тяжелым течением пневмонии следует:

!определить содержание сиаловых кислот в сыворотке крови

!определить содержание фибриногена в сыворотке крови

!+провести повторное цитологическое исследование мокроты для выявления опухолевых клеток и бронхоскопию

?Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно:

!возникновение вслед за обострением бронхита

!+частое отсутствие локальной физикальной симптоматики

!поражение нескольких сегментов в глубине легкого

!склонность к затяжному течению и рецидивам

?При формулировке диагноза пневмонии не следует отражать:

!нозологическую форму с указанием этиологии

!+уровень кислорода в артериальной крови

!локализацию и распространенность легочного воспаления

!степень тяжести

?Нозокомиальной принято называть пневмонию, возникшую:

!у ранее нелеченного больного

!ранее 48 часов после госпитализации пациента

!у беременной женщины после 20 недель беременности

!+позднее 48 часов после госпитализации пациента

!у больного, лечащегося в домашних условиях от другого заболевания

?Препараты выбора при эмпирической терапии больных внебольничной пневмонией:

!ципрофлоксацин, пефлоксацин, офлаксацин

!стрептомицин и гентамицин

!линкомицин и левомицитин

!имипенем и меропенем

!+пенициллин и азитромицин

?Выберите антибиотик для лечения острой пневмонии вызванной пневмококком:

!тетрациклины

!+пенициллины

!цефалоспорины

!производные аминогликозидов

?Какой препарат не относится к группе тетрациклинов:

!морфоциклин

!метациклин

!доксициклин

!+таривид

?Антибактериальные средства для лечения внебольничной пневмонии делятся на:

!препараты выбора

!альтернативные средства

!резервные

!+средства 1-й, 2-й, 3-й линии

?Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является:

!мраморный рисунок кожи

!резкая возбудимость, беспокойство

!+умеренная одышка при физической нагрузке

!акроцианоз

?Признаком, наиболее характерным для дыхательной недостаточности III степени, является:

!+диффузный цианоз

!тахикардия, склонность к гипотонии

!глубокое редкое дыхание

!умеренная одышка при физической нагрузке

!отсутствия кашлевого рефлекса

?Самым ранним признаком острой дыхательной недостаточности является:

!диффузный цианоз

!+одышка

!набухание шейных вен

!тахикардия

?Активный дренаж плевральной полости не показан при:

!гемотораксе вследствие перелома ребер

!рецидивирующем гемотораксе

!эмпиеме плевры

!+нижнедолевой пневмонии

?Профилактикой внебольничной пневмонии является:

!приём иммуномодуляторов

!соблюдение режима труда и отдыха

!избегание переохлаждений

!+предупреждение респираторных вирусных инфекций

?Нейротоксикоз – это сочетание:

!+инфекционного и токсического поражения ЦНС

!токсического и механического поражения ЦНС

!токсического и метаболического поражения ЦНС

!инфекционного и механического поражения ЦНС

?Целью санаторно-курортной реабилитации реконвалесцентов после пневмонии является:

!профилактика дистресс-синдрома

!повышение физической активности

!+восстановление трудоспособности

!достижение функционального восстановления респираторной системы

?Поликлинический этап медицинской реабилитации должен обеспечить:

!оптимальное течение репаративных процессов

!завершение стадии неполной клинической ремиссии

!+завершение патологического процесса

!спасение жизни больному

?На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений?

!диспансерном

!+стационарном

!поликлиническом

!санаторном

?К показателю спирометрии, являющимся «Золотым Стандартом» диагностики ХОБЛ относится:

!ЖЕЛ

!PEF

!+ОФВ1/ФЖЕЛ

!ОФВ1

?Общим для течения ХОБЛ у разных пациентов является:

!одышка

!снижение переносимости физической нагрузки

!+прогрессирование заболевания

!легочная гипертензия

?Самым распространенным фактором риска ХОБЛ является:

!загрязнение воздуха

!сжигание органического топлива

!+курение сигарет

!заболевания сердечно-сосудистой системы

?Фактором риска развития тяжелого течения ХОБЛ является дефицит генетического фактора:

!+альфа1-антитрипсина

!глутатионпероксидазы

!супероксиддисмутазы

!тромбомодулина

?Морфологическая картина ХОБЛ, как правило, не включает в себя:

!+эозинофилы

!лимфоциты

!макрофаги

!нейтрофилы

?К наиболее типичному признаку позволяющему заподозрить диагноз ХОБЛ относится:

!непродуктивный кашель

!пенистая мокрота

!+хроническое отхождение мокроты

!нарастающая слабость

? К группе бронхдилататоров, используемых в диагностическом тестировании относятся:

!ингаляционные ГКС

!теофилины

!β2-агонисты длительного действия

!+β2-агонисты короткого действия

?К исследованию, которое необходимо добавить при мониторировании и оценке течения ХОБЛ относится:

!+оценка легочной гемодинамики

!исследование газов артериальной крови

!компьютерная томография (КТ)

!гематокрит

?К наиболее эффективному тесту для определения толерантности к физической нагрузке относится:

!тредмил-тест

!+проба с 6-минутной ходьбой

!велоэргометрия

!тест предсердной стимуляции

?Наиболее важным фактором, влияющим на течение ХОБЛ является:

!тяжесть симптомов

!+тяжесть ограничения скорости воздушного потока

!частота и тяжесть обострений

!наличие одного или более осложнений

?Для базисной терапии ХОБЛ не используют:

!бронходилятирующие препараты

!+муколитики

!ингаляционные бронходилятаторы длительного действия

!комбинированные бронхолитики

?Кислородотерапия – нефармакологический метод лечения, используемый в\_\_\_\_\_ стадии ХОБЛ

!1

!2

!3

!+4

?Основной целью кислородотерапии при ХОБЛ является:

!помочь больному бросить курить

!увеличить переносимость физических нагрузок

!+подъем базисного уровня Pa O2

!улучшение вентиляционно-перфузионных отношений

?Лечение больных с ХОБЛ в среднетяжелой и тяжелых стадиях не включает в себя препараты:

!тиотропия бромид

!небулайзеротерапия с симпатомиметиками

!+β2-адреномиметики короткого действия

!ИГКС

?К муколитическим средствам относится:

!кодеин

!хромогликат натрия

!+ацетилцистеин

!сальметерол

!теофиллин

?Какой бронходилатирующий препарат является базисным при лечении больных ХОБЛ?

!сальбутамол

!фенотерол

!+ипратропия бромид

!теопек

?Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при эмфиземе легких:

!отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков

!только отставание в дыхании половины грудной клетки

!гиперстеническая грудная клетка

!+увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон

?С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких форсированный выдох?

!для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов

!+для выявления скрытой бронхиальной обструкции

!для отличия сухих хрипов от влажных хрипов

!для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры

?Укажите основной механизм появления жесткого дыхания:

!снижение эластичности легочной ткани

!проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом

!+сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)

!наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизмененными альвеолами

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при эмфиземе легких?

!+ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!амфорическое дыхание

!бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Чем обусловлено появление влажных крупнопузырчатых хрипов?

!вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

!+жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

!жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани

!жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

?Чем обусловлено появление сухих свистящих (дискантовых) хрипов?

!+вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

!жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

!жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани

!жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

?У больного, находящегося трое суток на ИВЛ по поводу усугубления дыхательной недостаточности на фоне обострения хр. гнойно-обструктивного бронхита, через интубационную трубку выделяется большое количество вязкой гнойной мокроты. Лечебная тактика:

!введение больших доз эуфиллина

!+санационная бронхоскопия

!терапия стероидными гормонами

!терапия муколитиками

?Проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью наиболее эффективно при:

!бронхиальной астме с высоким уровнем IgE в крови

!+хроническом гнойном бронхите

!прогрессирующей эмфиземе легких при дефиците ингибитора альфа1-антитрипсина

!экзогенном фиброзирующем альвеолите

?Какой препарат нежелателен в лечении 50-летнего больного хроническим гнойно-обструктивным бронхитом в фазе обострения, эмфиземой легких, ДН 2?

!антибиотики пенициллинового ряда

!содовые ингаляции

!+ингаляции трипсина

!ацетилцистеин внутрь

!препарат полимикробной вакцины-бронхомунал

?Что верно для хронического бронхита?

!+диффузное заболевание дыхательных путей

!обратимая обструкция

!кашель с мокротой на протяжении 1 месяц в году в течение 1года и более

!приступы удушья

?Для ХОБЛ характерна эмфизема:

!гипертрофическая

!+вторичная деструктивная, диффузная

!острое вздутие легких

!парасептальная

?Вторичная деструктивная диффузная эмфизема является проявлением:

!бронхиальной астмы

!хронического катарального бронхита

!+ХОБЛ

!хронического фиброзирующего альвеолита

?Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют:

!хронические болезни бронхолегочного аппарата

!функциональное перенапряжение аппарата дыхания

!возрастная инволюция эластической ткани легких

!+дефицит альфа1-антитрипсина

?Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют:

!острые болезни аппарата дыхания

!хронические болезни бронхолегочного аппарата

!функциональное перенапряжение аппарата дыхания

!+деградация эластической ткани легкого

?Ведущим симптомом ХОБЛ является:

!+одышка

!приступообразный кашель

!обильная гнойная мокрота

!упорный надсадный кашель

?Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

!интенсивностью дыхательных шумов над легкими

!+данными спирографии

!интенсивностью кашля

!количеством выделяемой мокроты

?Самым редким осложнением ХОБЛ является:

!бронхопневмония

!дыхательная недостаточность

!легочное сердце

!+легочное кровотечение

?Решающую роль в возникновении ТЭЛА при ХОБЛ играет:

!нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения

!дыхательная недостаточность

!+полицитемия

!степень гиперкапнии

?К необратимому компоненту бронхиальной обструкции относится:

!бронхоспазм

!воспалительный отек слизистой оболочки бронхов

!+облитерация просвета бронхов

!трахеобронхиальная дискинезия

?Критерием для диагностики GOLD II является:

ОФВ1 ФАКТ./ ДОЛЖ.

!< 30%

!> 80%

!30-50%

!+50-80%

?Спирографическим критерием ХОБЛ является ОФВ1 /ФЖЕЛ:

!> 0,7

!+< 0,7

!< 0,5

! > 0,5

?Степень обструкции бронхов при ХОБЛ определяют по соотношению:

!ОФВ1/ПСВ

!ФЖЕЛ/ЖЕЛ

!ОФВ1/ФЖЕЛ

!+ОФВ1 факт./ОФВ1 долж.

?Степень бронхиальной обструкции при ОФВ1ФАКТ./ОФВ1долж. равный 60% соответствует GOLD:

!I

!+II

!III

!IV

?Синдром перекреста (сочетание ХОБЛ и БА) встречается

\_\_\_\_\_ случаев:

!50-60%

!30-45%

!+15-20%

!5-10%

?ХОБЛ с низким риском обострений и большим количеством симптомов относится к категории:

!C

!+B

!D

!A

?Хроническое легочное сердце чаще всего развивается при:

!саркоидозе

!фиброзирующем альвеолите

!+ХОБЛ

!ожирении

? При ХОБЛ в стадии ремиссии назначают:

! электросон

! индуктотермию

! сульфидные ванны

!+ циркулярный душ

?Лечение обострения ХОБЛ следует начинать с препаратов \_\_\_\_\_\_\_\_ линии:

!3-ей

!2-ой

!+1-ой

!4-ой

?Больным ХОБЛ категории «D» лечение следует проводить длительно действующими антихолинергическими препаратами в сочетании с:

!коротко действующими β2-агонистами

!ингаляционными глюкокортикостероидами

!длительно действующими β2-агонистами

!+ингаляционными глюкокортикостероидами и длительно действующими β2-агонистами

?Отхаркивающие средства могут вызывать:

!разжижжение мокроты

!+усиление моторной функции бронхов

!углубление дыхания

!учащение дыхания

?При ХОБЛ в стадии ремиссии назначают:

!сульфидные ванны

!+индуктотермию

!УФ излучение

!циркулярный душ

!электросон

?При гнойно-воспалительных процессах противопоказано применение:

!УВЧ – терапии

!микроволновой терапии

!+индуктотермии

!электрофореза димедрола

?При ХОБЛ в стадии ремиссии назначают:

!сульфидные ванны

!индуктотерапию

!УФ излучение

!+циркулярный душ

!электросон

?При остром трахеобронхите (на 3-й день) назначают:

!сульфидные ванны

!+ультразвуковую терапию

!УФ излучение

!циркулярный душ

?Возникновению ХОБЛ способствует:

!+курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов

!патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева)

!хронические заболевания верхних дыхательных путей

!наследственная предрасположенность к заболеванию легких

?Повышению концентрации теофиллина в крови способствует:

!+эритромицин

!ампициллин

!пенициллин

!цефазолин

?Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является:

!вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей

!переохлаждение

!+вирусно-бактериальная инфекция

!курение

?Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется:

!умеренно выраженным признаками интоксикации

!болями за грудиной, чувством саднения в груди

!в начале преимущественно сухим кашлем, а затем с мокротой

!+жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких

?Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется:

!отсутствием или незначительными признаками интоксикации

!умеренно выраженным признаками интоксикации

!+одышкой

!болями за грудиной, чувством саднения в груди

?Ведущим симптомом ХОБЛ, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, является:

!сильный сухой кашель

!+кашель с мокротой

!одышка

!приступообразный кашель

?Основным симптомом ХОБЛ, протекающим с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, является:

!сильный надсадный кашель

!кашель с мокротой

!+одышка

!сухой кашель

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

!бронхоспазма

!+воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта

!инфекционного процесса

!бронхиальной дискенизии и экспираторного коллапс стенки мелких бронхов

?Что не является осложнением ХОБЛ:

!кровохарканье

!+легочное кровотечение

!бронхопневмония

!дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце

?К гипертензии в малом круге кровообращения при ХОБЛ не приводит:

!спазм мелких сосудов малого круга кровообращения, обусловленный нарушением равномерности вентиляции паренхимы легкого

!облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения вследствие развития пневмосклероза

!облитерация и коллабирование сосудов малого круга кровообращения при центриацинарной эмфиземе легких и образования булл в легких

!+повышенная эластичность стенок крупных сосудов малого круга кровообращения

?У больных ХОБЛ решающую роль в возникновении тромбоэмболии легочной артерии играет:

!дыхательная недостаточность и гипоксия

!нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения

!+полицитемия и повышение свертываемости крови

!понижение севертываемости крови

?Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит):

!+благоприятный

!благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией

!благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения

!благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит

?Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии не служит:

!+нарастание тяжести бронхообструктивного синдрома

!выявление при физикальном исследовании укороченного перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легких

!увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ

!сохранение лихорадки на фоне лечения в течении более, чем 3 дней

?Возникновение ХОБЛ у людей в возрасте 30-35 лет чаще всего обусловлено:

!повторной вирусно-бактериальной инфекцией

!воздействием газов и аэрозолей

!+курением

!переохлаждением

?Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется:

!сильным сухим кашлем

!+кашлем с трудно отделяемой вязкой мокротой

!рассеянными сухими хрипами в легких

!кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем

?Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за:

!монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания

!отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей

!+отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений

!исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий

?Наиболее частым инфекционным агентом, вызывающим обострение ХОБЛ, является:

!+пневмококк

!стафиллококк

!стрептококк

!ассоциация стафилококков и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов

?Наиболее частым инфекционным агентом, вызывающим обострение ХОБЛ, является:

!+гемофильная палочка

!стафиллококк

!стрептококк

!ассоциация стафилококков и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов

?Показанием к антибактериальной терапии при ХОБЛ является обострение заболевания, сопровождающееся:

!усилением хрипов в легких

!сильным кашлем и увеличением количества выделяемой мокроты

!сильным кашлем и признаками бронхоспазма

!+признаками развития инфекционного процесса

?Клиническими признаками развития инфекционного осложнения ХОБЛ является:

!интоксикация

!гнойный характер мокроты

!физикальная и рентгенологическая симптоматика бронхопневмонии

!+усиление кашля, увеличение количества мокроты, появление бронхоспазма

?Лекарственное лечение при ХОБЛ не позволяет:

!улучшить состояние здоровья и переносимость физической нагрузки

!снизить выраженность симптомов

!уменьшить частоту и тяжесть обострения

!+предупредить снижение функции легких

?При ХОБЛ не рекомендуется:

!+длительная монотерапия ингаляционными кортикостероидами

!длительная терапия ИГКС в сочетании с длительно действующими β2агонистами

!присоединение рофлумиласта к базисной терапии ИГКС и ДДБА при тяжелом течении с частыми обострениями

!применение спиривы-респимат

?Диагноз обострения ХОБЛ устанавливается на основании:

!рентгенологических данных

!показателей жел и ФЖЕЛ

!+клинических проявлений жалоб пациента на одышку, кашель, продукцию мокроты

!соотношении ОФВ1 к ФЖЕЛ

?Лечение обострений ХОБЛ чаще всего проводится:

!в общесоматическом стационаре

!в отделениях интенсивной терапии

!+амбулаторно

!в отделении торакальной хирургии

?Антибиотиками, назначаемыми при обострении ХОБЛ, являются антибиотики:

!+1 типа

!2 типа

!3типа

!4 типа

?При решении вопроса о прекращении антибактериальной терапии лучше ориентироваться на уровень:

!СОЭ

!С – реактивного белка

!+прокальцитонина III

!эозинофилии

?Процент случаев встречаемости синдрома перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ):

!30-45% случаев

!5-10%

!+15-20%

!50-60%

?Рофлумиласт- это:

!универсальный ингибитор фосфодиэстеразы

!селективный ингибитор фосфодиэстеразы –3

!+селективный ингибитор фосфодиэстеразы – 4

!селективный ингибитор фосфодиэстеразы – 5

?К комбинированным небулайзерным бронхорасширяющим средствам относится:

!саламол Стери-Неб

!ипратропиум Стери-Неб

!+ипрамол Стери-Неб

!сальбутамол Стери-Неб

?При подборе ингаляционного бронхоспазмалитического средства больному с ХОБЛ исследуют ОФВ1 до введения препарата и после его ингаляции через:

!1 час

!5 мин

!+15 мин

!2ч.

?Критерием наличия ХОБЛ является:

!ПОС>70%

!+ОФВ1 факт/ОФВ1 должный < 70%

!ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%

!ФЖЕЛ/ЖЕЛ < 70%

?Стадию ХОБЛ определяют по показателю:

!ЖЕЛ

!+ОФВ1/ФЖЕЛ

!ОФВфакт/ОФВ1 должный

!ОФВ1долж./ОФВфакт.

?Степень тяжести бронхиальной обструкции определяет:

!ОФВ1/ЖЕЛ

!ОФВ1/ФЖЕЛ

!+ОФВфакт/ОФВ1 должный

!ОФВ1/ ОФВс

?Степень тяжести бронхиальной обструкции при ОФВфакт/ОФВ1 должный равный 60% соответствует GOLD:

!I

!+II

!III

!IV

?ХОБЛ с низким риском обострений, большим количеством симптомов, GOLD I-II, числом обострений <1, САТ>10 и mMRC ≥2 относится к категории:

!A

!+B

!C

!D

?Больных ХОБЛ категории D следует лечить:

!ингаляционными ГКС

!длительнодействующими β2агонистами

!длительнодействующими антихолинолитиками

!+комбинацией всех трех групп

?Дыхательная недостаточность по этиологии бывает:

!гемолитическая

!водно-электролитная

!+центрального генеза

!вазоконстрикторная

?Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является:

!мраморный рисунок кожи

!резкая возбудимость, беспокойство

!+умеренная одышка при физической нагрузке

!нестабильная гемодинамика

?Признаком, наиболее характерным для дыхательной недостаточности III степени, является:

!+диффузный цианоз

!тахикардия, склонность к гипотонии

!глубокое редкое дыхание

!умеренная одышка при физической нагрузке

?Самым ранним признаком острой дыхательной недостаточности является:

!диффузный цианоз

!+одышка

!набухание шейных вен

!тахикардия

?Парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (раО2) при ДН II степени соответствует:

!60-79 мм рт. ст.

!+40-59 мм рт. ст.

!<40 мм рт. ст.

!в норме

?Ведущим фактором риска в развитии ХОБЛ является:

!инфекция

!+курение

!воздействие аэрополлютантов

!мужской пол

?Для профилактики инфекционных обострений ХОБЛ применяется:

!антистафилакокковая вакцина

!+антистрептококковая вакцина

!вакцинация от гриппа

!иммуномодулятор

?Вторичная профилактика ХОБЛ направлена на:

!улучшению вентиляционной функции лёгких

!улучшение качества жизни

!повышение толерантности к физической нагрузке

!+раннее выявление и предупреждение обострений

?К мерам профилактики легочной гипертензии относится:

!+раннее выявление и лечение заболеваний, вызывающих легочную гипертензию

!уменьшение потребления углеводов

!снижение индекса массы тела

!аэробные физические нагрузки

?Прогноз выживаемости больных идиопатической легочной гипертензией без лечения:

!8 лет

!5 лет

!10 лет

!+2-3 года

?Основным принципом первичной профилактики ХОБЛ является:

!снижение индекса массы тела

!элиминация аллергена

!+отказ от курения

!занятия спортом

?Показанием для уменьшения дыхательной недостаточности у больных ХОБЛ является:

!применение иммуномодулятора

!ультрафиолетовое облучение

!применение муколитика

!+ингаляция бронхолитика

?В программу физической реабилитации при ХОБЛ входит:

!лыжная прогулка

!бальнеотерапия

!+дренажная гимнастика

!коррекция массы тела

?Больным ХОБЛ реабилитационные мероприятия наиболее эффективны при наличии одышки по шкале MRC \_\_\_\_\_\_ степени:

!3

!2

!+1

!4

?Наиболее важным параметром оценки при легочной реабилитации является:

!+спирометрический контроль в ходе реабилитации

!оценка физической возможности больного

!нутритивная поддержка

!измерение уровня состояния здоровья и влияние одышки по результатам MRC или CAT

?Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировка нижней группы мышц осуществляется упражнениями:

!+на беговой дорожке

!с легкими гантелями

!с эспандерами

!с отяжелителями на запястьях

?Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировки проводятся с частотой\_\_\_\_\_ в неделю:

!5 раз

!4 раза

!+2-3 раза

!1 раз

?Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировки проводятся длительностью \_\_\_\_\_\_ мин. В зависимости от исходных физических возможностей:

!+20-40

!5-10

!15

!45

?Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировка верхней группы мышц осуществляется упражнениями:

!на беговой дорожке

!+с легкими гантелями

!на велоэргометре

!с тяжелыми гирями

?Для физической реабилитации больных ХОБЛ не рекомендуется упражнения:

!с легкими гантелями

!на беговой дорожке

!+с подъемом тяжестей

!на велоэргометре

?К числу внешних факторов риска развития ХОБЛ относят:

!повышенную реактивность бронхов, вирусные инфекции в детском возрасте

!+профессиональные вредности

!недостаточность альфа1 –антитрипсина и другие генетические факторы

!активное или пассивное курение во время беременности

?Под влиянием ГКС увеличивается в периферической крови содержание:

!+лейкоцитов

!лимфоцитов

!эозинофилов

!эритроцитов

?«Спиолто Роспимат» это сочетание:

!сальбутамола и атровента

!+тиотропия и олодатерола

!сальметерола и флутиказона

!будесонида и сальмотерола

?Выделяют следующий фенотип бронхиальной астмы:

!+аллергический

!бронхитический

!рестриктивный

!обструктивный

?Большие преимущества при неконтролируемой бронхиальной астме имеет добавление к терапии:

!двойной дозы ингаляционного ГКС

!сальмотерола

!+тиотропия «Респимат»

!рофлумиласта

?К антихолинэргическому препарату относится:

!формотерол

!циклесонид

!сальматерол

!+тиотропия бромид

?Гликопиррония бромид это:

!β2 агонист длительного действия

!глюкокортикоид длительного действия

!+антихолинергетик длительного действия

!теофиллин длительного действия

?Ипрамол Стери-Неб это комбинация:

!фенотерола и ипратропия бромида

!+сальбутамола и ипратропия бромида

!форматерола и будесонида

!бекламетазола и форматерола

?К антилейкотриеновому препарату относится:

!рофлумиласт

!циклесонид

!сальматерол

!+зафирлукаст

?SMART терапия при БА проводится:

!серетидом

!+симбикортом

!ипрамолом

!тиатропия бромидом

?Лечение ГКС при бронхиальной астме во время беременности следует:

!прекратить

!уменьшить дозу ГКС

!увеличить дозу ГКС

!+продолжить лечение в том же режиме

?При аспириновой БА с жаропонижающей целью можно использовать:

!цитрамон

!анальгин

!кетопрофен

!+парацетамол

?Омализумаб это:

!длительного действия β2 агонист

!+антагонист иммуноглобулина Е

!антагонист иммуноглобулина А

!антихолинергический препарат

?Бронходялататором, используемый в диагностическом тестировании при БА является:

! ингаляционный ГКС

!теофиллин

!β2 агонист длительного действия

!+β2 агонист короткого действия

?К необратимому процессу при БА относится:

!бронхоспазм

!инфильтрация слизистой

!воспалительный отек

!+экспираторный коллапс мелких бронхов

?Иммунологическим механизмом атопической БА является:

!+аллергическая реакция немедленного типа

!аллергическая реакция замедленного типа

!аллергическая реакция немедленного и замедленного типа

!аутоиммунный механизм

?К ингаляционным кортикостероидам относится:

!гидрокортизон

!+беклометазон

!преднизолон

!полькортолон

?К селективным бета 2-агонистам длительного действия относится:

!флутиказон

!+сальметерол

!сальбутамол

!фенотерол

!тербуталин

?Для купирования приступа бронхиальной астмы применяется:

!ипратропиум бромид

!теопек

!интал

!+сальбутамол

?При повышенном давлении в легочной артерии у больного с БА показан:

!верапамил

!+нифедипин

!дигоксин

!интал

?При бронхиальной астме на фоне хронического бронхита показан:

!+ипратропиум бромид

!адреналин

!эфедрин

!кетотифен

? Лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения следует начинать с:

!системных глюкокортикостероидов

!+ингаляционных глюкокортикостероидов

!хромогликата натрия

!фенотерола

?Больная, страдающая БА и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом:

!сальбутамола

!+капотена

!сочетания беклометазона и сальбутамола

!недостаточной дозы беклометазона

?Какая разновидность одышки наиболее характерна при спазмах мелких бронхов?

!стридорозное дыхание

!+экспираторная одышка

!дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса

!дыхание Чейн-Стокса или дыхание Биота

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при сужении мелких бронхов?

!ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!бронхиальное дыхание

!+жесткое дыхание

!смешанное бронховезикулярное дыхание

?Какой клинический признак наиболее характерен для больных с синдромом бронхиальной обструкции?

!нарушение вдоха

!+нарушение выдоха

!одышка

!акроцианоз

?Какой бронхорасширяющий препарат действует преимущественно на бета2-адренорецепторы легких?

!адреналин

!эфедрин

!изадрин

!+сальбутамол

?Какой бронхорасширяющий препарат обладает пролонгированным действием?

!сальбутамол

!беротек

!+сальметерол

!ипратропиум бромид

?Беродуал-это:

!адреномиметик

!холинолитик

!+комбинация адреномиметика и холинолитика

!блокатор фосфодиэстеразы 4

? Обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции характерен для:

!хронического обструктивного бронхита

!+бронхиальной астмы

!обструктивной эмфиземы легких

!ТЭЛА

?Что для атопической бронхиальной астмы правильно?

!часто развивается в пожилом возрасте

!+повышен уровень IgE в крови

!понижен уровень IgE в крови

!характерен нейтрофилез в крови

?Какой препарат оказывает бронхоспастическое действие?

!+пропранолол

!гидрокортизон

!эфедрин

!сальбутамол

? Альфа1-антитрипсин может использоваться при:

!синдроме бронхиальной обструкции токсического генеза

!+эмфиземе легких

!лимфогранулематозе

!эхинококкозе легких

?С целью уменьшения легочной гипертензии у больного, страдающего инфекционно-зависимой бронхиальной астмой, можно использовать:

!бисопролол

!+нифедипин

!пропранолол

!фуросемид

?Что верно для астмы физического усилия?

!возникает во время физической нагрузки

!+возникает после нагрузки

!развивается при вдыхании влажного воздуха

!в режиме больного следует ограничить физическую нагрузку

?Какой препарат может ухудшить состояние больного с аспириновой формой бронхиальной астмы?

!беродуал

!теофиллин

!+теофедрин

!интал

?Какой антиангинальный препарат следует назначить больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью?

!пропранолол

!метопролол

!+нифедипин

!тринитролонг

?Какой препарат является основным противовоспалительным средством для лечения больных бронхиальной астмой?

!антибиотики

!+глюкокортикоиды

!муколитики

!теофиллин

?Жизненная емкость легких (ЖЕЛ)-это:

!максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе

!максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе

!+максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

! объем воздуха, который попадает в легкие при обычном вдохе

?Побочным действием при пользовании ингаляционных глюкокортикоидов в обычных дозах является

!+кандидоз ротоглотки

!язва желудочно-кишечного тракта

!стероидный диабет

!инфекция носоглотки

?Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы?

!влажные хрипы

!сухие хрипы на вдохе

!+сухие хрипы на выдохе

!жесткое дыхание

?Преобладающим механизмом нарушения воздушного потока при бронхиальной астме является:

!гиперсекреция мокроты

!трахео-бронхиальная дискинезия бронхов

!экспираторный коллапс мелких бронхов

!+бронхоспазм

?Бронхиальная астма сопровождается:

!+нарушением равновесия α и β адренергических систем

!блокадой адренергической системы

!гипотонией холинергической системы

!высокой активностью β-адренергической системы

?Наиболее оптимальным методом введения бронхолитических средств при бронхиальной астме является:

!пероральный

!+ингаляционный

!внутримышечный

!внутривенный

?Серетид является комбинацией следующих препаратов:

!салметерола c бекламетазоном

!+салметерола с флутиказоном

!формотерола с флутиказоном

!формотерола с бекламетазоном

?Сальбутамол расширяет бронхи путем:

!снижения тонуса блуждающего нерва

!блокирования α-адренорецепторов бронхов

!+селективного возбуждения β2-адренорецепторов

!блокирования гистамина

?Какой β2-агонист обладает самым пролонгированным действием?

!сальбутамол

!фенотерол

!формотерол

!+индакатерол

?SMART- терапия бронхиальной астмы проводится:

!серетидом

!+симбикортом

!релвар эллиптой

!спиолто респиматом

?Спиолто респимат-это сочетание:

!сальметерола и флутиказона

!гликопиррония бромида и формотерола

!+тиотропия бромида и олодатерола

!тиотропия бромида и индакатерола

?К обратимым компонентам бронхиальной обструкции относится:

!спазм бронхов

!воспалительный отек слизистой оболочки бронхов

!нарушение функции мукоциллиарного аппарата бронхов

!+стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс

?Бронхолитиком, обладающим наибольшей продолжительностью действия является:

!эуспиран

!астмопент

!беротек

!+сальмотерол

?Бронхоспазм может усилить:

!трава термопсиса

!бромгексин

!+ацетилцистеин

!мукалтин

?Бронхолитическое действие атровента реализуется преимущественно на уровне:

!+крупных и средних бронхов

!мелких бронхов

!бронхиол

!трахеи

?При бронхиальной обструкции, ведущим механизмом которой является отек слизистой оболочки бронхов, препаратом выбора является:

!+эфедрин

!беротек

!сальбутамол

!атровент

?При бронхиальной астме с легким течением в период ремиссии назначают:

!сульфидные ванны

!подводный душ-массаж

!+электрофорез кальция

!УВЧ- терапию

?После ингаляции бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора следует:

!резко выдохнуть

!медленно выдохнуть

!+задержать дыхание на 10 сек.

!не менять обычное дыхание

?Для окончательной оценки эффективности действия сингуляра необходим срок:

!1 неделя

!+2-4 недели

!1,5-2 месяца

!1-2 дня

?К длительно действующим глюкокортикостероидам относится:

!+циклосенид

!дексометазон

!триамцинолон

!бетаметазон

?Укажите глюкокортикостероидный препарат, обладающий наибольшим катаболическим эффектом:

!преднизолон

!+триамцинолон

!дексометазон

!метилпреднизолон (урбазон, метипред)

?При ингаляционном введении бронхоспазмалитических средств баллончик ингалятор должен располагаться:

!непосредственно у открытого рта больного

!+на расстоянии 3-4см. от рта больного

!на расстоянии 10-12см. от рта больного

!на расстоянии 25см. от рта больного

?В момент распыления бронхоспазмалитического средства из баллончика ингалятора больной должен:

!сделать резкий вдох

!+сделать медленный вдох (не более 0,5-1 л в с)

!задержать дыхание

!сделать резкий выдох

?При бронхиальной астме (инфекционно-аллергическая форма) средней тяжести в период ремиссии назначают:

!сульфидные ванны

!амплипульстерапию

!+ультразвуковую терапию

!циркулярный душ

?При бронхиальной астме (инфекционно-аллергическая форма) средней тяжести в период обострения назначают:

!+УВЧ – терапию

!диадинамотерапию

!дарсонвализацию

!радоновые ванны

!индуктотермию

?При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы в период обострения не назначают:

!массаж точечный

!массаж грудной клетки (классический)

!дренирующие упражнения

!+тренировки на велоэргометре, углубляющие вдох

?Бронхиальной астме сопутствует:

!гиперчувствительность β-адренергической системы

!блокада α- адренергической системы

!гипотония холинергической системы

!+нарушение равновесия α- и β- адренергических систем

?Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

!+бронхоспазмом

!трахео-бронхиальной дискинезией

!закрытием просвета бронхов

!спадением мелких бронхов на выдохе

?Более тяжело протекают следующие формы бронхиальной астмы:

!атопическая астма и астма физического усилия

!+инфекционно-зависимая астма и аспириновая астма

!аспириновая астма и астма физического усилия

!астма физического усилия и инфекционно-зависимая астма

?Наиболее удачным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмалитических средств, позволяющих подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

!парентеральный

!пероральный

!+ингаляционный

!сублингвальный

?Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме, являются:

!β2- агонисты

!метилксантины

!холинолитические средства

!+пероральные глюкокортикоидные гормоны

!мембраностабилизирующие препарты

?Теофедрин противопоказан при следующей форме бронхиальной астмы:

!атопический

!инфекционно-зависимый

!+аспириновый

!физического усилия

?Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы – это:

!острое вздутие легких

!генерализированный отек слизистой оболочки бронхов

!генерализированный бронхоспазм

!+генерализированная закупорка просвета мелких бронхов вязким секретом

?Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, вызывает наименьшее число побочных реакций:

!атропин

!ипратропиум бромид

!тиотропия бромид

!+гликопироний бромид

?К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

!теофиллин

!теофедрин

!+теопэк, теодур, ретафил, дурофиллин

!эуфиллин

?Серетид является комбинацией:

!будесонида с флутиказоном

!флутиказона с формотеролом

!формотерола с сальметеролом

!+сальметерола с флутиказоном

?Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем:

!блокирования α-рецепторов бронхиального дерева

!+селективного возбуждения β2 – адренорецепторов бронхов

!непосредственно влияния на гладкую мускулатуру бронхов

!снижения тонуса блуждающего нерва

?Наиболее достоверным признаком, отличающим I стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:

!+рефрактерность к β2- агонистам

!тяжесть экспираторного удушья

!выраженный цианоз

!неэффективность внутривенного вливания эуфиллина

?Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход тяжелого обострения астмы в жизнеугрожающее является:

!прогрессирование одышки

!нарастание цианоза

!+«немое легкое»

!повышение артериального давления

?Наиболее достоверным признаком, указывающим на переход умеренно тяжелого обострения астмы в тяжелое, является:

!прогрессирование одышки

!нарастание цианоза

!+невозможность произнести фразу на одном выдохе

!тахикардия с нарушением ритма сердечных сокращений

?Симбикорт является комбинацией:

!+будесонида с формотеролом

!флутиказона с формотеролом

!формотерола с сальметеролом

!сальметерола с флутиказоном

?К бронхорасширяющим препаратам группы b2-агонистов самого пролонгированного действия относят:

!+индакатерол

!фенотерол

!сальбутамол

!формотерол

?Фостер является комбинацией:

!будесонида с формотеролом

!флутиказона с формотеролом

!+бекламетазона с формотеролом

!сальметерола с флутиказоном

?SMART терапия бронхиальной астмы проводится:

!серетидом

!спиолто

!+симбикортом

!релвар-Эллипта

?При бронхиальной астме не рекомедуется:

!+монотерапия длительно действующими β2агонистами

!терапия антихолинергическими препаратами в сочетании с длительно действующими β2агонистами

!терапия иГКС с ДДБА

?Спиолто – это сочетание:

!формотерола и будесонида

!формотерола, сальметерола и флютиказона

!+тиатропия бромида и олодатерола

!тиотропия бромида и индокатерола

?Комбинированный препарат беродуал содержит:

!пульмикорт и атровент

!фенотерол и кромогликат натрия

!изопреналин и будесонид

!+фенотерол и ипратропиум бромид

?Селективным бета2-адреномиметиком является:

!адреналин

!преднизолон

!эуфиллин

!+бертек

?Показанием к госпитализации больных с приступами БА является:

!среднетяжелый приступ БА

!+отсутствие эффекта от бронхолитической терапии в течение 1-2ч.

!легкий приступ БА

!всех больных с гормонозависимой формой БА

?Ухудшение бронхиальной проходимости при астматическом состоянии возможно от:

!введения атропина

!введения гормонов

!+повторного назначения симпатомиметиков

!оксигенотерапии

?Препаратами выбора при астматическом состоянии являются:

!атропин

!бета-блокаторы

!+кортикостероиды

!бета-стимуляторы

?Важнейшим отличительным признаком астмы близкой к фатальной от жизнеугрожающей астмы является:

!тахикардия

!появление цианоза

! «немое легкое»

!+потребность в проведении механической вентиляции легких

?Специфическая иммунопрофилактика бронхиальной астмы проводится для:

! повышения толерантности к физической нагрузке

!+ предупреждения обострения

! улучшения качества жизни

! улучшения легочной вентиляции

?Первичная профилактика бронхиальной астмы проводится у:

!лиц страдающих силикозом

!лиц с кашлевым вариантом болезни

!больных хроническим бронхитом

!+лиц с отягощённой наследственностью

?К мерам первичной профилактики бронхиальной астмы относится:

!дыхательная гимнастика

!аллергенспецифическая иммунотерапия

!отказ от курения

!+элиминация аллергена

? Кормление грудью является средством профилактики:

! тяжёлого течения астмы

!+ развития астмы у детей

! ухудшения функции лёгких

! астматического статуса

?Поллютанты являются:

!факторами риска бронхиальной гиперреактивности

!факторами риска обострения бронхиальной астмы

!+триггерами обострения бронхиальной астмы

!факторами риска снижения диффузионной способности лёгких

?Для специфической иммунопрофилактики обострений бронхиальной астмы применяют:

!вакцины

!+аллергены

!сыворотки

!антитела

?Противопоказанием к проведению аллергенспецифической иммунопрофилактики является:

!снижение индекса массы тела

!+обострение болезни

!гипертермия

!анемия

?Диспансерное наблюдение за больными бронхиальной астмой осуществляется:

!2-3 раза в год

!1-2 раза в год

!+3-4 раза в год

!1 раз в год

?Первичная профилактика бронхиальной астмы включает:

!дозированные физические нагрузки

!снижение индекса массы тела

!диету

!+элиминацию аллергена

?Для вторичной профилактики бронхиальной астмы используют:

!ингаляцию гормонов через небулайзер

!+аллергенспецифическую иммунотерапию

!физическую тренировку

!очиститель воздуха

?Какой этап является основным при реабилитации больных бронхиальной астмой?

!+диспансерно-поликлинический

!стационарный

!санаторно-курортный

!профилактический

?Что является объективным показателем самоконтроля в реабилитации больных бронхиальной астмой?

!суточная доза бронхолитиков

!+показатель пикфлоуметрии

!суточная доза ингаляционных глюкокортикостероидов

!объем мокроты за сутки

?Поллютанты являются:

!факторами риска бронхиальной гиперреактивности

!факторами риска обострения бронхиальной астмы

!+триггерами обострения бронхиальной астмы

!факторами риска снижения диффузионной способности лёгких

?Для специфической иммунопрофилактики обострений бронхиальной астмы применяют:

!вакцины

!+аллергены

!сыворотки

!антитела

?Противопоказанием к проведению аллергенспецифической иммунопрофилактики является:

!снижение индекса массы тела

!+обострение болезни

!гипертермия

!анемия

?Диспансерное наблюдение за больными бронхиальной астмой осуществляется:

!2-3 раза в год

!1-2 раза в год

!+3-4 раза в год

!1 раз в год

?Первичная профилактика бронхиальной астмы включает:

!дозированные физические нагрузки

!снижение индекса массы тела

!диету

!+элиминацию аллергена

?Для вторичной профилактики бронхиальной астмы используют:

!ингаляцию гормонов через небулайзер

!+аллергенспецифическую иммунотерапию

!физическую тренировку

!очиститель воздуха

?Назначение тиотропия бромида при бронхиальной астме является:

! методом выбора на первом этапе

!альтернативой короткодействующим β2-агонистам

!+дополнением к фиксированой комбинации ДоБА/иГКС при сохраняющихся симптомах

!дополнением к терапии антибиотиками

?При достижении полного контроля над бронхиальной астмой базисную терапию необходимо:

!немедленно отменить

!продолжить лечение базисными препаратами еще 1 месяц

!заменить базисные препараты беродуалом

!+продолжить базисную терапию еще 3 месяца с последующим уменьшением дозы или кратности приема

?Обострение бронхиальной астмы делится на:

!2 стадии (степени тяжести)

!3 стадии (степени тяжести)

!+4 стадии (степени тяжести)

!5 стадии (степени тяжести)

?Первый шаг в лечении бронхиальной астмы предусматривает назначение:

!системных ГКС

!отхаркивающих препаратов

!антибиотиков

!+бета 2-агонистов короткого действия

?К антагонистам лейкотриеновых рецепторов не относится:

!+омолизумаб

!сингуляр

!зафирлукаст

!монтелукаст

?Контролируемой считается приступ бронхиальной астмы при числе дневных симптомов в неделю:

!<1

!>1

!<2

!+Не >2

?Спирографическим критерием наличия выраженных симптомов является:

!ОФВ1 факт/ОФВ1 долж >80%

!ОФВ1 факт/ОФВ1 долж <80%

!+ОФВ1 факт/ОФВ1 долж <50%

!ОФВ1 факт/ОФВ1 долж >50%

?При обострении бронхиальной астмы предпочтительно:

!не назначать стероидные препараты

!+назначать перорально (преднизолон) во всех случаях обострения

!назначать только иГКС

!назначать только внутривенные ГКС

?При ступенчатой терапии бронхиальной астмы на 2 ступени предусмотрено назначение:

!иГКС в средней и высокой дозе

!системных ГКС

!+иГКС в низкой дозе

!добавить тиотропия бромид

?Для SMART терапии БА можно использовать:

!индакатерол

!серетид

!спиолто

!+фостер

!беродуал

?В качестве дополнительной терапии назначение тиотропия бромида одобрено на:

!1 и 2 ступенях

!2-3 ступенях

!4 ступени

!+4-5 ступени

?Альтернативой иГКС при лечении бронхиальной астмы на 2 ступени является:

!ДДБА

!ДААХ

!+антагонисты лейкотриеновых рецепторов

!тиотропия бромид

?Низкими суточными дозами будесонида для базисной терапии бронхиальной астмы у взрослых считаются:

!100-200 мкг

!+200-400 мкг

!300-500 мкг

!400-500 мкг

?При достижении контроля над бронхиальной астмой возможно снижение дозы иГКС каждые 3 месяца примерно на:

!10-15%

!15-20%

!20-30%

!+25-50%

!50-80%

?Назначение анти YgE (омализумаб) рекомендуется при:

!астме физического усилия

!сочетании бронхиальной астмы и ХОБЛ

!+тяжелой аллергической бронхиальной астмы, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4-5

!астме у больных с ожирением

?Какая разновидность одышки наиболее характерна при экссудативном плеврите или гидротораксе?

!стридорозное дыхание

!экспираторная одышка

!дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса

!дыхание Чейн-Стокса или дыхание Биота

!+инспираторная одышка

?Какой перкуторный звук появляется при сухом плеврите?

!абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

!+ясный легочный звук

!тимпанический звук

!притупление с тимпаническим оттенком

?Чем обусловлено появление шума трения плевры?

!наличие в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или транссудата

!+воспаление листков плевры ("сухой" плеврит)

!альвеолы полностью заполнены экссудатом или транссудатом

!вязкая мокрота в крупных бронхах

? Геморрагический плеврит чаще всего обнаруживают при:

!туберкулезе

!бронхите

!+травме грудной клетки

!пневмонии

?Эозинофильные выпоты чаще всего обнаруживают при:

!пневмонии

!ТЭЛА

!+глистной инвазии

!травме грудной клетки

?Наиболее характерен лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате при:

!+туберкулезе

!опухоли

!ревматоидном артрите

!лимфолейкозе

?Повышение уровня амилазы в плевральной жидкости наблюдается при:

!+панкреатите

!туберкулезе

!пневмонии

!ревматоидном артрите

?Установить этиологию плеврита чаще всего помогает:

!+исследование плеврального экссудата

!изучение гематологических показателей

!исследование мокроты

!клиническая симптоматика

?Сухой плеврит не сопровождается симптомами:

!болей в груди

!сухого кашля

!потливости

!+акроцианоза

?Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее:

!50 мл

!100 мл

!+200 мл

!500 мл.

?Геморрагический плевральный экссудат наиболее редко наблюдается при:

!раке легкого

!+туберкулезе легкого

!тромбоэмболии легочной артерии

!мезотелиоме плевры

?Очень быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости

является типичным признаком:

!хронической недостаточности кровообращения

!+рак легкого

!пневмонии

!системной красной волчанки

?На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика:

!проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами

!госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности

!+немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение

!амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость

?Какое состояние предрасполагают к развитию абсцесса легкого?

!СПИД

!наркомания

!+инородное тело бронха

!нейтропения при гемобластозах

?Какой антибиотик следует назначить 40-летнему больному абсцессом легких при неэффективности оксациллина?

!пенициллин

!+гентамицин

!ампициллин

!амоксициллин

?Какие микроорганизмы вызывают развитие абсцесса легкого?

!пневмококк

!+золотистый стафилококк

!микоплазма

!палочка Пфейффера

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при наличии гладкостенной полости, соединяющейся с бронхом (диаметром более 5 см)?

!ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!+амфорическое дыхание

!бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Острый абсцесс легкого отличается от пневмонии, протекающей с абсцедированием:

!более тяжелым клиническим течением

!количеством и характером отделяемой мокроты

!+характерной этапностью течения заболевания и преобладанием при формировании гнойника в легком некробиотических реакций над воспалительными

!отсутствием признаков интоксикации

?Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем - повышение температуры до 39°С. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз:

!бронхоэктатическая болезнь

!+острый абсцесс легкого

!плеврит

!обострение хронического бронхита

?У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась. Диагноз:

!хроническая неспецифическая пневмония

!+абсцесс легкого

!туберкулез легких

!эмпиема плевры

?У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз:

!бронхолегочная секвестрация

!тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии

!напряженный спонтанный пневмоторакс

!+пиопневмоторакс

?У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения:

!лечебная бронхоскопия

!+дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия

!торакотомия и санация плевральной полости

!резекция доли, несущей полость абсцесса

?Лечебной тактикой больному с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх, является:

!оперативное лечение – пневмотомия

!пункция плевральной полости

!оперативное лечение – торакопластика

!+консервативный метод лечения, антибиотики, детоксикация

?Укажите наиболее частое осложнение острого абсцесса легкого:

!+эмпиема плевры

!флегмона грудной клетки

!амилоидоз

!абсцесс головного мозга

?У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Предпочтительным методом лечения является:

!пункция и дренирование плевральной полости

!торакотомия с тампонадой полости абсцесса

!торакотомия с лобэктомией

!+пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками и антибиотиками

?Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1-2 сегмента:

!дренирование полости абсцесса

!пульмонэктомия

!иссечение полости абсцесса

!+лобэктомия

?У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз:

!кавернозный туберкулез

!паразитарная киста легкого

!бронхоэктатическая болезнь

!+хронический абсцесс легкого

?При рентгеноскопии легких у больного 55 лет выявлена инфильтрация средней и нижней долей правого легкого, на фоне которой отмечены множественные участки разрежения ткани с горизонтальными уровнями и тенями секвестров. Укажите заболевание, которому соответствует данная картина:

!эмпиема плевры

!бронхопневмония

!абсцесс легкого

!+гангрена легкого

?У больного 46 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры.

Ваше лечение больному:

!бронхоскопия с катетеризацией бронхов

!пункция плевральной полости

!+торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого

!торакотомия, санация полости плевры

?При лечении абсцедирующей пневмониии не используются:

!санационные бронхоскопии

!отхаркивающие средства

!интрабронхиальное введение протеолитических ферментов

!+противовоспалительные дозы рентгенотерапии

?Осложнением острого абсцесса легкого не может быть:

!прорыв абсцесса в плевральную полость

!аспирация гноя в здоровое легкое

!сепсис

!+образование сухой полости в легком

?При гангрене, поражающей одну из долей легкого, рекомендуется:

!ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп

!введение антибиотиков в легочную артерию

!+лобэктомия

!интенсивная терапия с зндобронхиальным введением антибиотиков

?При развитии пиопневмоторакса при абсцессе легкого в первую очередь показано:

!эндобронхиальное введение протеолитических ферментов

!+дренирование плевральной полости

!рентгенотерапия

!введение цитостатиков

?Эмпиема плевры считается хронической:

!со второй недели

!с четвертой недели

!с шести недель

!+с восьми недель

?При гангрене средней доли легкого показана:

!консервативная операция

!торакопластика

!+лобэктомия

!пульмонэктомия

?Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни?

!артралгии

!+кашель с гнойной мокротой

!сухой кашель

!кровохарканье

?Бронхоэктазы развиваются вследствие:

!пневмонии

!туберкулеза легких

!+нарушения проходимости бронхиального дерева

!курения

?Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу "барабанных палочек", коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза предпочтительно:

!бронхоскопия

!спирометрия

!+бронхография

!томография

?Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:

!дыхательной гимнастики

!внутримышечной антибиотикотерапии канамицином

!+лечебной бронхоскопии

!ингаляции с тетрациклином

?У больной 55 лет в нижней доле правого легкого - выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику:

!+удаление нижней доли

!пульмонэктомия

!лечебный пневмоторакс

!отказаться от операции

?Больной 44 лет в течение года отмечает постоянный кашель. Весной и осенью находился на стационарном лечении по поводу воспаления легких. Объективно: гнойная мокрота до полулитра в сутки. В правой нижней доле легкого - влажные, незвучные, крупно- и среднепузырчатые хрипы. Легкий цианоз губ, пальцы в виде «барабанных палочек». Укажите предварительный диагноз:

!перибронхиальный рак

!+бронхоэктатическая болезнь

!туберкулезная пневмония

!хронический абсцесс легкого

?Для выявления бронхоэктазов ведущее значение имеет:

!томография

!+бронхография

!бронхоскопия

!ультразвуковое исследование

?Заболеванием, которое может осложниться легочным кровотечением, является:

!внебольничная пневмония

!+бронхоэктатическая болезнь

!бронхиальная астма

!поликистоз легких

?Неотложная помощь при остром легочном кровотечении:

!+избегать резких движений, запретить больному говорить, дицинон

!дыхательные аналептики, интубация трахеи и ИВЛ

!холод на грудную клетку, сердечные гликозиды

!экстренная госпитализация реанимационное отделение

?При легочном кровотечении для снижения давления в малом круге кровообращения на догоспитальном этапе используют:

!+эуфиллин

!преднизалон

!атропин

!коргликон

?Правильное положение больного с легочным кровотечением при транспортировке:

!горизотальное

!+сидячее

!на боку

!с приподнятыми нижними конечностями

?Саркоидоз относится к:

!специфическим заболеваниям лёгких

!онкологическим болезням

!+патологии иммунной системы и системы крови

!паразитарным заболеваниям

?Поражение внутригрудных лимфатических узлов и легких на рентгенограмме органов грудной клетки соответствует:

!+II стадии саркоидоза

!I стадии саркоидоза

!III стадии саркоидоза

!IV стадии саркоидоза

?Гистологическим признаком саркоидоза является наличие:

!нейтрофильной инфильтрации

!участков казеозного некроза

!+неказеифицирующейся эпителиоидноклеточной гранулемы

!атипичных малодифференцированных клеток

?Синдром Лефгрена включает в себя:

!+узловатую эритему, лихорадку, суставной синдром и увеличение внутригрудных лимфатических узлов

!лихорадку, увеличение околоушных слюнных желез, увеит

!паралич белла, ознобленную волчанку и снижение ЖЕЛ

!иридоциклит, лихорадку и гиперкальциемию

?Среди перечисленных симптомов наиболее часто при саркоидозе встречаются:

!частые позывы к мочеиспусканию

!+слабость и утомляемость без видимых причин

!головокружение, гипотония, подташнивание

!высокое артериальное давление, головные боли

?Внезапная смерть при саркоидозе чаще всего бывает вызвана поражением:

!+сердечно-сосудистой системы

!лицевого нерва

!легких и внутригрудных лимфатических узлов

!кожи и подкожной клетчатки

?Параметрами функционального состояния легких, наиболее информативными при динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом, являются:

!средняя скорость середины выдоха (СОС25-75) и максимальная вентиляция легких (МВЛ).

!+жизненная емкость легких (ЖЕЛ, ФЖЕЛ) и диффузионная способность легких (DLco).

!сатурация крови (Sa02) и уровень NO в выдыхаемом воздухе.

!индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) и пиковая объѐмная скорость выдоха (ПОС).

?Лабораторными исследованиями периферической крови и сыворотки крови, информативными при оценке активности саркоидоза, являются:

!эозинофилы, базофилы, уровень щелочной фосфатазы

!эритроциты, гемоглобин, гамма-глутамил-трансфераза

!базофилы, калий, натрий, медь

!+кальций, ангиотензин-превращающий фермент

?Наиболее характерным пораженим глаз при саркоидозе является:

!некорригируемый астигматизм

!+задний и передний увеит

!прогрессирующая катаракта

!открытоугольная глаукома

?Наиболее характерным поражением опорно-двигательного аппарата при саркоидозе является:

!+кистозные и литические поражения малых костей рук и ног

!анкилозирующие процессы в локтевых суставах

!поражения крупных трубчатых костей

!деструкция костей черепа

?Наиболее информативным методом при выявлении саркоидоза сердца является:

!ЭКГ и тонометрия

!+МРТ, ПЭТ и радиоизотопные исследования

!определение тропонинов и фонокардиография

!РКТ, УЗИ и мониторинг артериального давления

?Больному с бессимптомной первой стадией саркоидоза:

!рекомендована госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом

!рекомендована альтернативная терапия цитостатиками

!показаны эфферентные методы терапии

!+показано наблюдение без лечения

?Препаратами первой линии в терапии больных с прогрессирующим течением саркоидоза являются:

!+оральные системные глюкокортикостероиды

!респираторные фторхинолоны

!хлорохин и бифосфонаты

!витамин Е и тиосульфат натрия

?Лечение преднизолоном или его аналогами при саркоидозе следует проводить:

!+в течении 9-12 месяцев

!не более 3-4 месяцев или по достижению первого эффекта

!по 2-4 недели с перерывами по 3-4 недели

!не менее трѐх месяцев под прикрытием двух противотуберкулѐзных препаратов

?Доказанным этиологическим фактором развития идиопатического легочного фиброза является:

!аллергические процессы

!токсины

!аутоиммунный фактор

!+этиология не установлена

?Наиболее характерным аускультативным признаком при идиопатическом легочном фиброзе является:

!сухие рассеянные хрипы

!шум трения плевры

!+крепитация на высоте вдоха, напоминающая треск целлофана

!влажные мелкопузырчатые хрипы

?Наиболее значимым диагностическим критерием при идиопатическом легочном фиброзе является:

!длительный субфебрилитет

!+прогрессирующая одышка

!кровохарканье

!длительность заболевания

?Какие рентгенологические данные характерны для идиопатического легочного фиброза:

!утолщение междолевой плевры

!деформация купола диафрагмы с ограничением ее подвижности

!инфильтрация различного размера с неоднородной внутренней структурой, размытым наружным контуром

!+округлые кистозные просветления, «сотовое легкое»

!усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах лёгких

?К большим диагностическим критериям идиопатического легочного фиброза не относят (АTS/ERS, 2000):

!исключение других интерстициальных заболеваний легких, вызванных известными причинами

!изменение функции внешнего дыхания, включающее рестриктивные изменения и нарушения газообмена

!+инспираторная крепитация в базальных отделах лёгких

!двусторонние ретикулярные изменения в базальных отделах легких с минимальными изменениями по типу «матового стекла»

?«Золотым» стандартом диагностики идиопатического легочного фиброза является:

!рентгенография

!спирография

!сцинтиграфия легких

!+исследование биоптата лёгких

?Терапия идиопатического легочного фиброза проводится:

!нестероидными противовоспалительными препаратами

!антибактериальными препаратами

!+глюкокортикостероидами

!протигрибковыми средствами

?К антифиброзным препаратам, применяемым в лечении идиопатического легочного фиброза относится:

!+нинтеданиб

!аллопростенол

!вазопростан

!целебрекс

?Наиболее эффективным методом терапии идиопатического легочного фиброза является:

!применение цитостатиков

!применение антиоксидантов

!применение ингибиторов фактора некроза опухоли

!+трансплантация лёгких

?Профилактикой профессиональных интерстициальных заболеваний лёгких является:

!ЛФК

!соблюдение режима труда и отдыха

!+использование противопылевых респираторов

!соблюдение гипоаллергенной диеты

?Прогноз выживаемости больных идиопатическим фиброзирующим альвеолитом составляет:

!+2,9 лет

!5 лет

!10 лет

!20 лет

?Наиболее характерными изменениями грудной клетки при закрытом пневмотораксе являются:

!уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании

!+отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков

!только отставание в дыхании половины грудной клетки

!гиперстеническая грудная клетка

?Наиболее характерными изменениями грудной клетки при обтурационном ателектазе являются:

!+уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании

!отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков

!только отставание в дыхании половины грудной клетки

!гиперстеническая грудная клетка

?Какая разновидность одышки наиболее характерна при наличии препятствий в верхних дыхательных путях?

!+стридорозное дыхание

!экспираторная одышка

!дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса

!инспираторная одышка

?Какой перкуторный звук появляется при гидротораксе?

!+абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук

!ясный легочный звук

!тимпанический звук

!притупление с тимпаническим оттенком

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при закрытом пневмотораксе?

?+ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!амфорическое дыхание

!бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при обтурационном ателектазе?

!+ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!амфорическое дыхание

!бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при гидротораксе:

!+ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

!амфорическое дыхание

!бронхиальное дыхание

!жесткое дыхание

?Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

!трахеостомии

!+пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости

!блокады межреберных нервов

!обездвижения грудной клетки

?Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V-VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации - ослабление дыхания справа. При перкуссии - тимпанит. Состояние больного - относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз:

!перелом V-VII ребер справа

!контузия правого легкого

!+перелом V-VII ребер справа, травматический пневмоторакс

!гематома грудной стенки в области V-VII ребер

?Для напряженного пневмоторакса не характерно:

!сдавление пораженного легкого

!уменьшение венозного притока к сердцу

!+смещение средостения в пораженную сторону

!повышение давления на пораженной стороне

?Смещение сердца и средостения в сторону здорового легкого наблюдается при:

!ателектазе легких

!+клапанном пневмотораксе

!закрытом пневмотораксе

!экссудативном плеврите

?Укажите последовательность неотложной помощи при напряженном пневмотораксе на догоспитальном этапе:

!окклюзионая повязка, обезболивание, госпитализация

!обезболивание, симптоматическое лечение, госпитализация

!+обезболивание, плевральная пункция, госпитализация

!обезболивание, иммобилизация, госпитализация

? Кровохарканье наблюдается при:

!бронхиальной астме

!бронхоэктатической болезни

!+раке легкого

!эмфиземе легких

?При легочном кровотечении откашливаемая кровь:

!+появляется при покашливании

!темная

!алого цвета, пенистая

!имеет кислую реакцию

?В зависимости от объема суточной кровопотери выделяют легоч­ное кровотечение:

!+небольшое

!умеренное

!значительное

!массивное

?Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Болеет в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз:

!+доброкачественная опухоль (аденома)

!рак

!бронхостеноз

!дивертикул бронха

?При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно устранилась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Ваш диагноз:

!бронхоэктатическая болезнь

!бронхогенный рак

!+бронхогенная киста

!хронический медиастинит

?У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Для верификации диагноза необходимо:

!+чрескожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ

!бронхография

!бронхоскопия с биопсией

!динамическое наблюдение с контролем через два месяца

?Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель. Отмечает похудание, появилась одышка. При осмотре - состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты. Пульс - 120 уд./мин, АД - 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2-2,5 см. Ваш предварительный диагноз:

!хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены

!+рак легкого с метастазами

!хроническая пневмония

!туберкулез легких

?Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является:

!рентгенологическое исследование легких

!томография легких

!компьютерная томография

!+бронхоскопия и биопсия

?Ранним признаком центрального рака легкого при рентгенологическом исследовании яляется:

!признаки гиповентиляции сегментов или долей

!+наличие инфильтративных тканей в области корня легкого

!локальная эмфизема сегментов или долей легкого

!деформация бифуркации трахеи

?Боль в плече, атрофия мышц руки и синдром Горнера (объединяемые в синдром Пенкоста) характерны для:

!центрального рака нижней доли легкого

!центрального рака средней доли легкого

!+периферического рака верхней доли легкого

!периферического рака средней доли легкого

?У больного 35 лет с центральным раком легкого определяются осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. При спирографии - дыхательная функция компенсирована. Ваши рекомендации:

!+симптоматическое лечение

!лобэктомия

!пульмонэктомия

!пульмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи

!рентгенотерапия

?Основными ранними симптомами центрального эндобронхиального рака легких являются:

!раковый пневмонит

!рецидивирующий пневмоторакс

!ателектаз участка легкого

!одышка и боли при дыхании

!+надсадный кашель и кровохарканье

?При выявлении круглой тени на рентгенограмме легких не показана:

!томография

!динамическое наблюдение

!проба Пирке и Манту

!фибробронхоскопия с биопсией

!+пневмомедиастинография

?Основным рентгенологическим признаком центрального рака легкого является:

!наличие округлой тени в легком

!наличие "дорожки" к корню легкого

!+ателектаз

!высокое стояние диафрагмы

?Рак Пэнкоста - это:

!центральный рак средней доли

!периферический рак нижней доли

!центральный рак верхней доли

!+периферический рак верхушки легкого

?Основным методом лечения рака легкого является:

!химиотерапия

!гормонотерапия

!+хирургический

!санационная бронхоскопия

?Исследование мокроты на атипичные клетки целесообразно проводить:

!один раз в сутки

!еженедельно

!+пять-шесть дней подряд

!два раза в сутки

?Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является:

!сегментарный ателектаз

!бугристый узел с "дорожкой" к корню легкого

!узурация ребер

!+тонкостенная многокамерная полость

?При раке главного бронха показана:

!+пульмонэктомия

!ссгментэктомия

!лучевая терапия без операции

?При раке легкого Т3 N0 М0 у больного 45 лет показано:

!лечение цитостатиками

!комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение

!лучевая терапия

!+хирургическое лечение

?Приоритетным направлением первичной профилактики рака легкого является:

!+отказ от курения

!курение сигарет с низким содержанием смол

!использование респиратора

!устранение контакта с канцерогенными веществами

?Принципом подбора препарата при ГБ является:

!учет стадии ГБ и степени повышения АД

!ступенчатый подбор назначения монотерапии во всех случаях ГБ

!острые лекарственные пробы

!+учет клинических ситуаций в пользу применения препарата, относительные и абсолютные противопоказания

?У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:

!дилтиазема

!+атенолола

!эналаприла малеата

!моксонидина

?К антагонисту кальция относится:

!+амлодипин

!гипотиазид

!небиволол

!моксонидин

?К гипотензивному средству центрального действия относится:

!+моксонидин

!дилтиазем

!амлодипин

!индапамид

?Для лечения АГ не используют \_\_\_\_\_\_\_ диуретик:

!тиазидный

!петлевой

!калийсберегающий

!+осмотический

?Ингибиторы АПФ блокируют:

!рецепторы ангиотензина II

!+превращение ангиотензина I в ангиотензин II

!превращение ангиотензина II в ангиотензин I

!выработку ренина

?Специфическим побочным действием ингибиторов АПФ является:

!покраснение лица

!сердцебиение

!+сухой кашель

!кожная сыпь

?К α-адреноблокатору относится:

!небиволол

!амлодипин

!+празозин

!верапамил

?К препарату первой линии при лечении АГ относится:

!+тельмисартан

!доксазозин

!алискирен

!моксонидин

?При изолированной систолической АГ показан:

!бета-адреноблокатор

!альфа-адреноблокатор

!+антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

!ингибиторы АПФ

?К метаболически нейтральному препарату относится:

!+азилсартана медоксомил

!бисопролол

!гипотиазид

!допегит

?Препаратом выбора при АГ у беременных является:

!атенолол

!периндоприл

!гипотиазид

!+допегит

?Бета-адреноблокатор показан при:

!+тахиаритмии

!облитерирующем эндоартериите

!изолированной систолической АГ

!дислипидемии

?К фактору риска ГБ относится:

!сахарный диабет

!+избыточное потребление соли

!курение

!высокая физическая активность

?Микроальбуминурией считается:

!+выделение белка с мочой до 300мг/сут

!выделение белка с мочой более 300мг/сут

!обнаружение белка при рутинном исследовании мочи

!выделение белка с мочой до 20мг/сут.

?К АКС относится:

!+коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ

!дислипидемия

!атеросклероз аорты

!сахарный диабет

?По Европейской модели SCORE оценивается риск смерти от заболеваний, связанных с атеросклерозом в течение ближайших

!+10 лет

!5 лет

!15 лет

!20 лет

?Конечным итогом мембранных нарушений при ГБ является перегрузка клеток:

!К+

!+Са++

!Мg+

!К+ и Мg+

?Следствием перегрузки клеток ионами кальция у больных ГБ является:

!+усиление сократительной способности гладкомышечных клеток артериол

!ослабление работы сердца

!подавление симпатической активности

!потеря натрия организмом

?Гуморальным прессорным агентом является:

!оксид азота

!+ангиотензин II

!брадикинин

!барорецепторы дуги аорты

?К прессорным агентам относят:

!+стресс

!почечную экскрецию ионов Nа

!активность калликреин-кининовой системы

!высокую физическую активность

?К депрессорным агентам относят:

!альдестерон

!+барорецепторы аорты и крупных артерий

!эндотелин-1

!инсулин

?Основным критерием метаболического синдрома является:

!+абдоминальное ожирение

!АД >140/90мм рт.ст.

!ХСЛНП >3 ммоль/л

!ХСЛВП >1ммоль/л

?Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:

!хирургическая реваскуляризация миокарда

!сахарный диабет

!гипертоническая ретинопатия

!+микроальбуминурия

?Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:

!скорость распространения пульсовой волны (сонная – бедренная артерия)<12 м/с.

!толщина комплекса интима-медиа в сонной артерии <0,9 мм

!+ЭКГ критерий (индекс Соколова-Лайона >35мм)

!лодыжечно - плечевой индекс >0,9

?Нормальным является АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт. ст.

!130/80

!<120/80

!+120- 129/80-84

!135/80

?Критерием АГ 1-ой степени для лиц старше 18 лет является АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мм рт. ст.

!160/90

!+140/90

!130/85

!120/80

?Oчень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них наблюдается у пациента с АГ в случае, если имеется:

!поражение органа мишени

!+ассоциированное клиническое состояние

!фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний

!сахарный диабет

?Критерием гипертонической болезни II стадии является наличие у пациента:

!факторов риска

!+изменений со стороны одного или нескольких органов мишеней

!ассоциированных клинических состояний

!ХБП с СКФ< 30мл/мин/1,73м2

?β-адреноблокаторы нецелесообразно сочетать с:

!амлодипином

!+верапамилом

!каптоприлом

!аспирином

?Препаратом, с которого следует начать лечение пациента 42 лет с артериальной гипертонией I степени и ожирением III степени, является:

!+периндоприл

!индапамид

!атенолол

?Целесообразными для начала терапии пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертонией II степени, являются:

!тиазиды

!ингибиторы АПФ

!+антагонисты кальция +нгибиторы АПФ

!сартаны

?Больная, страдающая бронхиальной астмой и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом:

!беклометазона

!сальбутамола

!+капотена

!беклометазона и сальбутамола

?При наличии брадикардии у больных с артериальной гипертензией показан:

!обзидан

!верапамил

!+норваск

!атенолол

?Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

!кратковременные эпизоды потери сознания

!нарушения сердечного ритма и проводимости

!наличие периферических отеков

!+боль в теменной и затылочной областях

!нарушение ритма дыхания

?У больного уровень артериального давления без гипотензивной терапии не снижается ниже 180/100 мм рт.ст. Индекс гипертрофии миокарда Соколова составляет 48 мм. Какая стадия заболевания ?

!I

!+II

!III

!IV

?У больного сахарный диабет второго типа 3 года. Около года регистрируются цифры АД выше 200/120 мм рт. ст., гипотензивный эффект антигипертензивных препаратов низкий.. Уровень альбумина в моче 500 мг/сутки. Причины гипертензии?

!хронический гломерулонефрит

!хронический пиелонефрит

!+синдром Киммелстила-Вильсона

!эссенциальная гипертензия

?Фактор риска развития гипертонической болезни:

!атеросклероз

!сахарный диабет

!+отягощенная наследственность

!высокая физическая активность

?Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:

!хирургическая реваскуляризация миокарда

!сахарный диабет

!гипертоническая ретинопатия

!+гипертрофия левого желудочка

?Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:

!скорость распространения пульсовой волны (сонная – бедренная артерия) < 12 м/с.

!толщина комплекса интима-медиа в сонной артерии <0,9 мм

!+ЭКГ критерий (индекс Соколова-Лайона >35мм)

!лодыжечно - плечевой индекс >0,9

?Амлодипин при гипертонической болезни рациональнее сочетать с:

!моксонидином

!верапамилом

!+лизиноприлом

!гипотиазидом

?Больному с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:

!лозартана

!дилтиазема

!эналоприла малеата

!+атенолола

? Пациенту с АГ первой степенью и стенокардией напряжения III ФК лечение следует начать с:

!+бисопролола

! тельмисартана

! амлодипина

! периндоприла

?Больному с сахарным диабетом и гипертонической болезнью лечение следует начать с:

!антагониста кальция

!диуретика

!+ингибитора АПФ

!альфа-адреноблокатора

?К препарату первой линии при лечении АГ относится:

!агонист имидазолиновых рецепторов

!альфа-адреноблокатор

!прямой ингибитор ренина

!+сартан

?При изолированной систолической АГ показаны:

!ингибиторы АПФ

!бета-адреноблокаторы

!+тиазидные диуретики

!агонисты имидазолиновых рецепторов

?К метаболически нейтральным гипотензивным препаратам относятся:

!тиазидные диуретики

!+антагонисты кальция

!бета-адреноблокаторы

!препараты раувольфия

?При лечении АГ у беременных показан:

!+допегит

!азилсатана медоксомил

!алискерен

!празозин

?Для категории больных с церебро-васкулярной патологией рекомендуется достижение целевых уровней САД (мм рт.ст.) до:

!120-130

!130-140

!+140-150

!110-120

?Нижней границей снижения АД (мм рт.ст.) для пациентов с АГ является:

!120/80

!110/70

!100/70

!+110 -115/70-75

?Для категории больных с сахарным диабетом рекомендуется целевой уровень АД (мм рт. ст.):

!<130/75

!+<140/85

!140/90

!<140/90

?Основным препаратом наиболее эффективным в лечении объем-зависимой формы гипертонической болезни является:

!бисопролол

!+гипотиазид

!амлодипин

!лизиноприл

?К бета-адреноблокатору относится:

!+метопролол

!индапамид

!периндоприл

!исрадипин

?У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение:

!дилтиазема

!+бисопролола

!телмисартана

!моксонидина

?Препаратом выбора при АГ у беременных является:

!лозартан

!периндоприл

!рамиприл

!+допегит

?К неуправляемым факторам риска ГБ относится:

!шум

!психосоциальный фактор

!жесткость воды

!+наследственная отягощенность

?У пацинтов с АГ со средним и высоким сердечно-сосудистым риском целевым значением холестерина ЛПНП является:

!< 4 ммоль/л

!+< 3,0 ммоль/л

!< 2 ммоль/л

!< 1,8 ммоль/л

? У пациентов с АГ при наличии клинически манифестной ИБС целевым значением холестерина ЛПНП является \_\_\_\_\_\_ммоль/л:

!< 4

!< 3,0

!+< 1,8

!< 2

?Фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является:

!ИМТ ≥ 35

!+ИМТ ≥ 30

!ИМТ ≥ 40

!ИМТ ≥ 25

?К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится снижение суточного потребления поваренной соли до:

!6 г

!3 г

!+5 г

!4 г

?К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится достижение ИМТ меньше:

!30 кг/м 2

!+25 кг/м 2

!40 кг/м 2

!45 кг/м 2

?К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится увеличение физических нагрузок до 4-х раз в неделю по \_\_\_\_\_\_\_ минут:

!45

!30

!60

!+40

?К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится снижение потребления алкогольных напитков для мужчин до менее \_\_\_\_\_ этанола в сутки:

!40 г

!+30 г

!60 г

!20 г

?К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится суточное потребление фруктов и овощей до:

!200 г

!500 г

!300 г

!+400 г

?К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний, угрожающих жизни относят болезни:

!почек

!+сердца

!суставов

!печени

?К фактору риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний относится:

!высокая физическая активность

!+курение

!протеинурия

!снижение уровня фибриногена

?Наиболее частой причиной первичной гиперлипедемии является:

!потребление алкоголя

!ожирение

!+семейная гиперхолестеринемия

!гипотиреоз

?Продуктом, приводящим к повышению содержания триглицеридов в крови, является:

!мясо

!+кондитерские изделия

!икра лосося

!куриные яица

?К ПОМ относится:

!+гипертрофия левого желудочка

!сахарный диабет

!гипертоническая ретинопатия

!ХБП с СКФ

30 мл/мин/1,73 м2

?К ассоциированному клиническому состоянию относится:

!ХБП с СКФ> 30мл/мин/1,73м 2

!сахарный диабет

!дислипидемия

!+инфаркт миокарда

?Ведущую роль в снижении избыточной массы тела играет:

!соблюдение культуры питания

!повышение физической активности

!+снижение калорийности пищи

!соблюдение водного режима

?К α-адреноблокатору относится:

!амлодипин

!небиволол

!+доксазозин

!верапамил

?К неселективному β-адреноблокатору относится:

!атенолол

!метопролол

!бисопролол

!+пропранолол

?Атерогенную липидемию вызывает:

!+пропранолол

!телмисартан

!фелодипин

!празозин

?Клиническим признаком неспецифического аортоартериита является:

!возраст (старше 40 лет) в момент начала заболевания

!мужской пол

!систолический шум над аортой

!+отсутствие пульсации на одной из лучевых артерий

?Причиной неспецифического аортоартериита является:

!+хронический васкулит

!атеросклероз

!кальциноз

!врожденный стеноз аорты

?Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

!увеличение АД на нижних конечностях

!гипотензия при измерении АД на верхних конечностях

!брадикардия высоких градаций

!+гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты

?Кардинальным симптомом, позволяющим диагностировать коарктацию аорты является:

!+разница АД на верхних и нижних конечностях

!систолический шум на основании сердца и со спины

!слабость в нижних конечностях

!боли и судороги в мышцах ног

?Диагноз коарктации аорты подтверждается при:

!+проведении ЭхоКГ

!выслушивании систолического шума на основании сердца и со спины

!головных болях и носовых кровотечениях

!разнице АД на верхних и нижних конечностях

?Визуализировать место коарктации аорты позволяют:

!+рентгеноконтрастная ангиография

!ЭхоКГ

!рентгенография органов грудной клетки

!+магнитнорезонансная ангиография

?У женщины 32 лет боли в сердце, сердцебиения, тахикардия до 130. Диагностирована НЦД по гипертоническому типу. Максимальное АД 160/80 мм рт. ст.. Исследование гормонов не проводилось. Возможная причина нарушений функции сердечно-сосудистой системы:

!пролактинсинтезирующая аденома гипофиза

миокардит

!феохромоцитома

!+ гипертиреоз

!кортикостерома надпочечников

?У пациента 18 лет с девятилетнего возраста АГ с привычными цифрами 160/100 мм рт.ст. Аускультативных признаков стеноза почечной артерии нет. При ренорадиографии резкое удлинение секреторной фазы правой почкой. Какова причина гипертензии?

!гипертоническая болезнь

!атеросклеротический стеноз почечной артерии

!тромбоз почечной артерии

!+фиброваскулярная дисплазия почечной артерии

?У пациента 22 лет изолированная систолическая гипертензия с максимумом АД 200/80 мм рт.ст. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялась. На флюорографии грудной клетки изменения по типу узурации ребер. Какова причина гипертензии?

!гипертоническая болезнь

!стеноз сонной артерии

!гипертиреоз

!+коарктация аорты

?Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальциемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Какова причина гипертензии?

!коарктация аорты

!альдостерома надпочечников

!гипертиреоз

!+гиперпаратиреоз

?Основным признаком нефрогенной гипертензии является:

!уменьшение размеров почек

!+нарушение функции почек

!сужение почечной артерии на 20%

!наличие конкрементов в лоханке

?Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции наблюдается при:

!+сахарном диабете

!синдроме Кона

!гиперпаратиреозе

!болезни Иценко-Кушинга

?Рациональной терапией высокой вазоренальной гипертензии является:

!ингибиторы АПФ

!бета-блокаторы

!+хирургическое лечение

!антагонисты кальция

?Высокая диастолическая гипертензия характерна для:

!гипертонической болезни

!атеросклероза аорты

!+нефрогенной гипертонии

!диэнцефального синдрома

?Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной АГ является:

!сцинтиграфия почек

!УЗИ почек

!+почечная артериография

!УЗИ почечных артерий

?Признаком вазоренальной АГ является:

!изменения в анализах мочи

!+сужение почечной артерии

!высокая концентрация в крови креатинина

!заболевания почек в анамнезе

?Вторичной формой артериальной гипертензии является:

!гиповолемическая

!+почечная

!цереброишемическая

!кардиальная

?Механизмом развития реноваскулярной артериальной гипертензии является:

!+Активация ренин-ангиотензиновой системы

!недостаточность кининовой системы почек

!недостаточность ренин-ангиотензиновой системы

!недостаточность простагландиновой системы почек

?Причиной вазоренальной гипертензии является:

!+фиброзно-мышечная дисплазия артерий почек

!первично сморщенная почка

!тяжелый сахарный диабет

!хронический гломерулонефрит

?Повышение АД может вызвать прием:

!+циклоспорина А

!метотрексата

!ципрофлоксацина

!плаквенила

? В пользу феохромоцитомы может свидетельствовать повышение АД после приема

!каптоприла

!амлодипина

!+бета-адреноблокатора

!гидрохлортиазида

?Перед операцией для коррекции АД при феохромоцитоме применяется

!+α-адреноблокатор

!каптоприл

!верапамил

!дилтиазем

?Для дифференциальной диагностики болезни и синдрома Иценко- Кушинга

проводится проба с:

!гидрокортизоном

!преднизолоном

!+дексаметазоном

!триамсиналоном

?К повышению АД у пожилых пациентов (ИСАГ) приводит локализация стеноза атеросклеротического генеза

!+в устье аорты

!на сонной артерии

!на дуге аорты

!на подключичной артерии

?До хирургического удаления альдостером, и пациентам с двусторонней гиперплазией коры надпочечников назначают:

!+спиронолактон

!бисопролол

!моксонидин

!лизиноприл

?Гипертонический криз считается осложненным, когда имеется:

!тромбоэмболия легочной артерии

!+острый коронарный синдром

!фибрилляция предсердий

!спонтанный пневмоторакс

?При осложненных ГК требуется снижения АД, начиная с первых минут на \_\_\_\_\_ от исходного уровня

!20%

!10%

!+25%

!15%

?При ГК, осложненной расслаивающей аневризмой аорты требуется снижать систолическое АД до\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

!+100-110

!140-150

!120-130

!150-160

?Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с острым коронарным синдромом является:

!эналаприлат

!нифедипин

!+нитроглицерин

!фуросемид

?При сочетание ГК с отеком легких не рекомендуется применение:

!эналаприлата

!нитроглицерина

!фуросемида

!+метопролола

?Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с расслаивающей аневризмой аорты является:

!эналаприлат

!нифедипин

!нитроглицерин

!+эсмолол

?Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с гипертонической энцефалопатией является:

!эналаприлат

!нифедипин

!нитроглицерин

!+нитропруссид натрия

?Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с ОЛН является:

!+эналаприлат

!нифедипин

!фентоламин

!эсмолол

?При подозрении на феохромоцитому предпочтительным препаратом для снижения АД является:

!эналаприлат

!пропранолол

!+фентоламин

!эсмолол

?При неосложненном ГК необходимо достижение целевого АД в течение нескольких часов, но не более \_\_\_\_\_\_ часов от начала лечения

!36

!48

!+24

!12

?При неосложненном ГК необходимо снижать АД не более чем на 25% от исходного за \_\_\_\_\_\_\_ часа.

!0.5

!+2

!3

!0.25

?При расслаивающей аневризме аорты и отеке легких АД снижать на 25% от исходного в течение \_\_\_\_\_\_мин.

!+5-10

!15 -20

!20-30

!30-60

?Для лечения преэклампсии с отеком легких препаратом выбора является:

!допегит

!фуросемид

!нифедипин

!+нитроглицерин

?Главное правило при лечении ГК у беременной женщины – контролируемое снижение АД не более чем ­­\_\_\_\_\_\_\_ от исходного.

!10%

!+20%

!25%

!15%

?АД ≥ \_\_\_\_\_ мм рт.ст. у беременной женщины расценивается как неотложное состояние, требующее госпитализации.

!140/90

!+170/110

!160/95

!150/100

?Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

!депрессия сегмента ST

!инверсия зубца Т

!появление зубца Q

!+элевация сегмента ST

?Показанием для назначения тромболитиков является клиника ОКС при давности заболевания менее:

!+12 ч.

!6 ч.

!24 ч.

!3 ч.

?Для профилактики постинфарктного ремоделирования сердца применяют:

!диуретики

!блокаторы медленных кальциевых каналов

!β-адреноблокаторы

!+ингибиторы АПФ

?При синдроме Дресслера не выявляют:

!полисерозит

!+снижение СОЭ

!эозинофилию

!положительную динамику при лечении ГКС

?Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности одного из следующих ферментов:

!миоглобина

!креатинфосфокиназы (КФК)

!+тропонина Т или I

!аспарагиновой трансаминазы (АСТ)

?Зубец Q на ЭКГ здорового человека отражает:

!возбуждение межпредсердной перегородки

!возбуждение основания правого желудочка

!+возбуждение левой половины межжелудочковой перегородки

!время активации левого желудочка

?При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности:

!аспарагиновой трансаминазы (АСТ)

!креатинфосфокиназы (КФК)

!тропонина Т или I

!+миоглобина

?При инфаркте миокарда без зубца Q назначают:

!тромболитики, аналгетики

!гепарин, анальгетики

!аналгетики, лидокаин, строфантин

!+средства, назначаемые при нестабильной стенокардии

?Фактором непосредственного риска развития инфаркта миокарда является:

!+нестабильная стенокардия

!курение

!артериальная гипертензия

!сахарный диабет

?Для вторичной профилактики инфаркта миокарда ингибиторы АПФ особенно показаны пациентам с

!ожирением

!нижним инфарктом миокарда

!блокадой левой ножки пучка Гиса

!+передним распространенным инфарктом миокарда

?Для вторичной профилактики инфаркта миокарда назначается

!аспирин в течение года

!аспирин пожизненно

!аспирин + клопидогрель пожизненно

!+аспирин пожизненно+ клопидогрель или прасугрел или тикагрелор в течение года или более.

?Для профилактики ИБС назначается

!+средиземноморская диета

!кремлевская диета

!американская диета

!японская диета

?Рекомендуемой границей окружности талии для мужчин с целью профилактики ИБС является:

!90 см

!+102 см

!105 см

!88 см

?При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведения и более в V1-V3 более чем на:

!1,5 мм

!1 мм

!3 мм

!+2 мм

?Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является:

!+75 мг

!50 мг

!300 мг

!250 мг

?Причиной возникновения стенокардии напряжения является:

!дилятационная кардиомиопатия

!миокардит

!пролапс митрального клапана

!+атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%

?При Стенокардии напряжения I ФК (Канадская классификация) приступ возникает при:

!обычной физической нагрузке

!подъеме по лестнице

!+при сильном или быстром или продолжительном напряжении в работе

!вставании рано утром

?При стенокардии напряжения II ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:

!обычная физическая нагрузка

!подъем по лестнице до 1- го лестничного пролета

!вставание рано утром

!+подъем по лестнице более 1 лестничного пролета нормальным шагом и в нормальных условиях или ходьба более 100-200 м по ровной местности

?При стенокардии напряжения III ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:

!обычная физическая нагрузка

!подъем по лестнице

!сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа

!вставание рано утром

!+ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1- го лестничного пролета

?При стенокардии напряжения IV ФК (Канадская классификация) минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является:

!+обычная физическая нагрузка

!подъем по лестнице

!сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа

!ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1- го лестничного пролета

?Наиболее частой причиной коронарной недостаточности (стенокардии) является:

!синдром Х

!эктазия коронарных артерий

!+атеросклеротическое сужение коронарных артерий

!мышечные мостики

!артерииты

?Показанием для курантиловой пробы при диагностике ИБС является:

!+невозможность провести пробу с физической нагрузкой

!тяжелые нарушения ритма

!пониженное артериальное давление

!нестабильная стенокардия

?Характерным проявлением стенокардии напряжения является:

!+дискомфорт за грудиной при физической нагрузке

!боль "в области сердца", возникающая при резких движениях

!локализация боли в ограниченном пространстве в области верхушки сердца

!продолжительность боли 5 - 20 сек

?Признаком наличия у больного стенокардии является:

!появление во время приступа систолического шума

!появление прекордиальной пульсации во время приступа

!появление во время приступа влажных хрипов в нижних отделах легких

!появление во время приступа шума трения перикарда

!+депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях на 1,5 мм горизонтального типа

?Фактором, понижающим потребность миокарда в кислороде является:

!+гипотермия

!гипертиреоидизм

!использование симпатомиметиков

!высокая артериальная гипертония

?Препаратом, польза которых доказана при терапии больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения с застойной сердечной недостаточностью является:

!пропранолол

!атенолол

!+бисопролол

?Биохимическим маркером наличия некроза участка миокарда является:

!общая ЛДГ

!АЛТ

!АСТ

!+МВ - КФК

?После появления симптомов ОКС повышение содержания МВ -КФК в крови наблюдается спустя:

!2 часа

!4 часа

!+ 6-8 часов

!12 часов

? Содержание МВ - КФК в крови при инфаркте миокарда (без рецидива) нормализуется спустя:

!+2 - 3 дня

!5 - 6 дней

!8 - 12 дней

!2 недели

?Эффективность тромболитиков доказана у больных при ОКС:

!+с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 12 часов от начала заболевания

!без подъема сегмента ST

!с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки 12-18 часов от начала заболевания

?Эхокардиографическим данным, позволяющим проводить дифференциальную диагностику боли в груди и свидетельствующим о наличии ишемии миокарда является:

!усиление сократимости миокарда левого желудочка

!+акинезия в некоторых сегментах левого желудочка

!отсутствие нарушений локальной сократимости миокарда

!нормальная сократимость миокарда

?Критерием диагностики острого инфаркта миокарда с зубцом Q в передне-перегородочной области левого желудочка является появление на ЭКГ зубца Q в сочетании с монофазной кривой в отведениях:

!+V1 - V3

!V1 – V2

!V3 – V4

!V4 – V5

?Критерием диагностики острого инфаркта миокарда без зубца Q в передней стенки левого желудочка является появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на:

!+3 мм в V3 - V4 и отрицательного Т

!2 мм в V3 - V4 справа от грудины

!1 мм в V3 - V4

!0,5 мм в V3 - V4

?Положительное влияние тромболитиков при остром коронарном синдроме отсутствует у больных с:

!ОКС и подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях

!ОКС и остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса

!острым инфарктом миокарда с зубцом Q в первые 6 часов от начала заболевания

!+острым инфарктом миокарда с зубцом Q в сроки 12 - 18 часов от начала заболевания

?В патогенезе ОКС при нестабильной стенокардии играет роль:

!критический стеноз коронарной артерии

!+разрыв бляшки

!частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом

!полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом

?В патогенезе ОКС при инфаркте миокарда без зубца Q играет роль:

!критический стеноз коронарной артерии

!пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки

!+частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом

!полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом

?В патогенезе ОКС при инфаркте миокарда с зубцом Q играет роль:

!критический стеноз коронарной артерии

!пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки

!+полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом

!вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки

?Гуморальным фактором, способствующим возникновению разрывов атеросклеротической бляшки, является:

!повышенное содержание катехоламинов

!+повышенное содержание вазопрессина

!высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности

! пониженное содержание вазопрессина

?Местным фактором, способствующим возникновению разрыва атеросклеротической бляшки является:

!повышение содержания катехоламинов

!повышение содержания вазопрессина

!высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности

!+усиление турбулентности тока крови в области бляшки

?Препаратом для лечения кардиогенного шока является:

!бета-адреноблокатор

!бронхолитик

!+допамин

!ИАПФ

?Разрыв сосочковой мышцы чаще происходит при:

!+нижнем инфаркте миокарда

!инфаркте правого желудочка

!инфаркте передней стенки ЛЖ

!инфаркте предсердий

?Лечение отека легких при инфаркте миокарда

!антибиотики

!+морфин, нитраты, диуретики

!антиагреганты

!седативная терапия

?При инфаркте миокарда, осложненной левожелудочковой недостаточностью зона некроза составляет:

!+25-30%

!10-15%

!45-50%

!35-40%

?Острейший период ИМ осложняется:

!застойной сердечной недостаточностью

!нарушением реполяризации

!+острой левожелудочковой недостаточностью

!синдромом Дресслера

?Гемодинамическим критерием кардиогенного шока при ИМ является:

!+сердечный индекс < 2,5 л/мин/м2

!повышение ударного объема

!повышение минутного объема

!уменьшение периферического сопротивления сосудов

?При внутреннем разрыве (отрыв папиллярной мышцы) выявляют:

!цианоз

!резчайшую боль в нижних конечностях

!+признаки кардиогенного шока

!отрицательные зубцы Т

?Ранняя постинфарктная стенокардия возникает после перенесенного ИМ через:

!+24 ч - 4 нед.

!24 ч - 8 нед.

!2 мес.

!6 мес.

?Отек легких может возникнуть при:

!артериальной гипертензии

!феохромоцитоме

!+инфаркте миокарда

!митральном стенозе

?Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

!уменьшение вольтажа всех зубцов

!подъём сегмента ST

!+депрессия ST более чем на 2 мм

!появление отрицательных зубцов Т

?Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

!отек легких

!+нарушение ритма

!кардиогенный шок

!разрыв сердца

?Наиболее достоверным симптомом для стенокардии является:

!загрудинная боль при физической нагрузке

!нарушение ритма

!+депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей

!патологический зубец Q

?Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:

!кардиогенный шок

!левожелудочковая недостаточность

!+нарушение ритма

!полная AV-блокада

?В диагностике ИБС наиболее информативными являются:

!аускультативные данные

!+типичные анамнестические данные

!данные ЭКГ

!данные анализа крови (клинического, биохимического)

?бета-адреноблокаторы применяются при ИБС, так как они:

!+снижают потребность миокарда в кислороде

!расширяют коронарные сосуды

!вызывают спазм периферических сосудов

!увеличивают потребность в кислороде

?Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

!только при неосложненном течении

!больным до 50-летнего возраста

!при первичном инфаркте миокарда

!+по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

?Наиболее значимым фактором риска ИБС, является:

!употребление алкоголя

!+артериальная гипертензия

!курение

!гиподинамия

?В качестве антиангинального средства у больного 50 лет со стенокардией напряжения III ФК с наличием на ЭКГ синусового ритма, постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS, используется:

!верапамил

!атенолол

!+нитросорбид

?К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном сидячем положении?

!+напряжения

!покоя

!вариантной

!напряжения и покоя

?Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

!патологический зубец Q

!+депрессии сегмента ST

!появление отрицательного зубца Т

!преходящая блокада ножек пучка Гиса

?Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии?

!заболевания пищевода

!+ грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

!язвенная болезнь желудка

!хронический колит

?Наиболее эффективными лекарственными средствами, применяемыми при стенокардии являются:

!+нитраты

!антагонисты кальция

!антикоагулянты

!антиоксиданты

?Признаком нестабильной стенокардии является:

!+изменение длительности и интенсивности болевых приступов

!нарушение ритма и проводимости

!снижение АД без гипотензивной терапии

!появление патологического зубца Q на ЭКГ

?Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:

!изменение фракции выброса

!ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке

!повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме

!+снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 вт

?ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются:

!удлинение интервала QT

!удлинение интервала PQ

!зубец Q с амплитудой больше трети зубца R и длительностью более 0,03 с

!+изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца Т

?Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

!+развития инфаркта миокарда

!тромбоэмболии мозговых сосудов

!развития фатальных нарушений ритма сердца

!развития легочной гипертензии

?Причиной вариантной стенокардии (типа Принцметала) является:

!поражение мелких сосудов коронарных артерий

!+спазм крупной коронарной артерии

!спазм мелких сосудов коронарной артерии

!тромбоз коронарной артерии

?Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных с:

!+стенозом основного ствола левой коронарной артерии

!проксимальным поражением задней коронарной артерии

!дистальным поражением огибающей артерии

!проксимальным поражением огибающей артерии

?Предельной реакцией АД при проведении велоэргометрической пробы у больных со стенокардией является повышение АД до:

!170 мм рт.ст.

!180 мм рт.ст.

!200 мм рт.ст.

!+220 мм рт.ст

?Синдром "обкрадывания" у больных со стенокардией развивается при использовании:

!тринитратов

!динитратов

!бета-адреноблокаторов

!+вазодилататоров

?Эффективность антиангинального действия тринитратов у больных стенокардией снижается в результате таких причин, как:

!+снижение числа рецепторов к нитратам в миоцитах

!интенсификация образования свободных радикалов

!повышение агрегации тромбоцитов

!снижение уровня эндотелий-релаксирующего фактора

?Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как:

!дипиридамол

!+бисопролол

!корватон

!изосорбид-динитрат

?Антиангинальное действие у больных стенокардией за счет торможения агрегации или дезагрегации тромбоцитов вызывают:

!+дипиридамол

!гепарин

!фенилин

!стрептодеказа

?При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является:

!консервативная терапия коронаролитическими препаратами

!+транслюминальная ангиопластика коронарных артерий

!разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном

!операция аорто-коронарного шунтирования

?Какое изменение на ЭКГ характерно для инфаркта миокарда?

!+патологический зубец Q

!конкордантный подъем сегмента ST

!низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях

!депрессия сегмента ST

?Повышение какого сывороточного фермента наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?

!+креатинфосфокиназы

!лактатдегидрогеназы

!аминотрансферазы

!щелочной фосфатазы

?Какой эхокардиграфический признак характерен для инфаркта миокарда?

!диффузный гиперкинез

!диффузный гипокинез

!+локальный гипокинез

!локальный гиперкинез

?Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

!+артериальная гипотензия

!пульсовое давление более 30 мм рт.ст.

!брадикардия

!полиурия

?Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком у больных с острым инфарктом миокарда является:

!ранние желудочковые экстрасистолии

!+групповые желудочковые экстрасистолы

!политопные желудочковые экстрасистолы

!наджелудочковые экстрасистолы

?Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?

!кардиогенный шок

!отек легких

!+фибрилляция желудочков

!разрыв сердца

?У больного с острым трансмуральным передне-перегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?

!строфантин

!+лидокаин

!обзидан

!финоптин

?У больного острый трансмуральный переднеперегородочный инфаркт миокарда, развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:

!ввести строфантин

!+произвести кардиоверсию

!ввести обзидан

!ввести кордарон

?У больного 39 лет, перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

!гидроперикард

!+гемоперикард

!повторный инфаркт миокарда

!инфекционный экссудативный перикардит

?У больного с ОИМ (трансмуральным) на 2-е сутки систолический шум в области абсолютной сердечной тупости, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребущий характер. Состояние больного не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать?

!разрыв миокарда

!перфорация межжелудочковой перегородки

!отрыв сосочковых мышц митрального клапана

!+эпистенокардитический перикардит

?У б-го 45 лет с ОИМ (переднеперегородочного) через 10 часов замирание в работе сердца, головокружение. На ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 78, периодически по 2-3 широких желудочковых комплекса, неправильной формы, затем полная пауза. Осложнение инфаркта?

!полная атриовентрикулярная блокада

!узловая экстрасистолия

!суправентрикулярная тахикардия

!+желудочковая экстрасистолия

?У б-го 68 лет ОИМ (задний). Потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 180. АД 80/40. На ЭКГ широкие желудочковые комплексы неправильной формы. Осложнение инфаркта?

!фибрилляция желудочков

!желудочковая экстрасистолия

!частичная атриовентрикулярная блокада

!+желудочковая тахикардия

?У больного 67 лет острый задний инфаркт миокарда. При мониторировании установлено, что интервал PQ прогрессирующе увеличивался от цикла к циклу с последующим выпадением комплекса QRS. ЧСС=56 в мин. Рекомендуемое лечение:

!+временная кардиостимуляция

!постоянная кардиостимуляция

!ко-фактор синтеза нуклеиновых кислот

!индерал

?У больного 65 лет острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторировании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 сек с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС 40 в мин. Диагноз:

!+атриовентрикулярная блокада второй степени

!синдром Фредерика

!мерцательная аритмия, брадиcистолическая форма

!синоаурикулярная блокада III степени

?У больной 80 лет ОИМ (задний). Периодически возникают эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием типа Чейн-Стокса. На ЭКГ зубцы Р не связаны с комплексами QRS, продолжительность интервала РР 0,8 сек, RR 1,5 сек. ЧСС 35 в мин. Диагноз:

!эпилепсия

!+полная атриовентрикулярная блокада

!брадисистолическая форма фибрилляции предсердий

!фибрилляция желудочков

?У больного 54 лет повторный инфаркт миокарда. Бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС 110. ЧД 24. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс слабый. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

!транзиторная гипотензия

!кардиогенный шок, торпидная фаза

!начинающийся отек легких

!+кардиогенный шок, эректильная фаза

?Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом острый задний инфаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяется. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков. Лечение:

!дефибрилляция

!+внутрисердечное введение симпатомиметиков

!индерал внутривенно

!ганглиоблокаторы

?У больного 50 лет распространенный передний инфаркт миокарда. после 2-х суток лечения стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. при обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в т. Боткина, ранее не выслушивающийся. Диагноз:

!крупозная пневмония

!постинфарктный перикардит

!+отрыв сосочковой мышцы

!синдром Дресслера

?У больного 48 лет ОИМ (задний). На 3-и сутки стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирания в правом подреберье, отеки на ногах. Бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧД 24. Тоны сердца глухие, ритмичные, пансистолический шум по парастернальной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС 96. АД 100/60 Печень + 6 см. Диагноз:

!ревматический порок сердца

!пролапс митрального клапана

!+разрыв межжелудочковой перегородки

!тромбоэмболия легочной артерии

?Какое из положений верно для больного с заболеванием сердца, относящегося к первому функциональному классу?

!+симптомы заболевания сердца выявляются только инструментальными методами в условиях максимальной физической нагрузки

!обычная физическая активность не вызывает утомления, сердцебиения, одышки, ангинозных болей

!обычная физическая активность приводит к утомлению, сердцебиению, одышке, ангинозным болям

!утомление, сердцебиение, одышка, ангинозные боли возникают при физической активности, меньше обыкновенной

?Эквивалентом стенокардии может служить следующий симптом:

!+ изжога при быстрой ходьбе

!головокружение при переходе в ортостаз

!повышение АД при физической нагрузке

!колющие боли в сердце при наклонах туловища

?Длительность острейшего периода инфаркта миокарда до:

!+6 часов

!двух часов

!30 минут

!12 часов

?Длительность острого периода инфаркта миокарда до:

!двух часов

!1 месяца

!+10 дней

!двух дней

?Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является:

!депрессия сегмента ST

!появление зубца Q

!инверсия зубца Т

!+подъем сегмента ST

?Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности:

!креатинфосфокиназы (КФК)

!аспарагиновой трансаминазы (АСТ)

!+тропонина Т

!миоглобина

?При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности:

!+миоглобина

!тропонина Т

!креатинфосфокиназы (КФК)

!тропонина I

?Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если:

!имеется комплекс QS в отведенияхV1 - V2

! длительность комплекса QRS превышает 0,1 сек

!отсутствует зубец Q в отведенияхV5 - V6

!+имеется комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6

?Возникновение кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда:

!связано с повреждением 20% массы миокарда

!+связано с повреждением 40% и более массы миокарда

!зависит от локализации инфаркта миокарда

!не зависит от массы поврежденного миокарда

?Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является появление в двух и более смежных отведениях:

!инверсии зубца Т

!+элевации сегмента ST

!депрессии сегмента ST

!комплекса QS

?ЭКГ–признаки инфаркта миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка выявляются

в\_\_\_ отведениях:

! II, III, aVF, V1 -V3

!+ II, III, aVF, V4 –V6

! I, II, aVL, V4 –V6

! II, III, aVF

?Поздним осложнением инфаркта миокарда является:

!разрыв миокарда

!остановка кровообращения

!+аневризма левого желудочка

!отек легких

?При инфаркте миокарда стрептокиназу необходимо вводить в дозе:

!1 млн. единиц

!1,3 млн. единиц

!+1,5 млн. единиц

!2 млн. единиц

?При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведения и более в V1-V3 более чем на:

!1,5 мм

!1 мм

!3 мм

!+2 мм

?При остром перикардите, осложнившем инфаркт миокарда нельзя применять:

!индометацин

!ацетилсалициловую кислоту

!глюкокортикоид

!+антикоагулянт

?При инфаркте миокарда без зубца Q не назначают:

!антиагрегант

!+тромболитик

!антикоагулянт

!аналгетик

?При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение:

!+атропина

!норадреналина

!изадрина

!адреналина

?При синусовой брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда лечение следует начинать с внутривенного введения:

!5 мг изоптина

!1 мг изупрела

!+0,5-1 мг атропина

!100 мг гидрокортизона

?Для профилактики фибрилляции желудочков в остром периоде инфаркта миокарда показан:

!новокаинамид

!+пропранолол

!амиодарон

!лидокаин

?Препаратами, улучшающими качество жизни и не имеющие доказательств влияния на выживаемость у больных ИБС, стенокардией являются:

!+сиднонимины

!кардиоселективные бета-адреноблокаторы

!ингибиторы АПФ

!недигидроперидиновые антагонисты кальция

?Эффективными разовыми дозами метопролола у больных стенокардией являются:

!40 – 80 мг

!10 - 20 мг

!+50 – 100 мг

!150 – 200 мг

?Продолжительность антиишемического действия у метопролола:

!+8 - 12 часов

!6 часов

!24 часа

!4 часа

?Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии мигрени, перемежающей хромоте, синдроме Рейно являются:

!ингибиторы АПФ

!бета-адреноблокаторы

!нитраты

!+антагонисты кальция

?Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии бронхиальной астмы или ХОБЛ являются:

!нитраты

!бета-блокаторы

!+антагонисты кальция

!сиднонимины

?Эффективными антиангинальными препаратами у больных ИБС при наличии сахарного диабета 1 типа являются:

!+антагонисты кальция

!кардиоселективные бета-адреноблокаторы

!неселективные бета-адреноблокаторы

!нитраты

?Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС, при наличии артериальной гипертонии являются:

!ингибиторы АПФ

!нитраты

!+бета-адреноблокаторы

!антагонисты кальция

?Антиангинальным препаратом выбора у больных ИБС, стенокардией при наличии синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокады является:

!бисопролол

!+амлодипин

!нитросорбид

!молсидомин

?Препаратами выбора для длительного лечения вазоспастической стенокардии являются:

!+антагонисты кальция

!кардиоселективные бета-блокаторы

!бета-блокаторы с симпатомиметическим действием

!нитраты

?Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии митрального или аортального стеноза являются:

!антагонисты кальция

!нитраты

!+кардиоселективные бета-адреноблокаторы

!сиднонимины

?Препаратами выбора для длительного лечения стенокардии смешанного генеза являются:

!антагонисты кальция

!кардиоселективные бета-блокаторы

!бета-блокаторы с симпатомиметическим действием

!+бета-блокаторы в комбинации с антагонистами кальция

?Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии хронической застойной сердечной недостаточности являются:

!верапамил, дилтиазем

!+кардиоселективные бета-блокаторы

!дигидропиридиновая группа антагонистов кальция

!сиднонимины

?Эффективными разовыми дозами нитросорбида - ретард у больных стенокардией являются:

!+20 - 40мг

!10 - 20мг

!0,25 - 0,5мг

!2,5- 5мг

?У больных ИБС при наличии синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокады в качестве антиангинального препарата показан:

!метопролол

!пропранолол

!+амлодипин

!дилтиазем

?Оптимальной дозой стрептокиназы при инфаркте миокарда считается:

!1 млн. МЕ

!2 млн. МЕ

!3 млн. МЕ

!+1,5 млн. МЕ

?Для профилактики постинфарктного ремоделирования сердца применяют:

!диуретики

!блокаторы медленных кальциевых каналов

!β-адреноблокаторы

!+ингибиторы АПФ

?Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности одного из следующих ферментов:

!миоглобина

!креатинфосфокиназы (КФК)

!+Тропонина Т или I

!аспарагиновой трансаминазы (АСТ)

?При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности:

!аспарагиновой трансаминазы (АСТ)

!креатинфосфокиназы (КФК)

!тропонина Т или I

!+миоглобина

?При инфаркте миокарда без зубца Q назначают:

!тромболитики, аналгетики

!гепарин, анальгетики

!аналгетики, лидокаин, строфантин

!+средства, назначаемые при нестабильной стенокардии

?Фактором непосредственного риска развития инфаркта миокарда является:

!+нестабильная стенокардия

!курение

!артериальная гипертензия

!сахарный диабет

?Для вторичной профилактики инфаркта миокарда назначается:

!аспирин в течение года

!аспирин пожизненно

!аспирин + клопидогрель пожизненно

!+ аспирин пожизненно+ клопидогрель или прасугрел или тикагрелор в течение года или более

?Для профилактики ИБС назначается:

!+ средиземноморская диета

!кремлевская диета

!американская диета

!японская диета

?Рекомендуемой границей окружности талии для мужчин с целью профилактики ИБС является:

!90 см

!+102 см

!105 см

!88 см

?При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведения и более в V1-V3 более чем на:

!1,5 мм

!1 мм

!3 мм

!+2 мм

?Для синдрома Дресслера (постинфарктный синдром) не характерны:

!полисерозиты, перикардит, плеврит

!+снижение СОЭ, лейкоцитопения

!эозинофилия

!положительная динамика при лечении ГКС

?Ранняя постинфарктная стенокардия возникает в период:

!+24 ч - 4 нед после перенесенного ИМ

!24 ч - 8 нед после перенесенного ИМ

!через 2 мес после перенесенного ИМ

!через полгода после перенесенного ИМ

?Для лечения позднего синдрома Дресслера назначают:

!антибиотики

!+глюкокортикоиды

!антикоагулянты

!статины

?Целью лечения постинфарктной стенокардии является:

!контроль тропонинов

!снижение ЦВД

!+снижение риска возникновения ИМ и внезапной смерти

!проведение КАГ

?К факторам риска развития повторных инфарктов миокарда относятся:

!молодой возраст и перенесенная пневмония

!+сахарный диабет и инфаркт миокарда в анамнезе

!аллергический фон

!наследственная предрасположенность

?К ранним осложнениям инфаркта миокарда относится:

!повторный инфаркт миокарда

!+острая сердечная недостаточность

!синдром Дресслера

!хроническая аневризма

?АКШ показано пациенту:

!после перенесенного повторного инфаркта миокарда

!с постинфарктной стенокардией

!+с многососудистым поражением сердца

!с синдромом Дресслера

?Препаратом для лечения кардиогенного шока является:

!бета-адреноблокатор

!антагонист кальция

!+допамин

!ингибитор АПФ

?Разрыв сосочковой мышцы чаще происходят при:

!+нижних инфарктах миокарда

!инфаркте правого желудочка

!инфаркте передней стенки ЛЖ

!инфаркте предсердий

?Для лечения отека легких при инфаркте миокарда применяют:

!бета-адреноблокаторы

!+морфин, нитраты, диуретики

!антиагреганты

!седативную терапию

?Осложнением острейшего периода ИМ является:

!застойная сердечная недостаточность

!нарушение реполяризации

!+острая левожелудочковая недостаточность: кардиогенный шок, отек легких

!синдром Дресслера

?К внезапной кардиальной смерти наиболее часто приводит:

!+ИБС

!порок сердца

!злоупотребление алкоголем

!курение

?Стрептокиназа при ОКС с подъемом сегмента ST вводится в течение:

!+1 часа

!2 часов

!3 часов

!4 часов

?Альтеплаза при ОКС с подъемом сегмента ST вводится в течение \_\_\_\_\_ часов.

!+1,5

!2

!3

!4

?При кардиогенном шоке меньше всего уменьшается кровоток в сосудах:

!+скелетных мышц

!мозга

!кожи

!почек

?Следует ли обучать пациента, имеющего высокий риск развития ИБС?

!+да, чтобы выполнял немедикаментозные мероприятия с целью контроля факторов риска

!нет, чтобы избегать самолечения

!нет, чтобы избегать развития депрессии

!нет, чтобы избегать ятрогении

?Следует ли обучать больного стенокардией?

!да, чтобы больной имел знания о механизмах развития стенокардии

!+да, чтобы знал клинические проявления стенокардии

!да, чтобы знал общую характеристику лекарственных препаратов, рекомендованных больному

!нет

?Что входит в физический аспект реабилитации больного ИБС?

!+лечебная физкультура

!занятие в фитнес-центре

!ходьба

!физическая тренировка

?Показанием к длительным физическим тренировкам является

!недостаточность кровообращения IIБ стадии

!нестабильная стенокардия

!недостаточность кровообращения III стадии

!+состояние после операции шунтирования коронарных артерий

?Сколько пролетов лестницы должен освоить больной с инфарктом миокарда перед выпиской из стационара?

!3

!5

!+2

!4

?Какое направление является основным в реабилитации больного, перенесшего инфаркт миокарда?

!+двигательный режим

!физиотерапия

!респираторная терапия

!диетокоррекция

?При инфаркте миокарда весь период физической реабилитации на стационарном этапе де­лится на:

!+4 ступени

!3 ступени

!2 ступени

!5 ступеней

?При инфаркте миокарда программа физической реабилитации строится после ликвидации угрожающих жизни ос­ложнений на \_\_\_\_ день.

!3-4

!4-5

!+2-3

!5-6

?3–ей ступени периода физической реабилитации инфаркта миокарда на стационарном этапе соответствует:

!палатный

!постельный

!общий с выходом на улицу

!+общий режим в пределах отделения

?Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит учащение пульса на высоте на­грузки и в первые 3 мин после нее не более чем на \_\_\_\_\_ ударов в 1 мин.

!25

!30

!+20

!35

?Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит повышение АД систолического на \_\_\_\_\_\_\_ мм рт. ст..

!+20- 40

!15

!5

!10

?Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит урежение пульса на \_\_\_\_\_\_\_\_ ударов в 1 мин.

!20

!+10

!5

!15

?Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит снижение АД не более чем на \_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст.

!5

!15

!20

!+10

?На санаторном этапе реабилитации больных инфарктом миокарда предусматривается прогулочная ходьба в 2-3 приема общей продолжи­тельностью до \_\_\_\_\_ час:

!1

!+2-2,5

!3

!4

?Темп прогулочной ходьбы на санаторном этапе реабилитации больных  должен быть меньше тре­нировочной примерно на \_\_\_\_\_\_ шагов в 1 мин:

!15

!5

!+10

!20

?На санаторном этапе реабилитации больных  инфарктом миокарда ведущим ориентиром в выборе тренирующих нагрузок и их дозировки являются максимально допустимые в ходе тренировок значение:

!+ЧСС и про­должительность «пиковых» нагрузок

!АД

!ЧДД

!ЧСС

?Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит повышение АД диастолического на \_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст..

!15-20

!+10-12

!5

!30

?При окклюзии правой коронарной артерии:

!+примерно у 25% больных отмечается сопутствующий инфаркт правого желудочка

!никогда не бывает кардиогенного шока

!инфаркт правого желудочка наблюдается крайне редко

!никогда не бывает АВ-блокады

?Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее

эффективно обеспечивается:

!+исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса

!физикальным обследованием

!эхокардиографией

!электрокардиографией

?При аневризме сердца на ЭКГ выявляют:

!+«застывшую» электрокардиограмму

!нарушение ритма

!электрическую альтернацию

!отрицательный зубец Т

?Эхокардиографическим признаком аневризмы ЛЖ является:

!ФВ≥60%

!гипокинезия стенки

!низкая ФВ

!+выбухание истонченной стенки левого желудочка

?Критерием формирования хронической аневризмы сердца является подъем сегмента ST на ЭКГ, сохраняющийся:

!+более 6 недель

!в течение 7-10 дней

!в остром периоде

!в течение 4 недель

?Самым ранним симптомом отека легких является:

!+тахипноэ

!страх

!потливость

!кашель с пенистой мокротой

?Повышение содержания в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП соответствует гиперлипопротеидемии \_\_\_\_\_\_\_\_\_типа.

!I

!IIA

!+IIB

!III

?Типом гиперпротеидемии, который обусловлен недостаточностью фермента липопротеидлипазы является:

!+ I

!IIA

!IIB

!III

Риск внезапной смерти достоверно снижают:

!+бетта-блокаторы

!сердечные гликозиды

!ингибиторы АПФ

!статины

?Назначение статинов показано при \_\_\_\_\_\_ типе гиперлипидемии.

!+III

!I

!IV

!V

?К I-A классу антиаритмических препаратов относится:

!+новокаинамид

!аллапинин

!лидокаин

!этацизин

?К I-B классу антиаритмических препаратов относится:

!+лидокаин

!новокаинамид

!этацизин

!дизапирамид

?К I-C классу антиаритмических препаратов относится:

!хинидин

!дизапирамид

!+этацизин

!новокаинамид

?К III классу антиаритмических препаратов относится:

!+амиодарон

!пропранолол

!верапамил

!бисопролол

?К IV классу антиаритмических препаратов относится:

!+верапамил

!лидокаин

!дигоксин

!бисопролол

?Атриовентрикулярную проводимость замедляет:

!+верапамил

!лидокаин

!мексилетин

!фенитоин

?Интервал QT на ЭКГ удлиняет:

!лидокаин

!пропранорол

!бисопролол

!+амиодарон

?Ваголитическим действием обладает:

!+новокаинамид

!пропранорол

!лидокаин

!пропафенон

?Автоматизм синусового узла подавляет:

!+пропранорол

!дигоксин

!лидокаин

!фенитоин

?Проводимость дополнительных путей угнетает:

!+амиодарон

!пропранорол

!верапамил

!дигоксин

?Для контроля ЧСС при фибрилляции предсердий используют:

!+бета-адреноблокатор

!лидокаин

!мексилетин

!фенитоин

?Для восстановления ритма при фибрилляции предсердий используют:

!АТФ

!лидокаин

!дигоксин

!+новокаинамид

?При наджелудочковых нарушениях ритма может быть эффективен:

!+блокатор кальциевых каналов

!лидокаин

!мексилетин

!фенитоин

?При желудочковых нарушениях ритма неэффективно, либо опасно применение:

!+препарата IA класса

!блокатора кальциевых каналов

!дигоксина

!АТФ

?При синдроме удлиненного QT на ЭКГ противопоказан:

!+кордарон

!лидокаин

!бисопролол

!дигоксин

?Предвестником жизнеопасных аритмий сердца является:

!синусовая брадикардия

!БПНПГ

!+«пробежка» желудочковой тахикардии

!желудочковая экстрасистола

?К жизнеопасным аритмиям относят:

!ускоренный синусовый ритм

!идиовентрикулярный ритм

!АВ блокаду I ст.

!+фибрилляцию желудочков

?Нарушением ритма у подростков нуждающимся в лечении, является:

!миграция водителя ритма

!суправентрикулярная экстрасистолия

!+желудочковая экстрасистолия III, IV классов по Lown

!синусовая аритмия

?Лекарственным средством не являющимся препаратом выбора для лечения аритмий у подростков, является:

!малые транквилизаторы

!фенибут

!бета-блокаторы

!+лидокаин

?Абсолютным противопоказанием для применения анаприлина является:

!инфаркт миокарда

!глаукома

!+бронхиальная астма

!застойная сердечная недостаточность I ФК

?Проба с бета-адреностимулятором изадрином применяется у больных для:

!диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости

!оценки класса коронарной недостаточности

!выявления скрытой коронарной недостаточности

!+диагностики синдрома слабости синусового узла

?Что характерно для мерцательной аритмии?

!частота желудочковых комплексов более 120 в мин.

!+отсутствие зубцов Р

!наличие преждевременных комплексов QRS

!укорочение интервалов PQ

?ЭКГ-критерии, характерные для наджелудочковой экстрасистолии:

!отсутствие зубца Р и наличие F волн

!экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован

!наличие полной компенсаторной паузы

!+измененный Р перед экстрасистолическим комплексом.

?Какой ЭКГ-критерий характерен для желудочковой экстрасистолии?

!+преждевременный комплекс QRS

!экстрасистолический комплекс похож на основной

!наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом

!наличие неполной компенсаторной паузы

?При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?

!при гипертрофической кардиомиопатии

!+митральном стенозе

!НЦД

!миокардите

?Приступы Морганьи-Эдамса-Стокса встречаются при:

!желудочковой экстрасистолии

!фибрилляция желудочков

!мерцательной аритмии

!+атриовентрикулярной блокаде

?Препаратом для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии является:

!лидокаин

!+финоптин

!кордарон

!дигоксин

?Препаратом для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является:

!ритмилен

!дигоксин

!финоптин

!+кордарон

?Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии?

!+тромбоэмболический синдром

!инфаркт миокарда

!гипертонический криз

!пневмония

?Какой признак характерен для синдрома слабости синусового узла?

!желудочковая экстрасистолия

!+синоаурикулярная (синоатриальная) блокада

!атриовентрикулярная блокада

!внутрижелудочковая блокада

?Для лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий при синдроме Вольф-Паркинсона-Уайта наилучшим средством считается:

!дигоксин

!анаприлин

!новокаинамид

!+кордарон

?Какой антиаритмический препарат является наименее безопасным и достаточно эффективным при лечении тахиаритмий, вызванных дигиталисной интоксикацией?

!новокаинамид

!+лидокаин

!изоптин

!индерал

?У больного постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахиаритмии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:

!назначить хинидин

!назначить новокаинамид

!+провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма

!назначить дигоксин

?У больной 55 лет боли за грудиной, не купируются нитроглицерином. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 96. АД 110/70. Внезапно потеряла сознание, захрипела, тонические судороги, дыхания нет, пульса нет. На ЭКГ волнообразная кривая. Терапия?

!введение норадреналина

!введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно

!+электроимпульсная терапия

!эндокардиальная электростимуляция

?К I В классу антиаритмических препаратов относится:

!новокаинамид

!хинидин

!+лидокаин

!аллапинин

?К I C классу антиаритмических препаратов относится:

!новокаинамид

!хинидин

!лидокаин

!+аллапинин

?К III классу антиаритмических препаратов относится:

!пропранолол

!+амиодарон

!верапамил

!бисопролол

?К IV классу антиаритмических препаратов относится:

!амиодарон

!+верапамил

!пропранолол

!соталол

?Атриовентрикулярную проводимость замедляет:

!фенитоин

!лидокаин

!мексилетин

!+верапамил

?Ваголитическим действием обладает:

!+хинидин

!лидокаин

!пропафенон

!верапамил

?Для контроля ЧСС при фибрилляции предсердий используют:

!мексилетин

!лидокаин

!дифенин

!+верапамил

?При фибрилляции предсердий для восстановления ритма используют:

!АТФ

!+амиодарон

!лидокаин

!верапамил

?При наджелудочковых нарушениях ритма эффективен:

!дифенин

!лидокаин

!+β-адреноблокатор

!мексилетин

?При желудочковых нарушениях ритма не эффективен:

!лидокаин

!+верапамил

!амиодарон

!мексилетин

?Предвестником жизнеопасных аритмий сердца является:

!синусовая брадикардия

!БПНПГ

!+«пробежки» желудочковой тахикардии

!желудочковые экстрасистолы

?Жизнеопасной аритмией является:

!ускоренный синусовый ритм

!идиовентрикулярный ритм

!АВ блокада I ст

!+фибрилляция желудочков

?К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относится:

!+устойчивая желудочковая тахикардия

!мерцание предсердий

!АВ блокада 2 степени

!частая желудочковая экстрасистолия

?Пороговой частотой пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 50-59 лет является:

!170 в мин

!175 в мин

!180 в мин

!+140 в мин

?Укажите наиболее характерные признаки артериального пульса Pulsus differens:

!+резкое ослабление или отсутствие пульсации на одной лучевой артерии

!резкое уменьшение величины пульса на обеих лучевых артериях

!число пульсовых волн на лучевой артерии больше числа сердечных сокращений

!число пульсовых волн на лучевой артерии меньше числа сердечных сокращений

?Какая форма кардиомиопатии наиболее распространена:

!+дилатационная

!гипертрофическая

!рестриктивная

!аритмогенная дисплазия правого желудочка

?Фракция выброса левого желудочка у больных дилатационной кардиомиопатией:

!незначительно повышается

!незначительно снижается

!+значительно снижается

!значительно повышается

?Дилатационная кардиомиопатия развивается:

!в детском возрасте

!+в среднем возрасте

!в пожилом возрасте

!в любом возрасте

?Для дилатационной кардиомиопатии на ЭКГ характерно:

!наличие дельта волны

!наличие волны Осборна

!наличие синдрома QIIISITIII

!+ отсутствие специфичных изменений

?Типичным рентгенологическим признаком дилатационной кардиомиопатии является:

!выпот в полость перикарда

!+кардиомегалия

!уменьшение кардиоторакального индекса

!расширение сосудистого пучка

?У больных ДКМП при катетеризации сердца не выявляется:

!дилатация полости ЛЖ

!гипокинезия стенок ЛЖ

!снижение глобальной сократимости ЛЖ

!+значимый стеноз коронарных артерий

?Для лечения дилатационной кардиомиопатии не применяют:

!сердечные гликозиды

!бета-блокаторы

!ингибиторы АПФ

!+антагонисты кальция

?Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются:

!сердечные гликозиды

!+бета-блокаторы и антагонисты кальция

!периферические вазодилататоры

!сердечные гликозиды и нитраты

?При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии противопоказаны:

!+сердечные гликозиды

!бета-блокаторы

!ингибиторы АПФ

!антагонисты кальция

?К редким клиническим проявлениям гипертрофической кардиомиопатии относятся:

!боли в грудной клетке

!сердцебиения

!синкопальные состояния

!+эмболические осложнения

?Рестриктивная кардиомиопатия характеризуется:

!гипертрофией миокарда желудочков

!+нарушением диастолической функции миокарда

!снижением систолической функции желудочков

!сниженным системным и легочным венозным давлением

?В основе развития вторичных кардиомиопатий лежат процессы:

!гипертрофии миокарда

!некроза миокарда

!+дистрофии миокарда

!воспаления

?Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет:

!возраст и пол больного

!высокий уровень липидов в плазме

!эхокардиография

!+коронарография

?Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

!стенокардия напряжения

!развитие сердечной недостаточности

!полная блокада левой ножки пучка Гиса

!+желудочковая аритмия

?Для лечения аритмий при гипертрофической кардиомиопатии наиболее показано:

!хинидин

!новокаинамид

!изоптин

!индерал

!+кордарон

?У б-ной 40 лет боли в сердце при нагрузке, иррадиирующие в левую руку. Длительность 15 мин, снимаются валокордином. АД в норме. Кардиомегалия, систолический шум на верхушке. При ЭхоКГ: толщина МЖП 1,5см, гипокинез перегородки, полость левого желудочка уменьшена, клапаны интактны. Ваш диагноз:

!ИБС, стенокардия напряжения

!нейроциркуляторная дистония

!миокардит

!+гипертрофическая кардиомиопатия

!коарктация аорты

?Какие изменения на ЭКГ характерны для гипертрофической кардиомиопатии?

!синдром WPW

!блокада правой ножки пучка Гиса

!мерцательная аритмия

!+глубокий Q в V5-V6

?Какой эхокардиографический признак характерен для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза?

!симметричная гипертрофия стенок левого желудочка

!+переднее систолическое движение передней створки митрального клапана

!утолщение створок аортального клапана

!симметричная гипертрофия стенок правого желудочка

?У больного 47 лет одышка при нагрузке, отеки ног, сердцебиения. Гиперемия лица, кардиомегалия, контрактура Дюпюитрена, гепатомегалия, 3х-членный ритм на верхушке сердца. Повышение АЛТ и АСТ, холестерин крови 4,5. Клапаны не поражены. Диагноз?

!дилатационная кардиомиопатия

!миокардит

!гипертрофическая кардиомиопатия

!+алкогольное поражение сердца

?Для подклапанного (субаортального) стеноза характерным ЭХОКГ признаком является:

!+ускорение кровотока в выносящем тракте левого желудочка

!уменьшение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка

!спаечный процесс в области комиссур аортального клапана

!дилатация восходящего отдела аорты

?Какие аускультативные данные типичны для идиопатического гипертрофического аортального стеноза?

!усиление первого тона на верхушке и диастолический шум

!+ослабление первого тона на верхушке, систолический шум по левому краю грудины и на верхушке

!ослабление первого тона на верхушке и систолический шум над аортой

!нормальный первый тон и отсутствие шумов над аортой

!"металлический" второй тон над аортой и диастолический шум

?Легочное сердце - это

!увеличение правого желудочка сердца при заболеваниях, нарушающих структуру и (или) функцию легких

!гипертрофия правого желудочка (ПЖ), или сочетание гипертрофии с дилатацией и/или правожелудочковой сердечной недостаточностью

!+патологическое состояние, развивающееся вследствие легочной артериальной гипертензии, обусловленной патологией бронхолегочного аппарата, сосудов легких или торако-диафрагмальными нарушениями; которое проявляется гиперфункцией правого желудочка сердца, его гипертрофией и/или дилатацией, и формированием правожелудочковой сердечной недостаточности

!диастолическая дисфункция правого желудочка

?Под термином легочная гипертензия подразумевается патологический симптомокомплекс в основе которого лежит повышение уровня:

!+систолического давления в легочной артерии выше 25 мм рт. ст. в покое и среднего давления в ЛА > 20 мм рт. ст.

!систолического давления в легочной артерии выше 30 мм рт. ст. при физической нагрузке

!давления в малом круге кровообращения

!давления заклинивания в легочной артерии более 15 мм рт. ст.

?При хроническом легочном сердце легочная гипертензия обусловлена:

!снижением сократительной способности левого желудочка

!+поражением эндотелия сосудов малого круга со снижением образования простациклина, оксида азота (NO) и эндотелинрасслабляющего фактора

!эндотелиальной дисфункцией, приводящей к хроническому снижению продукции вазоконстрикторов, таких как тромбоксан А2 и эндотелин-1

!поражением эндотелия сосудов большого круга кровообращения

?При хроническом легочном сердце отмечается:

!+тёмный гипоксемический цианоз

!периферический цианоз

!типичное пунцовое окрашивание щек

!синхронное с пульсом покачивание головы

?Пульсоксиметрия позволяет определить:

!повышение рС02 в крови

!+коэффициент кислородного насыщения гемоглобина

!PH крови

!вентиляционно-перфузионное соотношение

?ЭКГ признаками легочного сердца являются:

!+Появление во II, III, aVF (иногда в V1) высокоамплитудных с заостренной вершиной зубцов Р

!высокие зубцы RV5, RV6 (RV6>RV5>RV4

!регистрация широкого двугорбого зубца P в отведениях: I, II, aVL, V5, V6.

!депрессия сегменты ST ниже изолинии в левых грудных отведениях

?Механизмом действия простаноидов при легочной гипертензии является:

!уменьшение продукции минералокортикоидов, снижение реабсорбция натрия и выведение калия

!+сосудорасширяющее действие, эндогенная ингибиция агрегации тромбоцитов

!блокада рецепторов эндотелина подтипа А

!угнетение синтеза альдостерона

?Какой из перечисленных препаратов относится к блокаторам рецепторов эндотелина?

!вальсакор

!лерканидипин

!+амбризентан

!вазапростан

?Рентгенологическим признаком ХЛС является:

!расширение второй и третьей дуг левого контура сердца

!+выбухание конуса и ствола легочной артерии в правой передней и реже в прямой проекции

!увеличение размеров левого предсердия и появление рентгенологических признаков застоя в малом круге кровообращения

!симптом «матового стекла»

?При лечении правожелудочковой недостаточности кровообращения на фоне ХЛС предпочтение следует отдать:

!+комбинированному назначению салуретиков в сочетании с спиронолактонами и ингибиторами АПФ

!сердечным гликозидам

!пролонгированным нитратам

!ингибиторам АПФ

?Эхокардиографическим и эхокардиодоплероскопическим критерием легочного сердца является

!увеличение толщины миокарда левого желудочка

+количественно систолическое давление в легочной артерии

!объёмную перегрузку левого желудочка

!увеличения толщины базального отдела МЖП

! структурные изменения МК

?Закись азота вызывает:

!повышение парциального давления кислорода в крови

!урежение ЧСС

!конкурентное связывание активного каталитического фрагмента АПФ и блокаду перехода ангиотензина I в ангиотензин II

!+уменьшение легочного сосудистого сопротивления

?Какие из перечисленных групп препаратов применяются в лечении хронического легочного сердца?

!бета-адреноблокаторы

!дофаминомиметики

!сердечные гликозиды

!+дигидропиридиновые антагонисты кальция

?К клиническим проявлениям правожелудочковой недостаточности кровообращения при ХЛС относятся:

!приступы сердечной астмы

!+положительный симптом Плеша (Plesh- симптом)

!застойные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах с обеих сторон

!акцент II тона на аорте

?Легочная гипертензия при поражении левого желудочка характеризуется:

!+повышением давления заклинивания легочной артерии до 15-18 мм рт. ст. и выше

!давлением в легочной артерии больше 25 мм рт. ст. в покое или больше 35 мм рт. ст. при нагрузке

!нормальным или пониженным давлением заклинивания легочной артерии— не больше 10-12 мм рт. ст.

!снижением систолической функции правого желудочка

?К развитию легочного сердца при синдроме Пиквика приводит:

!ателектаз

!эмфизема легких

!пневмосклероз

!+альвеолярная гипервентиляция

?Систолическое давление в легочной артерии в норме не превышает\_\_\_\_\_\_\_\_ мм.рт.ст.:

!20

!+30

!40

!50

?Критерием диагностики легочной гипертензии:

является повышение

!среднего давления в легочной артерии >15 мм рт. ст.

!систолического АД в легочной артерии >30 мм рт. ст.

!давления заклинивания в легочной артерии >15 мм рт. ст.

!+систолического артериального давления в легочной артерии >25 мм рт. ст. в покое

?Золотым стандартом диагностики легочной гипертензии является:

!ЭКГ

!измерение давления в легочной артерии методом эхокардиографии

!+измерение давления в легочной артерии методом катетеризации

!анализ газового состава крови

?Основным симптомом в диагностике легочной гипертензии является:

!экспираторная одышка

!+инспираторная одышка

!кровохарканье

!тахикардия

?К объективному диагностическому критерию легочной гипертензии относится:

!пульсация шейных вен

!периферический цианоз

!типичное пунцовое окрашивание щек

!+центральный цианоз

?Пульсоксиметрия позволяет определить:

!повышение рС02 в крови

!+коэффициент кислородного насыщения гемоглобина

!PH крови

!диффузионную емкость легких

?ЭКГ признаком легочной гипертензии является:

!регистрация широкого зубца P в отведениях: I, II, aVL

!высокие зубцы RV5, RV6

!+появление во II, III, aVF высокоамплитудных зубцов R

!смещение ЭОС влево

?Рентгенологическим признаком легочной гипертензии является:

!+выбухание конуса и ствола легочной артерии в правой передней и

в прямой проекции

!расширение второй и третьей дуг левого контура сердца

!увеличение размеров левого предсердия

!увеличение размеров левого желудочка

?Вентиляционно-перфузионное сканирование легких при легочной гипертензии проводится:

!для оценки диаметра легочной артерии

!+при подозрении на наличие тромбоэмболии

!для оценки трикуспидальной регургитации

!для оценки состояния сосудистого русла легких

?ЭХО кардиография при легочной гипертензии позволяет определить:

!утолщение межжелудочковой перегородки

!толщину миокарда левого желудочка

!объёмную перегрузку правого желудочка

!+систолическое давление в легочной артерии

?Важным критерием диагностики правожелудочковой недостаточности при хроническом легочном сердце является:

!+положительный симптом Плеша (Plesh- симптом)

!приступы сердечной астмы

!застойные мелкопузырчатые хрипы в лёгких

!акцент II тона на аорте

?Острый вазореактивный тест с вазодилататорами при легочной гипертензии позволяет определить:

!прогноз заболевания

!+показания к назначению антагонистов кальция

!выраженность нарушений вентиляции

!показания к назначению простаноидов

?Легочная гипертензия характеризуется:

!регургитацией на митральном клапане

!высоким общим переферическим сопротивлением

!+высоким давлением в легочных сосудах

!высоким давлением в левом предсердии

?Легочная гипертензия при поражении левого желудочка характеризуется:

!давлением в легочной артерии > 25 мм рт. ст. в покое или >35 мм рт. ст. при нагрузке

!+повышением давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) до 15-18 мм рт. ст. и выше

!нормальным или пониженным давлением заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) — не > 10-12 мм рт. ст.

?В лечении легочной гипертензии применяются:

!симпатомиметики

!сердечные гликозиды

!бета-блокаторы

!+антагонисты кальция

?Простаноиды при легочной гипертензии оказывают:

!+сосудорасширяющее действие

!уменьшают продукцию минералокортикоидов

!снижают реабсорбцию натрия

!блокируют рецепторы эндотелина подтипа А (ЕТА)

?В лечении идиопатической легочной артериальной гипертензии применяются:

!дофаминомиметики

!бета-адреноблокаторы

!+антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

!сердечные гликозиды

?В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов:

!+анатомическим уменьшением сосудистого русла

!повышением внутригрудного давления

!понижением внутригрудного давления

!наличием артерио-венозных шунтов

?По течению ЛС не делится на:

!острое

!подострое

!хроническое

!+затяжное

?Анализы крови при ЛС нередко выявляют:

!+эритроцитоз

!ускорение СОЭ

!замедление СОЭ

!снижение РаО2

?Характерным рентгенологическим изменением при ХЛС является:

!сглаженность талии сердца

!расширение корня аорты

!+дилатация правых отделов сердца

!дилатация левых отделов сердца

?В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов:

!от гипоксии

!+анатомическим уменьшением сосудистого русла

!повышением внутригрудного давления

!понижением внутригрудного давления

?По течению ЛС не делится на:

!острое

!подострое

!хроническое

!+затяжное

?Анализы крови при ЛС нередко выявляют:

!+эритроцитоз

!ускорение СОЭ

!замедление СОЭ

!снижение РаО2

?Характерным рентгенологическим изменением при ХЛС является:

!сглаженность талии сердца

!расширение корня аорты

!+дилатация правых отделов сердца

!дилатация левых отделов сердца

?В развитии острого ЛС сосудистого генеза играют роль:

!+тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

!астматический статус

!пневмоторакс

!тотальный выпотной плеврит

?В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение:

!инфузии растворов нитроглицерина

!+блокаторов кальциевых каналов

!сердечных гликозидов

!антагонистов альдостерона

?В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов:

!от гипоксии

!+анатомическим уменьшением сосудистого русла

!повышением внутригрудного давления

!понижением внутригрудного давления

?По течению ЛС не делится на:

!острое

!подострое

!хроническое

!+затяжное

?Анализы крови при ЛС нередко выявляют:

!+эритроцитоз

!ускорение СОЭ

!замедление СОЭ

!снижение РаО2

?Характерным рентгенологическим изменением при ХЛС является:

!расширение легочной артерии

!расширение корня аорты

!+дилатация правых отделов сердца

!дилатация левых отделов сердца

?В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов:

!от гипоксии

!+анатомическим уменьшением сосудистого русла

!повышением внутригрудного давления

!понижением внутригрудного давления

?По течению ЛС не делится на:

!острое

!подострое

!хроническое

!+затяжное

?Анализы крови при ЛС нередко выявляют:

!+эритроцитоз

!ускорение СОЭ

!замедление СОЭ

!снижение РаО2

?Характерным рентгенологическим изменением при ХЛС является:

!расширение легочной артерии

!расширение корня аорты

!+дилатация правых отделов сердца

!дилатация левых отделов сердца

?В развитии острого ЛС сосудистого генеза играют роль:

!+тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

!астматический статус

!пневмоторакс

!тотальный выпотной плеврит

?В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение:

!инфузии растворов нитроглицерина

!+блокаторов кальциевых каналов

!сердечных гликозидов

!антагонистов альдостерона

?Наиболее информативным критерием гипертрофии правого желудочка является:

!+выраженное отклонение оси QRS вправо

!смещение переходной зоны вправо

!смещение переходной зоны влево

!S-тип ЭКГ

?На ЭКГ в стадии компенсации при легочной гипертензии выявляется:

!+гипертрофия правого желудочка

!гипертрофия левого желудочка

!гипертрофия обоих желудочков

!гипертрофия левого предсердия

?Характерным специфическим признаком гипертрофии правого желудочка на ЭКГ является:

!увеличение зубца R V6

!появление S V6

!+увеличение зубца R VI

!увеличение зубца S VI

?Эпицентром сердечного шума при легочной гипертензии является:

!аорта

!+легочная артерия

!т. Боткина

!верхушка

?На ЭхоКГ при легочной гипертензии:

!увеличение левого предсердия

!увеличение правого предсердия

!увеличение левого желудочка

!+увеличение правого желудочка

?На ЭКГ в стадии компенсации при легочной гипертензии выявляется:

!дилатация правого желудочка

!+гипертрофия правого желудочка

!гипертрофия левого желудочка

!дилатация левго желудочка

?Для легочного сердца характерна гипертрофия:

!+правого желудочка

!левого желудочка

!левого предсердия

!обоих предсердий

?Укажите изменения при хроническом легочном сердце:

!анемия

!+эритроцитоз

!тромбоцитоз

!тромбоцитопения

?Наличие гипертрофии правого желудочка не характерно для:

!стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

!+стеноза правого атриовентрикулярного отверстия

!хронического легочного сердца

!стеноза легочной артерии

?Изменением II тона сердца, при повышении давления в легоч­ной артерии и выраженной гипертрофии правого желудочка, является:

!ослабление II тона на легочной артерии

!только акцент II тона на легочной артерии

!+акцент и расщепление II тона на легочной артерии

!только расщепление II тона на легочной артерии

?Для хронической правожелудочковой недостаточности характерно следующее:

!цианоз

!отеки

!+положительный венный пульс

!нормальные границы сердца

?Признаками правожелудочковой сердечной недостаточности являются:

!уменьшение сердечного выброса

!повышение конечного диастолического давления

!миогенная дилатация

!+застой крови в венозном русле большого круга кровообращения

?Заболеванием, чаще всего приводящим к развитию хронического легочного сердца, является:

!+ХОБЛ

!саркоидоз

!фиброзирующий альвеолит

!ожирение

?Изменением в легких при синдроме Пиквика, приводящим к развитию легочного сердца, является:

!пневмосклероз

!эмфизема легких

!ателектаз

!+альвеолярная гиповентиляция

?Признаком не характерным для больного с хроническим легочным сердцем, является:

!одышка

!тахикардия

!+акроцианоз

!блокада правой ножки пучка Гиса

!бочкообразная грудная клетка

?Препаратами,не входящими в объем лечения при ХЛС, являются:

!антагонисты кальция

!иАПФ

!диуретики

!АРА ІI

!+антибиотики

?Препаратами, снижающими давление в малом круге кровообращения, являются:

!+антагонисты кальция

!иАПФ

!диуретики

!бета-блокаторы

?Лекарственными препаратами, не применяющимися при декомпенсированном хроническом легочном сердце, являются:

!+бета-блокаторы

!антагонисты кальция группы нифедипина

!иАПФ

!диуретики

?Характерным физикальным признаком у пациентов с ХЛС является:

!+набухание и/или пульсация ярёмных вен шеи

!выраженная пульсация сонных артерий

!жесткое дыхание и сухие басовые хрипы

!амфорическое дыхание

?Легочное сердце развивается при:

!поражении эндокринных органов

!+поражении легочных сосудов

!эссенциальной гипертензии

!выраженном ожирении

?При ХОБЛ формируется сердце

!эмфизематозное

!"волосатое"

!"тигровое"

!+легочное

?Макроскопической характеристикой легочного сердца является:

!консистенция дряблая

!извитые сосуды под эпикардом

!гипертрофия левого желудочка

!+гипертрофия правого желудочка

?Причиной развития легочного сердца является:

!гипертензия

!перикапиллярный склероз

!интракапиллярный склероз

!+гипертензия малого круга кровообращения

?"Легочное сердце" может возникнуть при:

!гипертонической болезни

!гипертиреозе

!миокардите

!+хроническом обструктивном бронхите

?Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

!снижение артериального давления

!+повышение центрального венозного давления (ЦВД)

!снижение ЦВД

!анемия

?Изменением в легких при синдроме Пиквика, приводящим к развитию легочного сердца, является:

!пневмосклероз

!эмфизема легких

!поражение легочных сосудов

!+альвеолярная гиповентиляция

?Основная причина развития легочного сердца у больного ХОБЛ:

!деформация бронхиального дерева

!+обструкция дыхательных путей

!гипоксия и длительный спазм артерий легких

!понижение давления в бронхиолах и альвеолах

?Косвенным признаком наличия гипоксии у больного ХЛС является:

!+пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол

!диффузный теплый цианоз

!акроцианоз

!одышка

?Признаком, не характереным для больного с ХЛС, является:

!одышка

!тахикардия

!+ортопноэ

!блокада правой ножки пучка Гиса

?Легочно-сердечная недостаточность не имеет следующую стадию:

!I

!II

!+фазы А и Б II стадии

!III

?Систолическое давление в легочной артерии в норме:

!не превышает 20 мм. рт. ст.

!+не превышает 30 мм. рт. ст.

!не превышает 40 мм. рт. ст.

!выше 40 мм. рт. ст.

?Расширение сосудов легких в верхних отделах при рентгенологическом исследовании отмечается, когда заклинивающее давление в легочной артерии превышает:

!+30 мм. рт. ст.

!10 мм. рт. ст.

!20 мм. рт. ст.

!40 мм. рт. ст.

?Самый ранний симптом отека легких:

!+тахипноэ

!страх

!потливость

!кашель с пенистой мокротой

?К блокатору рецепторов эндотелина относится:

!лерканидипин

!вальсакор

!+амбризентан

!вазапростан

?К селективному ингибитору фосфодиэстеразы 5 подтипа относится:

!вазапростан

!даксас

!бозентан

!+силденафил

?Какое положение принимает электрическая ось сердца при гипертрофии правого желудочка?

!отклоняется влево

!+отклоняется вправо

!горизонтальное

!изоэлектрическое

?При декомпенсированном легочном сердце применяют:

!+блокаторы кальциевых каналов

!сердечные гликозиды

!+кровопускания с введением реополиглюкина

!бета-блокаторы

?Наиболее информативным критерием гипертрофии правого желудочка является:

!+выраженное отклонение оси QRS вправо

!смещение переходной зоны вправо

! выраженное отклонение оси QRS влево

!смещение переходной зоны

?При инфекционном эндокардите к малым критериям в качестве проявления заболевания относят:

!+порок сердца

!появление новой регургитации

!выявление типичных для инфекционного эндокардита микроорганизмов

!абсцесс фиброзного кольца

?При инфекционном эндокардите к большим критериям в качестве проявления заболевания относят:

!наличие предрасполагающих заболеваний сердца (пороки, гипертрофическая кардиомиопатия и др.)

!вмешательства, сопровождаемые возникновением бактериемии

!+признаки вовлечения эндокарда при ЭХО-КГ

?При инфекционном эндокардите риск быстрого развития эмболии крупных артерий повышается при:

!лихорадке 38°С

!+вегетациях с большой амплитудой осцилляций

!наличии вегетации на хордах

!появлении новой регургитации

? При инфекционном эндокардите риск быстрого развития деструктивных изменений клапанного аппарата сердца повышается при наличии:

!+золотистого стафилококка - причина эндокардита

!вегетации в диаметре более 1 см

!грибкового эндокардита

!мелких геморрагических высыпаний на коже

?Осложнением, резко ухудшающим прогноз жизни, у больных инфекционным эндокардитом является:

!экссудативный перикардит

!микрогематурия

!гломерулонефрит

!+внутрисердечный абсцесс

?Осложнением, требующим экстренного хирургического вмешательства, у больных инфекционным эндокардитом является:

!экссудативный перикардит

!микрогематурия

!гломерулонефрит

!+внутрисердечный абсцесс

?Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных без аллергии к пенициллину назначается:

!гентамицин

!пенициллин

!+пенициллин в сочетании с гентамицином

!ампициллин в сочетании с гентамицином

?Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных имеющих аллергию к пенициллину используют:

!гентамицин

!пенициллин в сочетании с гентамицином

!ампициллин в сочетании с гентамицином

!+ванкомицин в сочетании с гентамицином

?Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных с резистентностью к гентамицину и стрептомицину используют:

!пенициллин

!ампициллин в сочетании с гентамицином

!ванкомицин в сочетании с гентамицином

!+ампициллин или ванкомицин длительно (8-12 недель) и хирургическое лечение

?Для лечения стафилококкового эндокардита, у больных имеющих аллергию к пенициллину используют:

!+ванкомицин

!пенициллин

!нафциллин или оксациллин

!нафциллин или оксациллин в сочетании с гентамицином

?Для лечения стрептококкового эндокардита, вызванного зеленящим стрептококком, бычьим стрептококком (чувствительные к пенициллину - минимальная ингибиторная концентрация менее 0,1 мкг/мл):

!+пенициллин в комбинации с гентамицином

!цефазолин

!ампициллин

!пенициллин

? Для лечения стрептококкового эндокардита вызванного зеленящим стрептококком, бычьим стрептококком (относительно резистентные к пенициллину - минимальная ингибиторная концентрация 0,1 - 0,5 мкг/мл) используют:

!цефазолин

!пенициллин в комбинации с гентамицином

!цефтриаксон

!+ванкомицин

?Для лечения стрептококкового эндокардита, при наличии аллергии к пенициллину используют:

!цефазолин

!+ванкомицин+гентамицин

!пенициллин

!пенициллин в комбинации с гентамицином

?Для лечения эндокардита вызванного метициллин - устойчивыми стафилококками у больных с клапанными протезами или имплантированными устройствами используют:

!+ванкомицин в сочетании с рифампицином и с гентамицином

!нафциллин или оксациллин в сочетании с рифампицином и гентамицином

!ванкомицин

!нафциллин

?Абсолютным показанием для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом является:

!высокая лихорадка

!возникновение сердечной недостаточности в связи с поражением клапанных структур

!резистентность к терапии антибиотиками, постоянная бактериемия, грибковый эндокардит

!+длительно сохраняющаяся лихорадка у больных с эндокардитом и отрицательными посевами крови

?Относительным показанием для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом является:

!+высокая лихорадка

!сердечная недостаточность в связи с поражением клапанных структур

!нарушение функции искусственного клапана

!резистентность к терапии антибиотиками

?Для лечения стафилококкового эндокардита с метициллин-резистентными штаммами используют:

!+ванкомицин

!оксациллин

!нафциллин или оксациллин в сочетании с гентамицином

!цефазолин в сочетании с гентамицином

?В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет:

!гепатоспленомегалия

!аускультативная динамика шумов сердца

!нарастание сердечной недостаточности

!+вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании

?Инфекционный эндокардит чаще всего встречается при:

!дилатационной кардиомиопатии

!врожденном пороке сердца

!+ревматизме

!миокардите

?В диагностике инфекционного эндокардита решающее значение имеeт наличие:

!увеличение СОЭ

!анемии

!увеличение селезенки

!+«вегетации» на клапанах

?Основными клиническими признаками инфекционного эндокардита являются:

!кожные васкулиты

!шумы в сердце

!тромбоэмболии

!+лихорадка >380 С с ознобом и спленомегалия

?Какой из симптомокомплексов типичен для инфекционного эндокардита?

!лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия

!+лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия

!лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз

!лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения

?Какое лечение следует назначить больному инфекционным эндокардитом при отрицательных результатах посева крови?

!пенициллин

!аминогликозид

!цефалоспорины

!+цефалоспорины+аминогликозиды

?У спортсмена t 390С, озноб, одышка в покое. Кожа бледно-желтая, петехии на ногах. В легких немного влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в т. Боткина. ЧСС 106, АД 120/40. Печень + 5см, болезненная. Голени пастозны. Можно думать о:

!пневмонии

!+инфекционный эндокардите

!цирроз печени

!ревмокардите

?У больного инфекционным эндокардитом на фоне лечения антибиотиками температура тела нормализовалась, но нарастают явления выраженной сердечной недостаточности. Больной получает диуретики, сердечные гликозиды. Пульс 112 уд/мин. АД 140/20. Тактика:

!увеличить дозу антибиотиков

!произвести плазмаферез

!увеличить дозу диуретиков

!+направить на хирургическое лечение

?При желудочно-кишечных и урологических вмешательствах для профилактики инфекционного эндокардита рекомендуется назначать антибиотики чувствительные к:

!пневмококку

!менингококку

!стрептококку

!+энтерококку

?При стоматологических и других вмешательствах в полости рта, носа или в полости среднего уха, сопровождаемых кровотечением, рекомендуется проводить профилактику гематогенного распространения:

!энтерококка

!менингококка

!пневмококка

!+зеленящего стрептококка

?Миокардит это:

!воспаление сердечной мышцы неясной этиологии

!воспаление сердечной мышцы, связанное с атеросклеротическим поражением коронарных артерий

!+воспаление сердечной мышцы, вызываемое прямым или опосредованным действием инфекционного или неинфекционного агента

!воспаление сердечной мышцы, обусловленное только вирусной или бактериальной природой

?Наиболее распространенной причиной миокардита является:

!+вирусная инфекция

!бактериальная инфекция

!ТЭЛА

!паразитарная инвазия

?Какие вирусы являются самыми частыми возбудителями миокардита?

!парагриппа

!+коксаки

!эпидемического паротита

!ветряной оспы

?В биохимическом анализе крови при миокардите обнаруживают:

!+умеренное повышение МВ-КФК и тропонинов

!тромбоцитопению

!гипохромную анемию

!гипогаммаглобулинемию

?Какой метод является наиболее информативным для диагностики миокардита:

!биохимический анализ крови

!+эндомиокардиальная биопсия

!проба с физической нагрузкой

!рентгенография органов грудной клетки

?Далласские критерии миокардита основаны на данных:

!ЭКГ

!ЭХОКГ

!МРТ

!+эндомиокардиальной биопсии

?Основными причинами миокардитов является:

!+инфекция

!паразитарные инвазии

!неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия)

!идиопатические факторы

?В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит?

!в первые дни, на высоте лихорадочного периода

!+в фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания)

!в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя)

! в фазе поздней реконвалесценции ( позже 3-й недели)

?Для миокардита наиболее характерны жалобы на боли в области сердца:

!+сердцебиение, одышку

!сердцебиение, обмороки

!головокружения, одышку

!температуру, сухой кашель

?Какие ЭКГ-признаки наиболее характерны для миокардита?

!низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0,22 с, QRS=0,12 с

!+смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный Т

!конкордантный подъем сегмента ST

!дискордантный подъем сегмента ST

?Какой рентгенологический признак является общим для миокардита и экссудативного перикардита?

!+кардиомегалия

!отсутствие дуг по контурам сердечной тени

!отсутствие застоя в легких

!укорочение тени сосудистого пучка

?У больного 47 лет перебои в работе сердца, боли в крупных суставах. За 3 недели до этого лихорадка 38,5 боли в животе и жидкий стул 10 дней. На ЭКГ PQ=0,24-0,34 сек с выпадением QRS, лейкоциты 12,9 СОЭ 35, сиаловая кислота 270 ед. Диагноз?

!ИБС

!ревматический миокардит

!инфекционно-аллергический миокардит

!+йерсиниозный миокардит

?У больного через 3 недели просле ангины слабость, АД 90/60, боли в области сердца. Появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 недель появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать?

!инфекционно-аллергический миокардит

!+дифтерия, инфекционно-токсический миокардит

!ревматический миокардит

!дилатационная кардиомиопатия

?Наиболее частой причиной констриктивного перикардита является:

!травма

!оперативное вмешательство на сердце

!+туберкулез

!уремия

?Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

!измерение ЦВД

!+рентгенография грудной клетки

!ФКГ

!ЭКГ

?Заболевание, с которым чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:

!диафрагмальная грыжа

!пептическая язва пищевода

!+инфаркт миокарда

!миокардит

?Ваша тактика при перекардитах неясного генеза:

!пробное противоревматическое лечение

!лечение антибиотиками широкого спектра действия

!+пробное лечение противотуберкулезными препаратами

!пробное лечение кортикостероидами

?Для перикардита характерны:

!+усиление или вновь появляющиеся боли за грудиной, носящие постоянный пульсирующий характер

!боли усиливающиеся на выдохе

!аускультативно – крепитации над всеми полями легких

!систолический шум на верхушке

?Недостаточность кровообращения по большому кругу, небольшие размеры сердца, отсутствие при пальпации верхушечного толчка характерны для:

!кардиомиопатии

!ревматического порока

!легочного сердца

!+констриктивного перикардита

?У больного 47 лет через 6 м. после лобэктомии по поводу периферического рака легкого и рецидивирующей ТЭЛА в связи с мигрирующим тромбофлебитом нижних конечностей усиление одышки, выявлено увеличение тени сердца, снижение вольтажа ЭКГ, при ЭхоКГ - сепарация листков перикарда 2-2,2 см и около 1 литра жидкости в полости перикарда. Гистологический вариант опухоли - аденокарцинома. В связи с установкой кава-фильтра постоянно принимал фенилин по 1-2 табл. в день; протромбин 60%. Причина накопления жидкости в перикарде:

!неинфекционный гидроперикардит

!инфекционный выпотной перикардит (неспецифический или туберкулезный)

!+метастатическое поражение перикарда

!гемиперикард как осложнение терапии антикоагулянтами

?Аускультативным симптомом митральной регургитации является:

!+систолический шум у верхушки сердца

!систолический шум у мечевидного отростка

!систолический шум во 2 межреберье справа от грудины

!систолический шум во 2 межреберье слева от грудины

?Признаком митральной недостаточности является:

!хлопающий I тон у верхушки сердца

!+ослабление I тона у верхушки сердца

!усиленный I тон во 2ом межреберье справа от грудины

!ослабленный I тон справа от грудины в 4 межреберье

?Характерным ЭКГ признаком митральной недостаточности является:

!+гипертрофия левого предсердия в сочетании с гипертрофией левого желудочка

!гипертрофия левого предсердия в сочетании с гипертрофией правого желудочка

!сочетанная гипертрофия левого и правого предсердия

!гипертрофия правого предсердия и правого желудочка

?Аускультативным признаком митрального стеноза является диастолический шум:

!+у верхушки сердца

!во 2 межреберье справа от грудины

!во 2-3 межреберье слева от грудины

!в 4 межреберье у правого края грудины

?Аускультативным признаком митрального стеноза является:

!+усиление I тона у верхушки сердца в сочетании с тоном открытия митрального клапана и пресистолическим шумом

!ослабление I тона у верхушки сердца в сочетании с патологическим III тоном

!систолический шум во 2ом межреберье справа в сочетании с расщеплением II тона

!систолический шум во 2 межреберье справа в сочетании с расщеплением I тона

?Мягкой степени тяжести митрального стеноза соответствует площадь митрального отверстия:

!+ более 1,5 см2

!менее 1,0 см2

!более 2,0 см2

!4,0 см2

?Тяжелой степени митрального стеноза соответствует:

!1-1,5 см2

!+менее 1 см2

!более 1,5 см2

!более 2,0 см2

?Аускультативным признакам аортальной недостаточности является:

!систолический шум во 2 межреберье справа

!+диастолический шум справа во 2 межреберье и в V точке

!акцент II тона справа во 2 межреберье

!ослабление II тона справа во 2 межреберье

?Аортальной недостаточности свойствен следующий симптом:

!+увеличение сердечной тени влево и вниз

!увеличение сердечной тени влево и вверх

!увеличение сердечной тени вправо

!сглаженная талия сердца

?Для мягкой степени аортальной регургитации характерен объем регургитации при ЭхоКГ:

!+ менее 30 мл/уд

!более 60 мл/уд

!30-59 мл/уд

!менее 20 мл/уд

?Для тяжелой степени аортальной регургитации характерен объем регургитации на ЭхоКГ:

!+ более 60 мл/уд

!менее 60 мл/уд

!менее 30 мл/уд

! 30-40 мл/уд

?Аускультативным симптомом аортального стеноза является:

!систолический шум нежного тембра, иррадиирующий в левую подмышечную ямку

!+систолический шум грубого тембра во 2 межреберье справа, иррадиирующий на сонную артерию

!систолический шум мягкого тембра во 2 межреберье слева

!акцент II тона на аорте.

? При стенозе аорты на ЭхоКГ площадь отверстия составляет:

!+не более 1,5 см2

!3,5-4,0 см2

!не менее 6,0 см2

! не менее 5,0 см2

?При пальпации сердца на верхушке выявляется дрожание, не совпадающее с пульсацией a. carotis. Это характерно для:

!аортальной недостаточности

!митральная недостаточности

!аортального стеноза

!+митрального стеноза

?Изменения границ относительной тупости сердца: правая граница на 1 см вправо от правого края грудины, левая по передней аксиллярной линии, верхняя III ребро, характерны для порока сердца:

!митрального стеноза

!митральной недостаточности

!недостаточности трехстворчатого клапана

!+аортального порока

?Для митральной конфигурации сердца характерна:

!«треугольная» форма сердца

!смещение вправо правой границы

!+смещение вверх верхней границы и сглаживание «талии» сердца

!смещение левой границы влево и правой вправо

?Дайте название следующему шуму: у больного митральным стенозом с признаками выраженной легочной артериальной гипертензии во II–IV межреберье слева от грудины выслушивается мягкий шум, начинающийся сразу после II тона:

!шум Флинта

!«шум волчка»

!шум Кумбса

!+шум Грэхем-Стилла

?Обмороки, головокружение и стенокардия при физической нагрузке характерны для:

!недостаточности аортального клапана

!дефекта межжелудочковой перегородки

!+стеноза устья аорты

!полной AV-блокады

?Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии?

!значительно усиливается

!не изменяется

!+исчезает

!уменьшается

?Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза?

!систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе

!акцент и раздвоение второго тона над аортой

!систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе

!+дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от второго тона на 0,07-0,12 сек.

?При митральном стенозе наблюдается:

!отклонение пищевода по дуге большого радиуса

!+отклонение пищевода по дуге малого радиуса

!увеличение левого желудочка

!расширение восходящей аорты

?Больные с митральным стенозом предъявляют жалобы на:

!головокружения

!сжимающие боли за грудиной при ходьбе

!+кровохарканье

!обмороки

?Причиной митрального стеноза может быть:

!+ревматизм

!инфекционный эндокардит

!ревматоидный артрит

!муковисцидоз

?Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации являются:

!акроцианоз

!+гепатомегалия

!одышка

!влажные хрипы в легких

?При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией выявляется:

!плевральный выпот

!высокое стояние диафрагмы

!+дилатация правых отделов сердца

!дилатация левых отделов

?Аускультативным признаком сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:

!усиление второго тона на верхушке сердца

!систолический шум во втором межреберье справа от грудины

!систолический шум во втором межреберье слева от грудины

!+мезодиастолический шум

?Аускультативным признаком сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности является:

!усиление второго тона сердца над аортой

!систолический шум во втором межреберье слева от грудины

!систолический шум на верхушке

!+систолический и протодиастолический шум над аортой

?Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае:

!расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках

!+неполного смыкания створок митрального клапана из-за их органического изменения

!дисфункции папиллярных мышц

!разрыва хорды

?Симптомы, характерные для аускультативной картины недостаточности митрального клапана:

!систолический шум у основания сердца

!хлопающий первый тон

!мезодиастолический шум

!+систолический шум на верхушке

?Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок?

!диастолический шум на верхушке

!систоло-диастолический шум

!шум Флинта

!+систолический шум на верхушке

?Какой признак характерен для митральной недостаточности?

!пульсация печени

!астеническая конституция

!+увеличение сердца влево

!дрожание у левого края грудины

?Какой симптом характерен для больных со стенозом устья аорты?

!диффузный цианоз кожных покровов

!акроцианоз

!+бледность кожных покровов

!симптом "Мюссе"

?При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?

!недостаточность аортального клапана

!+ стеноз устья аорты

!стеноз митрального клапана

!недостаточность трикуспидального клапана

?У б-го 15 лет смещение верхушечного толчка влево, границы смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. На верхушке ослабление 1 тона, систолический шум, акцент 2 тона над легочной артерией. При R-графии увеличение левых отделов сердца. Диагноз:

!сужение левого атриовентрикулярного отверстия

!+ недостаточность митрального клапана

!недостаточность устья аорты

!стеноз устья аорты

?У больного уровень АД на руках различается на 50 мм рт.ст. Два года назад лечился по поводу тонзилогенного сепсиса. При исследовании шумы на бедренных и правой сонной артериях. С какой нозологией, скорее всего, связана асимметрия давления?

!коарктация аорты

!стеноз правой сонной артерии атеросклеротического генеза

!узелковый периартериит

!+неспецифический аортоартериит

?При митральном стенозе:

!возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка

!+возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка

!выслушивается диастолический шум в точке Боткина

! выслушивается систолический шум на верхушке сердца

?Щелчок открытия митрального клапана:

!+возникает через 0,06-0,12 сек после закрытия аортальных клапанов

!характерен для митральной недостаточности

!характерен для аортального стеноза

!лучше всего выслушивается в точке Боткина

?Какое из приведенных положений верно в отношении митральной недостаточности?

!всегда ревматической этиологии

!+пролапс митрального клапана самая частая причина неревматической митральной недостаточности

!первый тон на верхушке усилен

?Обструкция выхода из левого желудочка может быть связана с:

!митральным стенозом

!+идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом

!стенозом легочной артерии

!митральной недостаточностью

?Для аортального стеноза характерно:

!мерцательная аритмия

!+синкопальные состояния

!кровохарканье

!одышка

?Большинство больных с клапанным аортальным стенозом умирает:

!внезапной смертью

!в течение 4-5 лет от момента возникновения порока

!+ в течение 4-5 лет от момента возникновения болей в сердце, одышки, синкопальных состояний и сердечной недостаточности

!от инфаркта миокарда

?Если у больного с длительно существующим митральным пороком уменьшились одышка и симптомы легочной гипертензии и стали нарастать отеки, гепатомегалия, асцит, следует думать о:

!прогрессировании митрального стеноза

!прогрессировании митральной недостаточности с развитием сердечной недостаточности

!+развитии трикуспидальной недостаточности и правожелудочковой недостаточности

!развитии аортального порока

?Шум Флинта обусловлен:

!относительной митральной недостаточностью

!+относительным митральным стенозом

!высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии

!аортальной недостаточностью

?Каким отделом сердца образована правая граница относительной тупости?

!+правое предсердие

!правый желудочек

!левый желудочек

!ушко левого предсердия и conus pulmonalis

?Левая граница относительной тупости сердца образована:

!правым предсердием

!правым желудочком

!+левым желудочком

!аортой (восходящая часть)

?Каким отделом сердца образована верхняя граница относительной тупости?

!правое предсердие

!левый желудочек

!+ушко левого предсердия и conus pulmonalis

!аорта (восходящая часть)

?Наиболее частой причиной развития ХСН является:

!Амилоидоз сердца

!+ИБС

!миокардит

!фибрилляция предсердий

?В патогенезе хронической сердечной недостаточности ведущую роль играет нарушение:

!хронотропной функции сердца

!дромотропной функции сердца

!+инотропной функции сердца

!батмотропной функции сердца

?Нейрогуморальная активация при ХСН проявляется:

!+активацией САС и РААС

!повышением уровня кортизола

!активацией РААС

!активацией САС

?Основным патогенетическим фактором образования отеков при ХСН является:

!+увеличение задержки Na+ и жидкости

!увеличение центрального венозного давления

!ухудшение дренажной функции лимфатической системы

!уменьшение содержания альбуминов плазмы

?Классической триадой симптомов ХСН являются:

!боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка

!чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение

!+одышка, слабость и отеки ног

!гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия

?Признаком ХСН I стадии является:

!+дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке

!застой в малом круге кровообращения

!застой в большом круге кровообращения

!застой в малом и большом круге кровообращения

?Признаком ХСН II А стадии является:

!дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке

!+застой в малом круге кровообращения

!застой в малом и большом круге кровообращения

!тяжелое нарушение гемодинамики с необратимыми структурными изменениями в органах и тканях

?Признаком ХСН II Б стадии является:

!дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке

!застой в малом круге кровообращения

!застой в большом круге кровообращения

!+застой в малом и большом круге кровообращения

?Признаками ХСН III стадии являются:

!+дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах

!застой в малом круге кровообращения

!застой в большом круге кровообращения

!застой в малом и большом круге кровообращения

?Проявлениями ХСН, соответствующими I функциональному классу (ФК) являются:

!усталость, сердцебиение и/или одышка при небольшой физической нагрузке

!отеки при физической нагрузке, превышающей обычную

!боли в ногах при небольшой физической нагрузке

!+усталость, сердцебиение и/или одышка при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента

? Препаратами, рекомендованными ВНОК и ОССН для лечения ХСН из

дополнительной группы являются:

!ингибиторы АПФ

!+статины

!диуретики

!сартаны

?Препаратами рекомендованными ВНОК и ОССН для лечения ХСН из вспомогательной группы являются:

!ингибиторы АПФ

!сартаны

!бета-блокаторы

!+периферические вазодилататоры

?Эффект ингибиторов АПФ тормозится:

!+нестероидными противовоспалительными средствами

!гипотиазидом

!лазиксом

!периферическими вазодилататорами

? Для увеличения выживаемости пациентов с сердечной недостаточностью при ИБС наиболее целесообразно назначение:

!диуретика

!сердечного гликозида

!нитрата

!+ингибитора АПФ

?На фоне приема ИАПФ не отмечается:

!отсутствие изменение липидного профиля

!снижение резистентности тканей к инсулину

!снижение уровня мочевой кислоты в плазме на фоне гиперурикемии

!+гипокалиемия

?При сердечной недостаточности не повышается тонус сосудов вследствие:

!активации САС

!активации РАС

!+активации системы брадикинина

!увеличения продукции вазопрессина

?Показателем, отражающим сократимость миокарда ЛЖ, вычисляемого по ЭхоКГ является:

!масса миокарда ЛЖ

!КДО

!+V-скорость циркулярного укорочения волокон

!ударный объем

?Сердечные гликозиды нельзя назначать с:

!тиазидовыми диуретиками

!верошпироном

!нитросорбидом

!+препаратами кальция

?В наибольшей степени увеличивает продолжительность и качество жизни больного с недостаточностью кровообращения:

!сердечные гликозид

!антагонист кальция

!+ингибитор АПФ

!триметазидин

?Изменится ли цвет кожных покровов у больного с тяжелой правожелудочковой сердечной недостаточностью в сочетании с выраженной анемией (Hb 50 г\л)?

!появится бледность кожи и умеренный цианоз

!появится бледность кожи и выраженный цианоз

!+появится бледность кожи, но цианоза не будет

!появится бледность кожи и цианотический румянец на щеках

?Назовите наиболее частую причину хронической сердечной недостаточности в настоящее время:

!ревматический порок сердца

!+артериальная гипертензия

!кардиомиопатия

!миокардит

?При каком заболевании сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда?

!инфаркт миокарда

!+гипертрофическая кардиомиопатия

!дилатационная кардиомиопатия

!миокардит

?Фуросемид оказывает следующий эффект:

!обладает артериодилатирующим свойством

!+увеличивает диурез

!увеличивает хлорурез

!уменьшает натрийурез

?Верапамил может быть использован при лечении

!нетяжелой сердечной недостаточности

!+с неизменным сердечным выбросом и нарушением диастолической функции сердца

!частой желудочковой экстрасистолии даже при тяжелой сердечной недостаточности

!дигиталисной интоксикации

?Какие из побочных эффектов ингибиторов АПФ, как правило, чаще требуют прекращения лечения?

!ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы

!+кашель

!потеря вкусовых ощущений

!падение АД после первого приема

?Что предпочитительнее при сердечной недостаточности на почве митральной регургитации?

!нитросорбид

!нитроглицерин

!каптоприл

!+дигоксин

?Для лечение сердечной недостаточности необходимо учитывать:

!+ФВ

!показатели внешнего дыхания

!результаты тропонинового теста

!пол пациента

?Левожелудочковая недостаточность проявляется:

!+уменьшением сердечного выброса

!отеками нижних конечностей

!телеангиоэктазиями

!гепатоспленомегалией

?Посленагрузка для левого желудочка увеличивается при:

!+стенозе устья аорты

!недостаточности митрального клапана

!увеличения объема крови

!уменьшения объема крови

?К изменениям гемодинамики при сердечной недостаточности относят:

!+уменьшение минутного объема

!повышение венозного давления

!понижение венозного давления

!венозная гиперемия

?Преднагрузка левого желудочка увеличивается при:

!+увеличении объема крови

!артериальной гипертензии

!недостаточности митрального клапана

!недостаточности аортального клапана

?Юперио – состав:

!лизиноприл+ ант.кальция

!+сакубитрил+валсартан

!торасемид+ бета-блокатор

!сакубитрил +периндоприл

?Что является самой частой причиной легочной эмболии?

!тромбоз тазовых вен

!тромбоз в правом предсердии

!+тромбоз вен нижних конечностей

!тромбоз вен верхних конечностей

?Причиной кардиогенного шока является:

!+массивная тромбоэмболия легочной артерии

!обструкция верхней полой вены

!аортальный стеноз

!перикардит

?Первичный тромбоз легочной артерии возникает при:

!+тромбофлебите глубоких вен нижних конечностей

!заболевании сердца

!заболевании легких

!тромбозе нижней полой вены

?Укажите ранний признак тромбоэмболии легочной артерии:

!+одышка

!интенсивная боль в грудной клетке

!остро возникающая синюшность лица

!тахикардия

?При эмболии легочной артерии на ЭКГ отмечается перегрузка:

!+правых отделов сердца

!левых отделов сердца

!левого желудочка

!левого и правого предсердия

?Формой эмболии легочной артерии, при которой выключено менее 45% сосудистого русла легких, является:

!+острая

!молниеносная

!подострая

?Для тромболитической терапии при молниеносной форме ТЭЛА с развитием шока используется:

!+альтеплаза

!гепарин

!реополиглюкин

!фибринолизин

?Инфаркт легкого при тромбоэмболии легочной артерии развивается спустя:

!+1-2 суток

!2-4 часа

!6-8 часов

!10-12 часов

?Патологией, считающейся «болезнью прикованных к постели», является:

!+тромбоэмболия легочной артерии

!гипостатическая болезнь

!радикулит

!застойная сердечная недостаточность

?Наиболее частым условием, предрасполагающим к развитию легочной эмболии, является:

!+доказанный тромбоз глубоких вен

!лечение нестероидными противовоспалительными препаратами

!ортопедическая операция в прошлом

!ожирение

?Для лечения ТЭЛА применяются:

!+антикоагулянты, тромболитики

!сердечные гликозиды

!анальгетики, стероиды

!бронхолитики, бета2- агонисты

?Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии являются:

!+вены нижних конечностей

!вены верхних конечностей

!правое сердце

!левое сердце

 ?Клиническим признаком наиболее характерным для ТЭЛА является:

!+внезапно возникшая одышка при активизации больного

!положение ортопноэ

!экспираторная одышка, сопровождающаяся участием вспомогательных мышц

!одышка, возникшая при выходе больного на улицу в холодную погоду

?Для ТЭЛА наиболее характерна потеря сознания:

!+развивающаяся при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное

!сопровождающаяся клонико-тоническими судорогами с прикусом языка

!сопровождающаяся очаговой неврологической симптоматикой

!сопровождающаяся редким ритмом на ЭКГ

?Наиболее важным предрасполагающим фактором при определении клинической вероятности ТЭЛА является:

!+тромбоз глубоких вен нижних конечностей в анамнезе

!молодой возраст пациента

!перенесенный инфаркт миокарда

!употребление алкоголя

?Провоцирующими факторами для развития ТЭЛА не является:

!длительный авиаперелет

!длительный постельный режим

!+массивная кровопотеря

!тромбоз поверхностных вен голеней

?При нейроциркуляторной дистонии отрицательной является:

!гипервентиляционная проба

!+проба с нитроглицерином

!проба с обзиданом

!ортостатическая проба

?Для нейроциркуляторной дистонии не характерен следующий синдром:

!кардиалгический

!аритмический

!+стенокардитический

!гипервентиляционный

? НЦД является заболеванием:

!+функциональной природы, преимущественно психогенного или невротического происхождения

!при котором повышение АД не связано с первичными повреждениями органов или систем

!вызванным инфекционными, токсическими или аллергическими воздействиями

!связанным с поражением клапанного аппарата сердца или пристеночного эндокарда

? Проявления НЦД наблюдаются чаще всего у:

!+молодых женщин

!молодых мужчин

!стариков

!женщин пожилого возраста

?К предрасполагающим факторам риска НЦД не относятся:

!+инфекционные агенты

!наследственно-конституциональные особенности личности

!периоды гормональной перестройки организма

!неблагоприятные социально-экономические условия

?К фактору, вызывающую НЦД не относят:

!стресс

!ятрогению

!гиподинамию

!+ОРВИ

?При НЦД не наблюдается:

!сердцебиение

!+высокий уровень диастолического АД

!ощущение усиленных сокращений сердца, провоцируемое волнением

!чувство затрудненного вдоха

? При НЦД характер болей в сердце:

!+колющий

!давящий

!распирающий

!сжимающий

?При НЦД наблюдается:

!+усиленная пульсация сонных артерий

!пальпаторно у верхушки сердца диастолическое дрожание

!диастолический шум на верхушке сердца

!пальпаторно у основания сердца систолическое дрожание

?Со стороны дыхательной системы при НЦД выявляется:

!+дыхательная аритмия

!снижение ЖЕЛ в пределах 60-90% должной

!увеличение МОД в среднем на 120-150% должной величины

!затрудненный выдох

? Какой признак характерен для НЦД:

!+гиперкинетический тип гемодинамики

!диастолический шум на верхушке сердца

!эукинетический тип гемодинамики

!гипокинетический тип гемодинамики

?При НЦД назначаются:

!антибактериальные препараты

!метилксантины

!+бета-адреноблокаторы

!сартаны

?Исследование функции внешнего дыхания при НЦД обнаруживает:

!уменьшение минутного объема дыхания

!повышение жизненной емкости легких

!снижение ПСВ

!+снижение толерантности к физической нагрузке

?Предрасполагающим фактором развития НЦД является:

!острое респираторное заболевание

!+нервно-эмоциональный стресс

!ожирение

!перегрузка поваренной солью

?Тяжесть течения НЦД определяется следующим признаком:

!длительностью болей в области сердца

!+частотой вегетативно-сосудистых кризов

!нарушением ритма дыхания

!лабильностью АД

?НЦД проявляется:

!+головокружением

!цианозом

!появлением геморрагических пятен на стопах и ладонях

!набуханием шейных вен

?Для лечения НЦД не применяют:

!β-адреноблокаторы

!метаболики (рибоксин, препараты калия)

!+нитраты

!витамины группы B

?На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений НЦД?

!санаторном

!диспансерном

!стационарном

!+поликлиническом

?Диспансерный этап реабилитации больных НЦД предполагает:

!устранение профессиональных вредностей

!лечение хронической инфекции

!+регулярный осмотр больных

!назначение психотропных средств

?Ревматизм вызывается:

!стафилококком

!бета-гемолитическим стрептококком группы С

!пневмококком;

!+бета-гемолитическим стрептококком группы А

!возбудитель неизвестен

?В патогенезе ревматизма участвуют механизмы:

!склерозирования

!тромбообразования

!+токсико-воспалительные

!+иммунные

!аллергические.

?Лабораторная диагностика при ревматизме, позволяет:

!уточнить характер электролитных нарушений

!поставить диагноз

!+определить степень выраженности процессов

!+обнаружить иммунологические нарушения

?После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

!1-2 года

!+ 2-3 недели

!4 дня

!5 месяцев

?К ранним признакам ревматизма относятся:

!малая хорея

!диастолический шум над аортой

!+ артрит

!+ кольцевидная эритема

?К поздним признакам ревматизма относится:

!вальвулит

!+хорея

!кардит

!узловатая эритема

?Для малой хореи характерно:

!развитие симптомов через 7-10 дней после стрептококковой инфекции

!головная боль

!+гипотония мышц

!эпилептические припадки.

?Для первичного ревмокардита характерно:

!экстрасистолия

!+систолический шум на верхушке

!протодиастолический шум на верхушке

!мерцательная аритмия.

?Ревматическому эндокардиту соответствует:

!+формирование пороков

!нарушение атриовентрикулярной проводимости

!деформация в суставах

!отрицательный зубец Т на ЭКГ.

?Воспалительные изменения при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях:

!+серомукоид

!+СРБ

!церулоплазмин

!ДФА-пробы.

?Поражения соединительной ткани при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях:

!РФ

!+церулоплазмин

!ускорение СОЭ

!лейкоцитарный сдвиг влево.

?Какие препараты противопоказаны при затяжном течении ревматизма?

!кортикостероиды

!цитостатики

!+нестероидные противовоспалительные средства

!антибиотики.

?Развитию ревматизма способствует возбудитель:

!стафиллококк

!+бета-гемолитический стрептококк

!вирус Коксаки

!кишечная палочка

?Для недостаточности аортального клапана характерно:

!+диастолический шум в V точке

!ундуляция шейных вен

!систолический шум во II межреберье слева

!диастолический шум во II межреберье слева.

?При недостаточности аортального клапана могут определяться следующие симптомы:

!усиление I тона

!ритм перепела

!+ослабление II тона над аортой

!шум Флинта

?Наиболее эффективным компонентом санаторно-курортной реабилитации больных ревматизмом является:

!фототерапия

!+бальнеотерапия

!ЛФК

!пеллоидотерапия

?Противопоказанием к проведению санаторно-курортного этапа реабилитации больным с ХРБС является:

!фаза ремиссии

!+непрерывно-рецидивирующее лечение

!бициллинопрофилактика

!лечение НПВП

?Санаторно-курортный этап реабилитации больных с ХРБС включает:

!метаболическую терапию

!медикаментозное лечение

!бициллинопрофилактику

!+бальнеотерапию

?Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больным с ХРБС является:

!выраженный суставной синдром

!лихорадка

!+завершение курса стационарного лечения ОРЛ

!завышенные титры противострептококковых антител

?Диспансерный этап реабилитации ХРБС предполагает:

!лечение НПВП больных

!+регулярные осмотры больных

!лечение глюкокортикостероидами

!лечение метаболическими препаратами

?Для ревматического полиартрита характерно:

!стойкая деформация суставов

!нестойкая деформация суставов

!+поражение крупных и средних суставов

!+летучесть болей

?К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит?

!+воспалительным

!дегенеративным

!метаболическим

!реактивным

?Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?

!дистальные межфаланговые суставы

!+проксимальные межфаланговые суставы

!первый пястно-фаланговый сустав

!суставы шейного отдела позвоночника

?Симптомы для ранней диагностики ревматоидного артрита:

!латеральная девиация суставов кистей

!болезненность при пальпации ахиллова сухожилия

!+утренняя скованность

!+подкожные узелки

?Об активности ревматоидного артрита свидетельствуют:

!+ускорение СОЭ

!+утренняя скованность больше 1 часа

!повышение АЛТ

!высокий титр АСЛ-0.

?При осмотре больного ревматоидным артритом обнаруживаются:

!покраснение в области суставов

!+пальцы в виде "шеи лебедя"

!+ульнарная девиация пальцев кисти

!хруст в суставах.

?Для ревматоидного артрита характерно:

!+утренняя скованность

!+симметричность поражения суставов

!поражение дистальных межфаланговых суставов

!выраженная гиперемия в области суставов

?Наиболее характерные легочные проявления ревматоидного артрита:

!кровохарканье

!высокое содержание глюкозы в плевральной жидкости (более 20 мг%)

!+фиброзирующий альвеолит

!+выпотной плеврит

?Лабораторными признаками активности ревматоидного артрита являются:

!+наличие СРБ

!+ускорение СОЭ

!повышение ЛДГ

!лейкоцитоз

?При каком осложнении ревматоидного артрита анализ мочи является информативным тестом?

!синдром Хаммена-Рича

!перикардит

!+амилоидоз

!дигитальный ангиит

?Ревматоидный фактор:

!+относится к диагностическим критериям

!+высокие титры ассоциируются с тяжелым течением РА

!может быть до клиники

!отсутствие ревматоидного фактора исключает диагноз РА.

?Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются:

!+остеопороз

!+эрозии

!остеофитоз

!односторонний сакроилеит

?Средствами базисной терапии ревматоидного артрита являются:

!+метотрексат

!аспирин

!преднизолон

!ибупрофен.

?Какое системное проявление ревматоидного артрита является противопоказанием к ГКС-терапии?

!интерстициальный нефрит

!плеврит

!+амилоидоз

!интерстициальный фиброз легких

?Что входит в основную задачу ЛФК при реабилитации больных ревматоидным артритом?

!повышение адаптации дыхательной системы

!повышение адаптации сердечно-сосудистой системы

!повышение физической работоспособности

!+активация оссификации

?Санаторный этап реабилитации при ревматоидном артрите противопоказан при:

!+наличии обострений у больного с преимущественно суставной формой

!вне фазы обострения

!с затухающими экссудативными явлениями в суставах

!наличии деформаций и контрактур

?Лечебная гимнастика при ревматоидном артрите применяется:

!в период приема базисных препаратов

!в период экссудативных явлений в суставах

!после лечение глюкокортикостероидами

!+после стихания выраженных экссудативных явлений в суставах

?При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы:

!позвоночника

!+межфаланговые

!крестцово-подвздошного сочленения

!челюстно-лицевые

?Какая патология считается специфической для подросткового возраста?

!хронический пиелонефрит

!плоскостопие

!сколиоз

!+ювенильный ревматоидный артрит

?Клинические признаки реактивного артрита:

!симметричный артрит мелких суставов кистей

!+асимметричный артрит суставов нижних конечностей

!двусторонний сакроилеит

!симметричный артрит суставов нижних конечностей

?Поражение каких суставов наиболее характерно для реактивного артрита?

!пястно-фаланговые

!+плюсне-фаланговые

!локтевые

!тазобедренные.

?Признаки болезни Рейтера:

!частое поражение мелких суставов кистей

!рецидивирующий ирит

!+кератодермия

!частое обнаружение ревматоидного фактора.

?Отметить наиболее характерные проявления поражения сердечно-сосудистой системы при болезни Рейтера:

!ИБС

!+аортальная недостаточность

!митральный стеноз

!гипертоническая болезн

?Лабораторными признаками болезни Рейтера являются:

!ревматоидный фактор

!+повышение СОЭ

!протеинурия

!анемия.

?Наиболее эффективные средства для санации очага инфекции при реактивном артрите:

!индометацин

!+сумамед

!пенициллин

!сульфаниламиды.

?Терапию какими препаратами считают основной при анкилозирующем спондилите?

!кортикостероидами

!+НПВС

!производными 4-аминохинолина

!цитостатиками

?Что представляют собой тофусы?

!отложение в тканях холестерина

!+отложение в тканях уратов

!остеофиты

!уплотнение подкожной клетчатки

?Какой препарат не назначают в остром периоде подагрического артрита?

!+сульфасалазин

!преднизолон

!индометацин

!колхицин

?Положительный эффект от ежечасного перорального приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при:

!ревматоидном артрите

!болезни Бехтерева

!+подагре

!пирофосфатной артропатии

?Критерии предположительного диагноза подагры:

!узелки Бушара

!двусторонний сакроилеит

!+гиперурикемия

!+припухание и боль в плюснефаланговом суставе.

?Для псориатического артрита характерно:

!+поражение дистальных межфаланговых суставов

!+энтезопатии (кальцификация связок и сухожилий)

!тофусы

!"штампованные" дефекты эпифизов костей.

?С чего можно начать лечение артрита до установления точного диагноза?

!с сульфаниламидов

!с антибиотиков

!+с нестероидных противовоспалительных препаратов

!с преднизолона

?Какие признаки характерны для артроза?

!+механические боли

!повышение кожной темпeратуры над суставами

!припухлость суставов

!гиперпигментация кожи над пораженными суставами.

?Что из нижеперечисленного указывает на суставной характер болей?

!деформация сустава

!хруст в суставе

!+припухлость сустава

!боль возникает при нагрузке на сустав.

?Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?

!+проксимальных межфаланговых суставов кисти

!дистальных межфаланговых суставов кисти

!коленного сустава

!первого плюснефалангового сустава

?Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу?

!анемия

!лейкоцитоз

!лейкопения

!тромбоцитопения

!+нормальные показатели крови

?Что из нижеперечисленного составляет рентгенологическую картину остеоартроза?

!остеопороз

!множественные эрозии суставных поверхностей

!+остеофитоз

!+сужение суставной щели

?Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза?

!дистальных межфалановых

!проксимальных межфаланговых

!+лучезапястных

!коленных

?Перечислите препараты базисной терапии остеоартроза:

!преднизолон

!индометацин

!+румалон

!делагил.

?Для грязевых апликаций при ДОА без синовиита применяется температура в пределах:

!40о-41о

!+42о-44о

!38о-39о

!36о-37о

?Для грязевых апликаций при ДОА с синовиитом применяется температура в пределах:

!32о-33о

!36о-37о

!34о-35о

!+38о-40о

?Санаторный этап реабилитации при ДОА показан:

!3 раза в год

!2 раза в год

!+1 раз в год

!1 раз в 2 года

?Что относится к факторам риска остеопороза?

!негроидная раса

!высокая физическая активность

!+женский пол

!повышенный вес тела

?Для суставного синдрома при СКВ характерно:

!частое развитие контрактур

!преимущественное поражение крупных суставов

!+преимущественное поражение мелких суставов кисти

!+упорная миалгия

?Поражение кожи при СКВ предполагает наличие:

!кольцевидной эритемы

!+"бабочки" типа центробежной эритемы

!папулезно-пустулезной сыпи

!чешуйчатого лишая

?Классическая триада признаков при СКВ:

!нефрит

!кардит

!+дерматит

!+артрит

?Для эндокардита Либмана-Сакса при СКВ характерно:

!+грубый систолический шум на верхушке

!+ослабление I тона на верхушке

!ослабление II тона над легочной артерией

!грубый диастолический шум на верхушке

?Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие:

!амилоидоза

!почечнокаменной болезни

!пиелонефрита

!+гломерулонефрита

?Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ?

!эритроцитоз

!+гемолитическая анемия

!лейкоцитоз

!тромбоцитоз

?К основным диагностическим признакам склеродермии относятся:

!очаговый и диффузный нефрит

!синдром Шегрена

!+истинная склеродермическая почка

!полиневрит

?К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся:

!базальный пневмосклероз

!поражение желудочно-кишечного тракта

!+гиперпигментация кожи

!остеолиз

?GREST-синдром характеризуется развитием:

!кардита

!эрозий

!+синдрома Рейно

!+телеангиэктазий

?Из поражений сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии наиболее типичным является:

!митральный стеноз

!аортальная недостаточность

!экссудативный перикардит

!+крупноочаговый кардиосклероз

?Для суставного синдрома при системной склеродермии характерными являются:

!+кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев

!остеофитоз

!поражение крупных суставов

!спондилит

?Препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии:

!+Д-пеницилламин

!+колхицин

!индометацин

!азатиоприн

?Какой из вариантов течения узелкового периартериита развивается у женщин?

!классический

!+астматический

!тромбангиитический

!моноорганный

?При остром течении узелкового периартериита назначают:

!антибиотики

!плаквенил

!+преднизолон и циклофосфамид

!Д-пеницилламин

?Поражение почек при узелковом периартериите может включать:

!некроз коркового слоя

!папиллярный некроз

!+гломерулонефрит с нефротическим синдромом

!амилоидоз

?Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является:

!сухой перикардит

!миокардит

!фибропластический эндокардит

!+коронарит

?Особенность полиневритов при узелковом периартериите:

!+асимметричность поражения

!симметричность поражения

!быстрое развитие

!всегда только чувствительные слабости по типу "носков" и "перчаток"

?Признаки дерматомиозита:

!+стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами

!васкулитная "бабочка"

!кольцевидная эритема

?Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите?

!холестерин

!+креатининурия

!мочевая кислота

!щелочная фосфатаза

?Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита?

!азатиоприн

!коринфар

!+преднизолон

!делагил

?Какой должна быть суточная доза преднизолона при остром дерматомиозите?

!+ 80-100 мг

!60 мг

!40 мг

!20 мг

?Артрит, уретрит, конъюнктивит-триада, типичная для:

!+синдрома Рейтера

!синдрома Фелти

!ревматоидного артрита

!СКВ

?Какую рентгенограмму целесообразно сделать для подтверждения болезни Бехтерева?

!голеностопных суставов

!тазобедренных суставов

!+позвоночника

!коленных суставов

?Для ризомиелической формы болезни Бехтерева характерно:

!поражение позвоночника

!+поражение позвоночника и корневых суставов

!поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп

!поражение позвоночника и периферических суставов (коленных и голеностопных)

?Скандинавский вариант болезни Бехтерева похож на суставной синдром при:

!+ревматоидном артрите

!болезни Рейтера

!подагре

!СКВ

?Клинические признаки б. Бехтерева:

!+нарушение подвижности позвоночника

!утренняя скованность в мелких суставах

!"стартовые боли" в коленных и тазобедренных суставах

!ульнарная девиация кисти

?Рентгенологическими признаками болезни Бехтерева являются:

!односторонний сакроилеит

!округлые дефекты костей черепа

!+двусторонний сакроилеит

!+остеофиты пяточных костей и костей таза

?Диагноз б. Бехтерева можно предположить на основании:

!болей механического типа в суставах

!артрита плюсне-фалангового сустава

!+ощущения скованности в пояснице

!+ранних признаков двустороннего сакроилеита на рентгенограмме

?Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется препарат:

!ампициллин

!дигоксин

!делагил

!+бициллин

?К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится:

!анализ желудочного сока

!рентгенография желудка

!морфологическое исследование слизистой оболочки желудка

!+дуоденальное зондирование

?Наличие триады симптомов: стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея указывает на:

!+синдром Золлингера-Эллисона

!язвенную болезнь с локализацией в желудке

!язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе

!хронический панкреатит

?О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка:

!лимфоцитами

!плазматическими клетками

!+лейкоцитами

!эозинофилами

?Гастрин секретируется:

!+антральным отделом желудка

!фундальным отделом желудка

!слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки

!слизистой оболочкой тощей кишки

?Для клиники хронического гастрита характерно:

!субфебрильная температура

!умеренный лейкоцитоз

!+диспепсический синдром

!спастический стул

?Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

!острого гастрита

!гранулематозного гастрита

!болезни Менетрие

!+хеликобактерной инфекции

?Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме:

!0,5-1,0 л

!1,0-1,5 л

!+1,5-2,0 л

!2,0-2,5 л

?Наиболее надежным тестом для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона, является:

!базальная кислотопродукция

!максимальная кислотопродукция

!+уровень гастрина в крови

!данные ЭГДС

?Гастрин крови снижается при пероральном приеме:

!+соляной кислоты

!антигистаминных препаратов

!антихолинергических средств

!желчегонных препаратов

?Одним из самых ранних симптомов при подозрении на рак желудка, является:

!метеоризм

!похудение

!+немотивированная потеря аппетита

!тахикардия

?Какое заболевание желудка является причиной поносов?

!поллипоз желудка

!рак желудка

!эрозивный гастрит

!гастрит типа А

?Для диагностики хронического гастрита определяющим является:

!клинические проявления

!исследование желудочного сока

!ФЭГДС

!ФЭГДС с биопсией

?Обсеменение Hp характерно для гастрита:

!фундального

!+антрального

!аутоиммунного

!реактивного

?При диагностике хронического гастрита определяющим является:

!клиника

!исследование желудочного сока

!ФЭГДС

!+ФЭГДС с биопсией

?На Hb-pylori оказывает влияние:

!+де-нол

!вентер

!фосфалюгель

!даларгин

?Длительность эрадикационной терапии составляет:

!+10-14 дней.

!7 дней.

!21 день.

!1 месяц

?Основную роль в патогенезе атрофического гастрита играет:

!инфицирование Hb-pуlori

!длительный прием НПВС

!+аутоиммунный механизм

!воздействие химических агентов

? Helicobacter pylori представляет собой:

!грамположительную палочку

!грамположительный кокк

!+грамотрицательную микроаэрофильную бактерию со жгутиками

!простейшее

?Предрасполагает к развитию рака желудка гастрит:

!+хронический атрофический с кишечной метаплазией

!культи желудка

!хронический, ассоциированный приемом НПВС

!хронический неатрофический

?Желудочную секрецию стимулирует:

!+гастрин

!секретин

!холецистокинин

!соматостатин

?Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является:

!гиперсекреция соляной кислоты

!употребление грубой пищи

!+хеликобактериоз

!курение

?Гастрин секретируется:

!+антральным отделом желудка

!фундальным отделом желудка

!слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки

!поджелудочной железой

?Ведущим признаком перфорации язвы является:

!метеоризм

!рвота

!опоясывающая боль

!+кинжальная боль в эпигастрии

?У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:

!рак желудка

!+язвенная болезнь

!гипертрофия мышц привратника

!пролапс слизистой оболочки через пилорический канал

?При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:

!+к снижению агрессивности желудочного содержимого

!к повышению агрессивности желудочного содержимого

!к понижению слизисто-бикарбонатного барьера

!к диарее

?Желудочную секрецию снижает:

!+фамотидин

!солкосерил

!сайтотек

!вентер

?Патогенез боли при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки не связан с:

!спазмом в пилородуоденальной зоне

!повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке

!глубиной язвы

!+наличием хеликобактерной инфекции

?Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

!рвота желчью

!урчание в животе

!+рвота съеденной накануне пищей

!вздутие живота

?Для клинической картины хронического дуоденита характерна боль в эпигастральной области, возникающая:

!+ через 2-3 часа после еды

!сразу после еды

!0,5 часов после еды

! через 1 час после еды

?Фамотидин является:

!блокатором протонового насоса

!м-холиноблокатором

!блокатором гистаминовых H1-рецепторов

!+блокатором гистаминовых H2-рецепторов

?Омепразол относится к:

!м-холиноблокаторам

!блокаторам гистаминовых H1-рецепторов

!блокаторам гистаминовых H2-рецепторов

!+блокаторам протонового насоса

?К эндоскопическому признаку хеликобактериоза желудка не относят:

!отек слизистой

!внутрислизистое кровоизлияние

! образование эрозий

!+полип

?Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является:

!+снижение всасывания витамина В12

!дефицит железа

!гемолиз

!дефицит фолиевой кислоты

?Для симптоматической язвы характерна:

!+определенность этиологии

!рецидивирующее течение

!не эффективность медикаментозной терапии

!частая пенетрация

?Для язвенной болезни желудка в фазе обострения характерна:

!"ночная" боль в эпигастрии

!отсутствие аппетита

! рвота съеденной накануне пищей

!+ранняя боль после приема пищи

?Для постбульбарной язвы характерно:

!+боль через 3-4 часа после еды

!ранняя боль после приема пищи

!боль за грудиной

!положительный эффект от приема антацидов

?При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень:

!+амилазы

!липазы

!глюкозы

!щелочной фосфатазы

?Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно не рубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в подложечной области, похудание. В данном случае можно думать о:

! стенозе выходного отдела желудка

!+ первично язвенной форме рака

! пенетрации язвы

! перфорации язвы

? У больного с ЯБ (локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки), появилась тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, непрятный запах изо рта, потеря веса. Ваш диагноз:

!+органический стеноз пилородуоденальной зоны

!функциональный стеноз

!рак желудка

!перфорация язвы

?У мужчины 50 лет ЯБ луковицы 12-перстной кишки с частыми рецидивами язвы. На терапию Н2-блокаторами гистамина был ответ. Обострение осложнилось кровотечением. После лечения фамотидином язва зарубцевалась, остался эрозивный антральный гастрит. Какова ваша тактика?

!поддерживающая терапия фамотидином в течение длительного времени

!хирургическое лечение

! терапия солкосерилом

!+определение HP и при положительном результате антибактериальная терапия на фоне приема де-нола

?Во время акта рвоты наблюдается:

!опущение диафрагмы

!повышение внутрибрюшного давления

!+сокращение дна желудка

!сокращение антрального отдела

?Медикаментозным средством, блокирующим желудочную секрецию, является:

!+атропин

!кофеин

!гистамин

!инсулин

?Анатомическим образованием, которое наиболее часто ограничивает распространение патологического процесса, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, является:

!желчный пузырь

!печень

!малый сальник

!+поджелудочная железа

?Фактором риска язвенной болезни является:

!сахарный диабет

!+язвенная болезнь у близких родственников

!рефлюкс-эзофагит

!недостаточность кардии

?Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:

!обострение заболевания

!+нарушение диеты

!пенетрация

!кровотечение

?На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений язвенной болезни?

!поликлиническом

!диспансерном

!+стационарном

!санаторном

?Показанием к стационарному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:

!+обострение заболевания

!отсутствие приверженности к лечению

!нарушение диеты

!сохранение вредных привычек

?Показанием к диспансерному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:

!кровотечение

!обострение заболевания

!пенетрация

!+ремиссия заболевания

?Показанием к санаторному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:

! пенетрация

! обострение заболевания

!+ ремиссия заболевания

! малигнизация

?Прямым признаком язвенной болезни при рентгенологическом исследовании является:

!деформация стенки

!+симптом «ниши»

!гиперсекреция

!регионарный спазм

? Противопоказанием к санаторному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является:

!ремиссия заболевания

!+обострение заболевания

!возраст больного

!ожирение

?На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений?

!диспансерном

!+стационарном

!поликлиническом

!санаторном

?Кто участвует в реабилитационном процессе?

!педагог

!+психолог

!юрист

!диетолог

?Основной задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:

!восстановление социального статуса больного

!психологическая адаптация

!активная трудовая реабилитация

!+спасение жизни больного

?Какой критерий служит для определения II группы инвалидности?

!способность к обучению I степени

!способность к самообслуживанию и ориентации II степени

!+способность к ориентации I степени

!способность к общению I степени

?Какова длительность иррадикационной терапии?

!7 дней

!14 дней

!21 день

! 5 дней

?Язва желудка считается гигантской размером:

!1см

!0,5 см

!2 см

!+3см

?Нестероидным противовоспалительным препаратом, который реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ, является:

!индометацин

!вольтарен

!+мелоксикам

!диклофенак

?Блокаторы « протонного насоса»:

!оказывают стимулирующее действие на моторику желудка, угнетают рвотный рефлекс

!+ингибируют фермент Н+, К+- АТФазу в париетальных клетках желудка

!повышают уровень базальной секреции соляной кислоты

!поддерживают уровень внутрижелудочной ph равным 2

?Для лечения ЯБ, не ассоциированной с Hруlori, не следует использовать:

!антациды и альгинат

!блокаторы H2-рецепторов гистамина

!ингибиторы протонной помпы

!+трехкомпонентную схему эрадикационной терапии

?В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:

!размеры

!глубину

!кровоточивость

!+морфологию

?В дифференциальной диагностике доброкачественных полипов от полиповидного рака желудка решающее значение имеет:

!локализация

!распространенность (единичные или множественные)

!поверхность полипа

!+результат биопсии

?Для подтверждения диагноза рака желудка наиболее информативным методом является:

!рентгенологический

!исследование онкомаркеров в крови

!ФЭГДС

!+ФЭГДС с прицельной биопсией

?Экстракардиальной причиной острой недостаточности кровообращения с клинической картиной шока является:

!+кровотечение

!спонтанный пневмоторакс

!черепномозговая травма

!прободная язва желудка

?Наибольший риск развития гепатита D у:

!переболевших вирусным гепатитом А

!переболевших острым гепатитом В

!+лиц с персистирующей HBs – антигенемией

!больных хроническим гепатитом С

?Носительство HBs -антигена называется хроническим, если антигенемия продолжается:

!до 3 месяцев

!до 6 месяцев

!более 3 месяцев

!+более 6 месяцев

?Больным гепатитом показана диета:

!стол № 3

!стол № 4

! стол № 9

!+стол № 5

? Интерферон действует:

!антибактериально

!+противовирусно

!жаропонижающе

!кардиотонически

?Для лечения гепатита В применяют:

!+энтекавир

!азидотимидин

!невирапин

!рибавирин

?Длительность и эффективность терапии гепатита С зависит от:

!выраженности симптомов

!+наличия осложнений

!генотипа вируса

!уровня АЛТ/АСТ

?В основе лечения хронических гепатитов В, С лежит:

!+противовирусная терапия

!антибактериальная терапия

!симптоматическая терапия

!патогенетическая терапия

?Чаще дельта-инфекция возможна при наличии гепатита:

!С

!Е

!А

!+В

?Основным критерием для назначения этиотропной терапии больным хроническим вирусным гепатитом является:

!яркая клиническая картина

!наличие жалоб у больных

!+активная вирусная репликация

!наличие дельта-инфекции

?При хроническом вирусном гепатите В альфа-интерферон назначают по:

!20 млн МЕ

!3 млн МЕ

!1 млн МЕ

!+4 млн МЕ

?К индукторам интерферона относятся:

!+неовир

!зидовудин

!+ацикловир

!тимоген

?Энергетической ценностью пищи при диете №5 является:

!1500–2000 ккал.

!+2500–3000 ккал.

!2800–3000 ккал.

!3000–3500 ккал.

?Рекомендуемая доза энтекавира при хр. гепатите В составляет:

!+0,5 мг в сутки

!0,3 мг в сутки

!0,2 мг в сутки

!0,1 мг в сутки

?«Сосудистые звездочки» и «печеночные ладони» выявляются при:

!геморрагическом синдроме

!обезвоживании организма

!+гиперэстрогенемии

!сидеропеническом синдроме

?Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени:

!+гепатотропные вирусы

!алкоголь

!наследственные заболевания-болезни накопления

!токсические гепатотропные агенты

?Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является:

!+HBv-инфекция

!HCv-инфекция

!HAv-инфекция

!HBv/HDv-инфекция, HDv-инфекция

?Экспертами Лосанджелесской класификации хронических гепатитов отдельно не выделяется:

!вирусные гепатиты

!токсические гепатиты

!+алкогольный гепатит

!криптогенный гепатит

?«Эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита является:

!повышение трансаминаз

!повышение гамма-глутаминтранспептидазы

!сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы

!+десиализированный трансферрин

?Индекс фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям:

!минимального фиброза

!отсутствию фиброза

!выраженному фиброзу

!+умеренному фиброзу

?Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии:

!кардиопатия, депрессия

!+гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алопеция

!ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея

!фотосенсибилизация, гиперурикемия, гипергликемия

?Безоговорочным условием прекращения лечения a-интерфероном является:

!афтозный стоматит

!тромбоцитопения

!+тяжелые депрессии

!артериальная гипертензия

?Чем обычно лимитировано применение рибавирина у пациентов с хр. гепатитом С?

!гранулоцитопенией

!тромбоцитопенией

!+гемолизом

!лейкоцитозом

?Обязательным условием, вносимым в информированное согласие пациента перед началом лечения рибавирином при хроническом гепатите С, является:

!категорический отказ от алкоголя

!строгое соблюдение диеты

!резкое ограничение физических нагрузок

!+двойная контрацепция

?Частоту доказанного ответа у пациентов хроническим гепатитом С, получающих стандартную комбинированную противовирусную терапию при соблюдении прочих равных условий, определяет:

!только генотип вируса

!+генотип вируса, возраст и пол пациента

!только возраст пациента

!только пол пациента

?При каком из хронических вирусных гепатитов, отвечающих критериям проведения этиотропной терапии, результаты последней наиболее неудовлетворительны?

!хронический гепатит В

!хронический гепатит С

!хронический гепатит С+В

!+хронический гепатит D

?Наиболее значимым для диагностики болезни Коновалова-Вильсона, является:

!наличие синдрома цитолиза

!наличие неврологической симптоматики

!+повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулополазмина, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой

!повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмина

? Наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза, является:

!повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа

!повышение уровня экскреции железа с мочой

!+насыщение трансферрина железом более 70%

!насыщение трансферрина железом более 45%

?Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с аутоиммунным гепатитом:

!кортикостериоды+интерферон

!цитостатики+интерферон

!+кортикостериды+цитостатики

!урсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды

?Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза:

!ограничение потребления железа с пищей

!ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом

!+ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и последующим назначением десферала

!ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями

?Укажите наиболее значимое проявление, определяющее предстоящую продолжительность жизни у пациентов с первичным гемохроматозом:

!надпочечниковая недостаточность

!цирроз печени

!+недостаточность кровообращения, связанная с развитием кардиопатии и перикардитом

!нефропатия

?Источниками инфекции при вирусных гепатитах являются:

!дикие животные

!сельскохозяйственные животные

!+люди

!кровососущие членистоногие

?На формирование хронического гепатита в указывает обнаружение НВе Аg дольше \_\_\_\_\_\_ недель от начала болезни:

!6-8

!+4-6

!8-10

!10-12

?Длительная циркуляция НВS Ag после перенесенного гепатита B является критерием:

!обострения процесса

!активной репликации вируса

!развития цирроза печени

!+хронизации процесса

?Достоверным показателем репликации вируса при хроническом гепатите B является:

!повышение активности АЛТ

!+положительная ПЦР

!высокий уровень щелочной фосфатазы

!положительная РНГА

?После перенесенного в прошлом острого вирусного гепатита B обнаруживается:

!аnti – НВs IgМ

!НВе Аg

!+аnti – НВs IgG

!аnti – Нвe Аg

?Какое внепеченочное проявление встречается при хроническом гепатите С и хроническом гепатите В:

!+синдром Шегрена

!сахарный диабет 1 типа

!бронхиальная астма

!красный плоский лишай

?Холестатический синдром при вирусных гепатитах характеризуется

!повышением фракции свободного билирубина:

!+гиперхолестеринемией

!диспротеинемией

!гиперферментемией (АЛТ, АСТ)

?Цитолитический синдром при вирусных гепатитах проявляется:

!повышением содержания холестерина

!повышением фракции свободного билирубина

!диспротеинемией

!+повышением активности аминотрансфераз

?Мезенхимально-воспалительный синдром при вирусных гепатитах характеризуется повышением:

!активности АЛТ/АСТ

!+тимоловой пробы

!уровня альбуминов

!содержания холестерина

?При наличии симптомов холестаза у больных хроническим гепатитом назначают:

!липоевую кислоту

!силибор

!гепамерц

!+урсодезоксихолевую кислоту

?Препаратом выбора при лечении хронического гепатита в является:

!НВV-вакцина

!+α-интерферон

!ацикловир

!поливалентная сыворотка

?Противовирусная терапия у больного с хроническим гепатитом С, 1В генотипом включает:

!ламивудин 100 мг в день+ интерферон 5 млн ЕД в день в течение 48 недель

!+пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибаверин 800 мг в день в течение 48 недель

!пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибаверин 15мг/кг в день в течение 48 недель

!пегасис 180 мкг в неделю + телапревир 800 мг в день в течение 24 недель

?Препаратом выбора при лечении хронического аутоиммунного гепатита является:

!гепатопротектор

!урсодезоксихолевая кислота

!+глюкокортикостероид

!а-интерферон

?Основным в лечении хронического лекарственного гепатита является:

!применение урсодезоксихолевой кислоты

!терапия ɑ-интерфероном

!применение гепатопротектора

!+устранение этиологического фактора

?Экстренная профилактика при контакте с HBs-положительной кровью вакцинацию сочетают с:

!амиксином

!гепатопротектором

!лактулозой

!+пассивной иммунизацией специфическим иммуноглобулином

?Профилактикой вирусных гепатитов при переливании крови является отбор доноров с обязательным исследованием крови на наличие антигена к вирусу гепатита и:

!+АЛТ

!АСТ

!ЛДГ

!ЩФ

?При проведении первичной профилактики гепатита В скрининговым маркером является:

!HBсоr-антиген

!+HBs-антиген

!HBe-антиген

!Анти HBs

?При случайной травме предметами, загрязненными кровью больных носителей гепатита- В, вакцинацию проводят по схеме\_\_\_\_\_\_ месяцев:

!0-6-12

!0-3-6-12

!0-2-6-12

!+0-1-2-12

?Побочной реакцией вакцины против гепатита В является:

!тошнота

!+незначительное повышение температуры

!боли в животе

!диарея

?Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита B проводится в течение:

!трех месяцев

!полугода

!двух лет

!+одного года

?В объем исследуемых биохимических показателей крови, проводимых в возрасте 39 лет и старше, на первом этапе диспансеризации входит:

!общий белок

!+холестерин

!фибриноген

!мочевина

?Обязательной вакцинации против вирусного гепатита В подлежат:

!беременные

!+подростки

!мужчины и женщины до 20 лет

!мужчины и женщины старше 40 лет

?Изменениями, выявляемыми при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерными для синдрома портальной гипертензии, являются:

!живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки

!живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно громкий тимпанит

!+живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении распластан, в вертикальном выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота расширенная венозная сеть

!у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики

?Признаком, характерным для паренхиматозной желтухи, является:

!+увеличение непрямого билирубина

!билирубин в моче

!уробилин в моче

!стеркобилин

?Признаком, характерным для механической желтухи, является:

!+увеличение прямого билирубина

!увеличение непрямого билирубина

!отсутствие билирубина в моче

!уробилин в моче

?При заболеваниях печени печеночный запах изо рта свидетельствует о:

!увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

!нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени

!сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии

!+снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

?При заболеваниях печени зуд кожи свидетельствует о:

!наличии дуодено-гастрального рефлюкса

!+увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

!нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени

!сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии

?При заболеваниях печени периферические отеки свидетельствуют о:

!наличии дуодено-гастрального рефлюкса

!увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

!+нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени

!сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии

?При заболеваниях печени горечь во рту свидетельствует о:

!+наличии дуодено-гастрального рефлюкса

!увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

!сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии

!снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков

?Основным клиническим признаком (следствием) синдрома портальной гипертензии является наличие:

!сосудистых звездочек и печеночных ладоней

!болей в правом подреберье

!увеличения печени

!+венозных коллатералей

?Признаком синдрома печеночноклеточной недостаточности является:

!+печеночная энцефалопатия

!портальная гипертензия

!гепато-лиенальный синдром

!боль в правом подреберье

?Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является:

!ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков

!назначение салуретиков в сочетании с бета-блокаторами

!+назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, бета-блокаторов

!ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли

?Укажите вариант, соответствующий наиболее правильному расположению осложнений цирроза печени по частоте встречаемости:

!+спонтанный бактериальный перитонит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночно-клеточная недостаточность

!печеночноклеточная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит

!гиперспленизм, печеночноклеточная недостаточность, спонтанный бактериальный перитонит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

!кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночноклеточная недостаточность, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит

?Наиболее оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является:

!ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей

!ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей

!ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей

!+ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей

?Методом выбора при определении лечебной тактики у пациентов с прогрессирующей печеночноклеточной недостаточностью любого генеза, является:

!массивная кортикостероидная терапия

!+временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени

!массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками

!массивная интерферонотерапия

?Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени:

!цитостатики+интерферон

!ортикостериды+цитостатики

!рсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды

!+урсодезоксихолевая кислота+метатрексат

?Кроме цирроза печени, в клинической картине у больных с врожденным дефицитом альфа1-антитрипсина, наиболее часто присутствует:

!остеомаляция, патологические переломы

!нарушение фертильности

!+хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности

!прогрессирующая энцефалопатия

?Мелена при наличии гепато-спленомегалии подозрительна на:

!кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки

!+кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

!тромбоз мезентериальных артерий

!язвенный колит

?Портальная гипертензия может наблюдаться при:

!+циррозе печени

!метастатическом раке печени

!хроническом гепатите

!холилитиазе

?Причиной «сосудистых звездочек» и «печеночных ладоней», выявляемых при общем осмотре является:

!геморрагический синдром

!+гиперэстрогенемия

!сидеропенический синдром

!нарушение синтетической функции печени

?Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации?

!службы занятости населения

!центры социальной защиты

!+поликлиники

!пансионаты

?Инвалидность определяется лицам с:

!стойкой и длительной утратой трудоспособности

!+ограниченной жизнедеятельностью, приведшей к необходимости социальной защиты

!состоянием ограниченной функциональной активности организма

!потребностью в медико-социальной помощи

?Какой критерий служит для определения I группы инвалидности?

!способность к занятиям легкими видами спорта

!способность к самообслуживанию II степени

!способность к ориентации I степени

!+способность к передвижению и ориентации III степени

?Какая обязанность возлагается на государственную службу медико-социальной экспертизы?

!профилактика инвалидов

!лечение инвалидов

!+определение группы инвалидности

!санитарно-просветительная работа среди инвалидов

?Сколько этапов медицинской реабилитации различают?

!2

!+3

!5

!4

?Основным механизмом действия минеральных вод и лечебных грязей является:

!воздействие на иммунные и метаболические нарушения

!местные сдвиги в кожных покровах и слизистых оболочках

!нервно-рефлекторные и гуморальные реакции

!+воздействие температурного, химического и механического факторов

?Что относится к механотерапии?

!пеллоидотерапия

!+рефлексотерапия

!климатотерапия

!бальнеотерапия

?Курортным учреждением является:

!туристическая база

!пансионат

!база отдыха

!+санаторий

?Наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации является:

!самооценка пациента

!+комплексная оценка с включением критериев качества жизни

!экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности

!этапная оценка нозоспецифических критериев

?Причиной вторичного хронического панкреатита является:

!+желчнокаменная болезнь

!вирусное поражение поджелудочной железы

!повторная тpaвма пoджелудочной железы

!алкоголизм

?Больному с обострением хронического панкреатита назначают строгую щадящую диету, содержащую физиологическую норму:

!+белков

!жиров

!углеводов

!калорийности

?При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного обнаружены мелкие кальцификаты, проецирующиеся на уровне 2-3 поясничных позвонков, что было расценено как признак:

!желчнокаменной болезни

!+хронического панкреатита

!хронического гепатита

!цирроза печени

?Комплексом симптомов характерных для хронического панкреатита является:

!+похудание, боли в эпигастрии, поносы, сахарный диабет

!боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание

!потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами

!лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет

?Больному хроническим панкреатитом в период ремиссии при недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы следует рекомендовать диету со значительным ограничением:

!белков

!+ жиров

!углеводов

!калорийности

?При обзорной рентгенографии брюшной полости могут быть выявлены признаки:

!язвенной болезни

!хронического гепатита

!цирроза печени

!+хронического панкреатита

?Стеаторея наблюдается при:

!хроническом гастрите

!+хроническом панкреатите

!гнилостной диспепсии

!бродильной диспепсии

?Признаки, подтверждающие диагноз хронического панкреатита, могут быть получены при проведении:

!гастроскопии, дуоденографии в условиях гипотонии

!+дуоденографии в условиях гипотонии, УЗИ

!ирригоскопии, лапароскопии

!гастроскопии, лапароскопии

?Поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов под влиянием:

!холецистокинина

!+секретина

!атропина

!молока

?Самым ценным лабораторным показателем в диагностике хронического панкреатита является:

!лейкоцитоз

!уровень аминотрансфераз

!уровень щелочной фосфатазы

!+уровень амилазы мочи и крови

?Наиболее существенным в диагностике хронического панкреатита является:

!+УЗИ

!сцинтиграфия поджелудочной железы

!определение жира в кале

!дуоденография

?В борьбе с болью при хроническом панкреатите нельзя применять:

!анальгин

!+морфий

!баралгин

!новокаин

?Высокий уровень амилазы сыворотки наблюдается при:

!жировом гепатозе

! обострении язвенной болезни

!спастическом энтероколите

!+ обострении хронического панкреатита

?Для подавления активности ферментов поджелудочной железы применяется:

!омепразол

!атропин

!циметидин

!+трасколан

?Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

!язвенной болезни

!+холелитиазе

!хроническом колите

!лямблиозе

?При обострении хронического панкреатита наблюдается:

!+опоясывающая боль

!тяжесть в эпигастрии

!тяжесть в правом подреберье

!рвота, приносящая облегчение

?Причиной панкреатита может быть:

!высокая кислотность желудочного сока

!+рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы

!гастроэзофагеальный рефлюкс

!инфецирование Нр

?Для лечения панкреатитов используются:

!+бускопан

!ацедин пепсин

!панзинорм

!фестал

?Для коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите в фазе обострения препаратом выбора является:

!панкреатин

!+креон

!фестал

!панзинорм

?Наиболее ранним проявлением хронического панкреатита является:

!похудение

!диарея

!+опоясывающая боль

!гипергликемия

? В копрограмме при хроническом панкреатите раньше всего выявляется:

!изменение цвета

!креаторея

!+стеаторея

!амилорея

?При нарушении внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите наблюдается:

!уменьшение инсулина при нормальном содержании глюкагона

!+уменьшение инсулина и глюкагона

!уменьшение инсулина и увеличение глюкагона

!увеличение инсулина и глюкагона

?Возникновение шока при обострении хронического панкреатита обусловлено:

!выраженным болевым синдромом

!+выходом в кровь вазоактивных субстанций

!снижением сократительной способности миокарда

!инфекционным агентом

?Ведущим признаком при диагностике обострения хронического панкреатита является повышение уровня:

!трансаминаз

!щелочной фосфатазы

!+амилазы

!билирубина

?При вторичном сахарном диабете, развившемся на фоне хронического панкреатита наблюдается:

!+склонность к гипогликемии

!потребность в высоких дозах инсулина

!частое развитие сосудистых осложнений

!частое развитие гиперосмолярной комы

?При лечении обострения хронического панкреатита применяется:

!+омепразол

!фестал

!бетацид

! панзинорм

?Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы:

!соматостатин

!глюкагон

!+гистамин

!мотилин

?У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока:

!до 0,5 л

!0,5-1,0 л

!1,0-1,5 л

!+1,5-2,0 л

?Через сколько часов после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови?

!10-12 часов

!18-24 часа

?+48-72 часа

!96-120 часов

?Какой из перечисленных симптомов характерен для хронического панкреатита?

!лихорадка

!желтуха

!+креаторея

!водная диарея

? При купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите спазм сфинктера Одди вызывает:

!новокаин

!баралгин

!промедол

!+морфин

?Самым частым последствием хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем является:

!экзокринная недостаточность поджелудочной железы

!эндокринная недостаточность поджелудочной железы

!синдром мальабсорбции

!+ возникновение кист в поджелудочной железе

?В консервативную терапию хронического панкреатита включаются:

!+блокаторы протоновой помпы

!кортикостероиды

!цитостатики

!препараты 5-аминосалициловой кислоты

? «Золотым стандартом» в диагностике рака поджелудочной железы является:

!УЗИ

!компьютерная томография

!МРТ

!+эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)

?Эталонным инструментальным методом диагностики псевдотуморозного панкреатита является:

!ультрасонография

!компьютерная томография

!лапароскопия

!+селективная ангиография

?Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является:

!+злоупотребление алкоголем

!желчекаменная болезнь

!избыточная масса тела

!гиперлипидемия

?Синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности, развивается в рамках:

!синдрома Дауна

!синдрома Марфана

!первичного амилоидоза

!+муковисцидоза

?Основной задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:

!восстановление социального статуса больного

!психологическая адаптация

!активная трудовая реабилитация

!+спасение жизни больного

?Основной задачей реабилитации на поликлиническом этапе является:

!борьба с факторами риска

!+ликвидация остаточных явлений болезни

!проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий

!лекарственное обеспечение

?Задачей восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе является:

!борьба с факторами риска возникновения заболевания

!спасение жизни больного

!+профилактика рецидивов болезни

!трудовая адаптация больного в коллективе

?Какое мероприятие используется на метаболическом этапе реабилитации?

!использование симптоматической терапии

!применение патогенетической терапии

!применение этиотропной терапии

!+длительная диетическая коррекция

?Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации?

!службы занятости населения

!центры социальной защиты

!+поликлиники

!пансионаты

?В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

!холекинетик

!+спазмолитик

!хирургическое лечение

!антацид

!фермент

?Причиной хронического холецистита является:

!гиперлипидемия

!заболевание зоны большого дуоденального сосочка

!+бактериальная инфекция

!рацион с резко ограниченным содержанием белков и жиров

?К основному принципу лечения хронического холецистита вне обострения относится назначение:

!препарата, снижающего желудочную секрецию

!ферментного препарата

!+строгого соблюдения диеты

!прокинетика

?К холеретикам относится:

!+холензим

!сернокислая магнезия

!ксилит

!сорбит

!олиметин

?К холекинетикам относится:

!фламин

!аллохол

!оксафенамид

!+ксилит

?Приступ желчной колики сопровождается:

!+острой болью, рвотой с примесью желчи в рвотных массах

!острой болью в левом подреберье

!острой болью в правой поясничной области

!опоясывающими болями

?Для больного хроническим холециститом в фазе ремиссии характерна:

!смена диареи запорами

!боль в правой подреберной области

!+плохая переносимость жирной пищи

!изжога

?Холеретики рекомендуют применять для:

!+увеличения желчеобразования и усиления движения желчи по протокам

!стимуляции тонуса и сократительной активности желчного пузыря

!стимуляции моторики тонкой кишки

!лечения легких расстройств пищеварения

?К атипичной форме хронического холецистита не относится:

!кардиальная

!эзофагалгическая

!кишечная

!+солярит

?Симптом Кера это:

!болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа

!резкое усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на вдохе

!+болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря

!шейная болевая точка

?Симптом Георгиевского-Мюсси – это:

!болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря

!+болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключичной-сосцевидной мышцей

!болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа

!болезненность при поколачивании по правому подреберью

?К основному принципу лечения холецистита в фазе обострения относится:

!диетотерапия

!+фармакотерапия

!физиотерапия

!санаторно-курортное лечение

? В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

!+холекинетики

!спазмалитики

!хирургическое лечение

!антациды

!ферменты

?Приступ желчной колики сопровождается острой болью в:

!+правом подреберье

!спине

!области мечевидного отростка грудины

!поясничной области

?К холеретикам не относится:

!+олиметин

!холензим

!аллохол

!оксафенамид

!холагол

?Информативным методом в ранней диагностике дискинезии желчевыводящих путей, является:

!+биохимическое исследование желчи

!ультразвуковая диагностика

!внутривенная холецистография

!лапароскопия

?Назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано при:

!наличии рентгенопозитивных карбонатных камней

!+рентгеномалоконтрастных холестериновых камнях

!камнях диаметром более 20 мм

!частых желчных коликах

?Вторичная диспансеризация хронического холецистита предусматривает осмотр терапевтом и хирургом\_\_\_\_\_\_ в год:

!+1-2 раза

!2-3 раза

!3-4 раза

!4-5 раз

?Укажите последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

!санаторий - поликлиника - стационар

!поликлиника - стационар - санаторий

!поликлиника - санаторий - стационар

!+стационар - санаторий – поликлиника

?На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений хронического холецистита?

!диспансерном

!+стационарном

!поликлиническом

!санаторном

?Какое направление является основным в реабилитации больного, перенесшего обострение хронического холецистита?

!физиотерапия

!+диетокоррекция

!респираторная терапия

!двигательный режим

?Диспансерный этап реабилитации больных хроническим холециститом включает осмотр терапевта и хирурга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в течение года:

!+1-2 раза

!3 раза

!4 раза

!6 раз

?Пациент и члены его семьи должны:

!принимать активное участие после реабилитации

!принимать участие в обсуждении целей реабилитации после специального обучения

!принимать активное участие в реабилитации

!+не вмешиваться в процесс реабилитации

?Реабилитация осуществляет:

!комплекс медицинских, социальных, санитарно- гигиенических, психологических и иных мер направленных на раннее выявление и предупреждение обострений и осложнений заболеваний, а также комплекс мер по предотвращению снижения трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности

!комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и предотвращение заболеваний, общих для всего населения и отдельных групп и индивидуумов

!+комплекс медицинских, психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности и утраченных вследствие заболеваний функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса

!комплекс мероприятий направленных на ранее выявление и снижение риска развития заболеваний, а также на снижение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды

?Реабилитация направлена на:

!предупреждение возникновения заболеваний

!борьбу с факторами риска

!+возвращение больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности

!возвращение к профессии

?Назовите аспект, на котором базируется реабилитация?

!+медицинский

!психический

!юридический

!метаболический

?Проведения реабилитационных мероприятий включает в себя:

!санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний

!+раннее начало, непрерывность, индивидуальный подход, комплексный характер, проведение в коллективе

!проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления в том числе лечебного питания, медицинского массажа и иных лечебно профилактических методик оздоровлений

!проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма

?Назовите этап медицинской реабилитации?

!физический

социальный

!профессиональный

!+поликлинический

?Гипертония нижнего пищеводного сфинктера характерна при:

!склеродермии

!+ахалазии

!хроническом рефлюкс-эзофагите

!грыже пищеводного отверстия диафрагмы

!пищеводе Баррета

?Лучшим метод дифференциальной диагностики склеродермии от ахалазии, является:

!эзофагоскопия

!+рентгеноскопия

!атропиновый тест

!цитологическое исследование

? Изжога является частым симптомом при:

!+ГЭРБ

!панкреатите

!холецистите

!дискинезии желчного пузыря

?К кислотозависимым заболеваниям не относится:

!ГЭРБ

!ЯБЖ

!хронический гастрит

!+эзофагит

? К внепищеводным проявлениям ГЭБР относится:

!бронхиальная астма

!ларингит

!химический пневмонит

!+ИБС

? Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены:

!+недостаточностью кардии

!пилороспазмом

!кардиоспазмом

!расширением пищевода

?Способствует развитию рефлюкс-эзофагита:

!дюспаталин

!мотилиум

!+антагонист кальция

!ганатон

? Наиболее мощным угнетающим действием на желудочную секрецию обладает:

!+омепразол

!фамотидин

!сукральфат

!гастроцепин

?Двигательная функция пищевода не нарушается при:

!сахарном диабете

!терапии антихолинэргическими средствами

!+ваготомии

!системной склеродермии

? Для неспецифического язвенного колита характерно:

!острое начало заболевания

!+кровь в кале

! лихорадка

!склонность к запорам

?Осложнением болезни Крона является:

!+перфорация толстой кишки

!обострение геморроя

!тромбоз мезентеральных сосудов

!парапроктит

?При диф.диагностике язвенного колита подтверждающим признаком является наличие:

!нормохромной анемии

!замедления СОЭ

!нейтрофильного лейкоцитоза

!+гипохромной анемии

?Какой из перечисленных клинических признаков характерен для ишемического колита?

!боль в животе после дефекации

!боль в животе, не связанная с дефекацией

!+боль в животе сразу после еды

!понос

?При раке толстой кишки чаще наблюдается:

!быстрый рост опухоли

!+медленный рост опухоли

!жидкий желтый кал щелочной реакции

!поражение правой половины кишки

?При язвенном колите наблюдается:

!нормальная слизистая оболочка прямой кишки

!+полиартралгия

!оформленный стул без примесей

!обнаружение инфекции в кале

?Фактором риска развития рака толстой кишки является:

!занятия спортом

!+пожилой возраст

!тип личности

!употребление пищи с достаточным количеством клетчатки

?Наиболее частым осложнением дивертикулярной болезни толстого кишечника является:

!снижение массы тела

!психическая депрессия

!+перфорация

!истощение

?Преимущество энтероклизмы перед другими методами рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она позволяет:

!оценить состояние слизистой оболочки

!+оценить сроки пассажа взвеси бария по кишке

!выявить мелкие рентгеноконтрастные камни

?При болезни Крона выявляется:

!повышение сывороточного альбумина

!+низкий сывороточный альбумин

!нормальный уровень сывороточного железа

!уменьшение количества тромбоцитов

?При болезни Крона обнаруживают:

!лимфоцитоз

! повышение сывороточного альбумина

!+увеличение количества тромбоцитов

!эозинофилию

Проявлением болезни Крона не связанным с активностью процесса является:

!+спондилит (болезнь Бехтерева)

!узловатая эритема

!кератит

!язвенное поражение слизистой ротовой полости

?Начальным проявлением обострения болезни Крона является:

!+боль в правой подвздошной области

!боль в прямой кишке

!солярит

!зуд кожных покровов

?При язвенном колите в фазе обострения показаны:

!+глюкокортикоиды

!антидиарейные препараты

!НПВП

!антибиотики

? При язвенном колите для базисного лечения используется:

!+месалазин

!диклофенак

!лоперамид

!метоклопрамид

?Типичным проявлением язвенного колита является

!+диарея с кровью

!острое начало болезни

!склонность к запорам

!отсутствие системных проявлений

?Особенностью язвенного колита является:

!аномальная чувствительность к глютену

!нейтрофильная инфильтрация

!+перфорация стенки толстой кишки

!атрофия тонкокишечных ворсин

? У больных хроническим колитом микрофлору кишечника восстанавливают:

!+пробиотики

!противогрибковые препараты

!ферменты поджелудочной железы

!антибактериальные препараты

?При болезни Уиппла рекомендуется длительное лечение:

!гидрокортизоном

!месалазином

!+тетрациклином

?Ведущим клиническим признаком в диагностике целиакии (спру) является:

!+синдром мальабсорбции

!лихорадка

!поносы

! метеоризм

?Усиливают диарею при целиакии спру:

!мясо

!+белые сухари

!рис

!кукуруза

? Не вызывает ухудшения течения целиакии:

!пшеница

!рожь

!+кукуруза

!ячмень

?Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

!копрологическое исследование

!ректороманоскопия

!+биохимическое исследование крови

!рентгенологические данные

?Структурной единицей, которая раньше всего поражается при нетропическом спру, являются:

!лимфатические сосуды

!кровеносные сосуды

!бруннеровы железы

!+эпителиоциты

?Нетропическую спру труднее всего дифференцировать с:

!регионарным илеитом

!хроническим панкреатитом

!+Т-клеточной лимфомой тонкой кишки

!амилоидозом

?Для подтверждения наступления ремиссии после лечения нетропической спру используется:

!гематологическая картина

!абсорбционный тест

!+гистологическое исследование тощей кишки

!копрологическое исследование

?В дифференциальной диагностике между лимфогранулематозом с поражением тонкой кишки и нетропической спру помогает:

!рентгенологическое исследование

!абсорбционные тесты

!+ответная реакция на аглютеновую диету

!копрологическое исследование

?Тест на толерантность к d-ксилозе зависит от:

!функции поджелудочной железы

!функции печени

!+всасывающей функции тонкой кишки

!функции почек

?В дифференциальной диагностике между лимфогранулематозом с поражением тонкой кишки и нетропической спру помогает:

!рентгенологическое исследование

!абсорбционные тесты

!биопсия тонкого кишечника

!+ответная реакция на аглютеновую диету

?Тест на толерантность к d-ксилозе зависит от:

!функции печени

!+всасывающей функции тонкой кишки

!функции почек

!желудочной секреции

?В ЖКТ желчь подвергается реабсорбции в:

!двенадцатиперстной кишке

!терминальном отделе тощей кишки

!+дистальном отделе подвздошной кишки

!толстой кишке

?При лечении диареи можно применять отвар:

!+ольховых шишек

!ромашки

!мяты

!толокнянки

?Основным местом всасывания витамина В12 является:

!желудок

!проксимальный отдел тощей кишки

! проксимальный отдел подвздошной кишки

!+дистальный отдел подвздошной кишки

?При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

!+синдроме раздраженной кишки

!ахлоргидрии

!истерии

!гранулематозном колите

?Креаторея характерна для:

!+хронического панкреатита

!болезни Крона

!ишемического колита

!дискинезии желчного пузыря

?Желчные кислоты подвергаются реабсорбции в:

!двенадцатиперстной кишке

!тощей кишке

!проксимальном отделе подвздошной кишки

!+дистальном отделе подвздошной кишки

?Наиболее достоверным для диагностики синдрома мальабсорбции является:

!+тест с d-ксилозой

!тест на толерантность к лактозе

!рентгенологическое исследование ЖКТ

!исследование желудочной секреции

?Вес суточного кала здорового человека составляет \_\_\_\_\_ граммов:

!+100-200

!300-400

!500-700

!800-1000

?К слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышеч-ный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится:

!александрийский лист

!корень ревеня

!бисакодил

!+сорбит

?При естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки:

!болезнь Крона

!язвенный колит

!ишемический колит

!+псевдомембранозный колит

?Наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию:

!язвенный колит

!псевдомембранозный колит

!ишемический колит

!+болезнь Крона

?Диагностическим инструментальным методом, наиболее предпочтительным для диагностики язвенного колита, является:

!ирригоскопия

!колоноскопия

!+колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием

!обзорная рентгеноскопия кишечника

?Диагностическим инструментальным методом наиболее предпочтительным для диагностики ишемического колита, является:

!+ирригоскопия

!колоноскопия

!колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием

!обзорная рентгеноскопия кишечника

?Укажите «эталонную» комбинацию лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита:

!линкомицин+цефалоспорин

!ванкомицин+тетрациклин

!+ванкомицин+метронидазол+кишечные адсорбенты

!эритромицин+клиндамицин+кишечные адсорбенты

?Укажите наиболее оправданную лечебную тактику при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей язвенный колит:

!немедленное оперативное вмешательство

!налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов

!+налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов

?Базисной терапией язвенного колита являются:

!антибиотики

!+производные 5’-аминосалициловой кислоты

!цитостатики

!сочетание кортикостероидов с цитостатиками

?Пальпируемая «кишечная абдоминальная масса» является клиническим признаком:

!болезни Уиппла

!+болезни Крона

!хронического дизентерийного колита

!целиакии

?Рентгенологический феномен «дымохода» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:

!раком толстой кишки

!неспецифическим язвенным колитом

!псевдомембранозным колитом

!+ишемическим колитом

?Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с:

!+раком толстой кишки

!неспецифическим язвенным колитом

!псевдомембранозным колитом

!ишемическим колитом

?Наиболее частой причиной развития псевдомембранозного колита в многопрофильном стационаре является:

!применение НПВП

!+применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций

!пищевая токсикоинфекция

?Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является:

!+сlostridium dificille

!неспецифическая кокковая флора

!гемолитический стрептококк

!кишечная палочка

?«Эталонным» методом инструментального исследования для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания, является:

!+ректороманоскопия

!ирригоскопия

!колоноскопия

!обзорная рентгеноскопия кишечника

?При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать:

!слабительные средства

!+антидепрессанты

!местноанестезирующие препараты

!противовоспалительные препараты

?Профилактика хронического колита состоит в:

!+своевременном лечении кишечных инфекций

!нормализации моторики кишечника

!парентеральной корреции обменных нарушений

!устранении стрессовых влияний

?Какая терапия является основным в реабилитации больных хроническим колитом?

!фитотерапия

!химиотерапия

!+бальнеотерапия

!физиотерапия

?Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больных синдромом раздаженного кишечника является:

!хроническая кишечная инфекция

!+нарушение моторики кишечника по гиподинамическому типу

!гастроколитический рефлекс

!выраженный болевой синдром

?Санаторный этап реабилитации больных хроническим колитом включает:

!медикаментозное лечение

!+бальнеотерапию

!респираторную терапию

!двигательный режим

?Поликлинический этап медицинской реабилитации должен обеспечить:

!оптимальное течение репаративных процессов

!завершение стадии неполной клинической ремиссии

!+завершение патологического процесса

!спасение жизни больному

?Сдавать анализ кала на скрытую кровь на первом этапе диспансеризации надо с \_\_\_\_\_\_\_ до75 лет:

!55 лет

!45 лет

!+48 лет

!60 лет

?УЗИ органов брюшной полости и малого таза для исключения новообразований у людей в возрасте от 39 лет и старше, надо проводить на первом этапе диспансеризации с периодичностью 1 раз в:

!5 лет

!+6 лет

!4 года

!3 года

?Колоноскопию и ректороманоскопию при подозрении на онкологическое заболевание толстой кишки может назначить:

!гастроэнтеролог

!терапевт

!онколог

!+колопроктолог

?В объем обследования 1-го этапа входит: мазок с шейки матки, включая мазок (соскоб) с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование, который проводится женщинам до:

!+69 лет

!55 лет

!75 лет

!80 лет

?К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям пиелонефрита относят:

!частые рецидивы нефротического синдрома

!сочетание нефротического и гипертензивного синдромов

!сочетание протеинурии с гематурией

!+наличие белка в моче

?Верно утверждение,что:

!начало острого гломерулонефрита возможно без повышения артериального давления и отеков

!исход эклампсии при остром гломерулонефрите благоприятный

!+для больных с острым пиелонефритом характерна лейкоцитурия

!уровень комплемента сыворотки при остром гломерулонефрите высокий

?Для пиелонефрита характерна:

!выраженная протеинурия и гематурия

!протеинурия и отложение IgA в мезангиуме

!+лейкоцитурия и бактериурия

!гематурия и отложение IgG

?Наиболее быстрое прогрессирование пиелонефрита наблюдается при:

!макрогематурии

!артериальной гипертензии

!сочетании протеинурии с гематурией

!+сочетании разных видов бактерий в моче

?Для лечения артериальной гипертензии при пиелонефрите следует выбрать следующую группу гипотензивных препаратов:

!тиазидовый диуретик и β-адреноблокатор

!фуросемид в сочетании с β-адреноблокатором

!+ингибитор АПФ в сочетании антагонистом кальция

!клофелин, верошпирон

?Гипокалиемия не наблюдается при:

!первичном гиперальдостеронизме

!болезни Иценко-Кушинга

!реноваскулярной гипертензии

!ренинсекретирующей опухоли

!+пиелонефрите

?Нефротический синдром не бывает при:

!+пиелонефрите

!амилоидозе

!системной красной волчанке

!тромбозе почечных артерий

?Наиболее ранним признаком пиелонефрита является:

!олигурия

!+лейкоцитурия

!полиурия

!гематурия

?При неблагоприятном течении пиелонефрита наблюдается

!отек легких

!+снижение клубочковой фильтрации и гиперазотемия

!гипергидратация

!уремический перикардит

?У молодых женщин пиелонефрит часто наблюдается при

!дерматомиозите

!системной красной волчанке

!системной склеродермии

!+беременности

?При остром пиелонефрите наблюдается:

!лейкоцитурия. бактериурия

!артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия

!отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия

!отеки нижних конечностей

?Особенностью диеты при пиелонефрите является:

!+ограничение приема поваренной соли до 4-5 г/сут

!калорийность пищи 1500, животный белок до 40.0 в сутки

!увеличение потребления белка

!увеличение потребления жиров

?УЗИ-признаками пиелонефрита являются:

!наличие гиперэхогенных включений в ЧЛС

!утолщение паренхимы, уменьшение общей площади ЧЛС

!+истончение паренхимы, увеличение общей площади ЧЛС

!расширение пирамид

?R-логическими признаками пиелонефрита являются:

!асимметричное поражение клубочков

!симметричное поражение клубочков

!+отек и инфильтрация стенок ЧЛС

!поражение канальцев

?Как называется учащенное мочеиспускание?

!+поллакизурия

!странгурия

!ишурия

!анурия

?Как называется болезненное мочеиспускание?

!поллакизурия

!+странгурия

?ишурия

!полиурия

?При пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет:

!учащенное, болезненное мочеиспускание

!боли в поясничной области

!лихорадка

!+бактериурия

?Показана ли какая-либо терапия при хроническом пиелонефрите в период ремиссии?

!показана при возникновении интеркуррентных инфекций

!два раза в год в осенне-зимний период

!+на протяжении 6-12 месяцев регулярные короткие курсы антибактериальной терапии, в промежутках фитотерапия

!первые 3 месяца эпизодический приём антибактериального препарата, к которому чувствительна флора

?Диспансерное наблюдение после острого пиелонефрита осуществляется 1 раз в:

!месяц в течение года

!три недели в первые два месяца

!+две недели в первые два месяца, а затем 1 раз в один-два месяца в течение года

!неделю в первые два месяца, а затем 1 раз в три месяца в течение года.

?Основным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является:

!стафилококк

!клебсиэлла

!+бета-гемолитический стрептококк группы А

!синегнойная палочка

?Острому гломерулонефриту подвержены лица:

!до 2 лет

!+с 2-летнего возраста и до 40 лет

!климактерического периода

!постменопаузального периода

?При остром гломерулонефрите глюкокортикоиды показаны при наличии:

!отеков

!+нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии

!артериальной гипертонии

!макрогематурии

? При остром гломерулонефрите показано:

!+ограничение хлорида натрия 1,5 г/сутки

!увеличение потребления хлорида натрия

!увеличение количества потребляемой жидкости

!повышение потребления К+ - содержащих продуктов

?Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии:

!массивной протеинурии ˃ 3,5 г/сутки

!+длительно персистирующего острого нефротического синдрома

!массивной эритроцитурии с умеренной протериинурией

!стойкой высокой артериальной гипертензии

?Длительность лечения при ХГН составляет:

!несколько недель

!2-3 месяца

!6 месяцев

!+6 месяцев – 2 года

?ХГН развивается как исход острого гломерулонефрита в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ случаев.

!80-90%

! 25%

!100%

!+10-20%

?Морфологическим типом ХГН, где не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании, является:

!мезангиопролиферативный

!мезангиокапилярный

!мембранозный

!+минимальных изменений клубочков

?Самым частым клиническим вариантом ХГН является:

!гематурический

!+латентный

!нефротический

!гипертонический

?Протеинурией характерной для ХГН является:

!+гломерулярная

!тубулярная

!«переполнения»

!напряжения

?Выявить снижение клубочковой фильтрации при ХГН позволяет проба:

!по Нечипоренко

!по Зимницкому

!+Реберга-Тареева

!Аддиса- Каковского

?Вариантом ХГН, часто проявляющимся рецидивирующим остронефротическим синдромом является:

!мезангиопролиферативный

!+мезангиокапиллярный

!мембранозный

!фибропластический

?Наименьшим диуретическим действием из перечисленных препаратов обладает:

!гипотиазид

!+верошпирон

!триампур

!фуросемид

?Верошпирон не вызывает:

!гинекомастию у мужчин

!нарушение месячного цикла у женщин

!гирсутизм

!+гипокалиемию

?Причиной гемолитико-уремического синдрома может быть:

!+массивный гемолиз

!внутрисосудистое свертывание крови

!шок

!отравление нитратами

?Дайте описание «Facies nephritica»:

!лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи

!отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек

!лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота

!+лицо одутловатое, бледное, отеки под глазами, веки набухшие, глазные щели узкие

?Как называется увеличение суточного количества мочи?

!поллакизурия

!ишурия

!анурия

!+полиурия

?Как называется полное прекращение выделения мочи?

!странгурия

!ишурия

!+анурия

!полиурия

?Самая высокая протеинурия наблюдается при:

!остром гломерулонефрите

!амилоидозе

!+нефротическом синдроме

!хроническом гломерулонефрите

?С чего следует начать обследование пациентки при наличии у нее учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии?

!цистоскопия

!анализ мочи

!+УЗИ почек

!изотопная ренография

?Назовите основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

!стафилококк

!клебсиелла

!+бета-гемолитический стрептококк группы А

!синегнойная палочка

?В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит?

!+10-12 дней

!3-4 дня

!неделя

!месяц

?При шоке причиной острой почечной недостаточности является:

!вегетативные нарушения

!влияние токсических веществ поврежденных тканей

!+падение артериального давления

!сопутствующая инфекция

?Хроническая почечная недостаточность диагностируется по:

!отекам при наличии протеинурии

!артериальной гипертензии и изменениям в моче

!бактериурии

!+ повышению концентрации креатинина в крови

?Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:

!олигоурия

!протеинурия

!артериальная гипертония в сочетании с анемией

!+повышение уровня креатинина в крови

?При какой патологии наблюдается сочетание анемии и артериальной гипертонии?

!гипертоническая болезнь

!+хроническая почечная недостаточность

!синдром Иценко-Кушинга

!В12-дефицитная анемия

?Изменение биохимических показателей при хронической почечной недостаточности:

!гиперальбуминемия

!дислипидемия

!+гиперкреатининемия

!уробилинурия

?Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом?

!до 2 лет

!+с 2-летнего возраста до 40 лет

!климактерический период

!период менопаузы

?Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите связаны с:

!наличием конкрементов

!+набуханием почек

!апостематозными изменениями паренхимы почек

!инфарктом почек

?Какие признаки являются характерными для острого гломерулонефрита?

!изостенурия

!+увеличение плотности мочи

!увеличение нейтрофилов в моче

!увеличение лимфоцитов в моче

?Иммунологические сдвиги при постстрептококковом гломерулонефрите:

!+высокие титры антител к антигенам стрептококка

!повышение титра почечных аутоантител

!наличие антинуклеарных антител

!+высокий уровень комплемента

?Осложнения острого гломерулонефрита:

!+олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН

!массивное почечное кровотечение

!тромбоэмболический синдром

!артрит

?Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите:

!отеки

!+наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии

!артериальная гипертония

!макрогематурия

?Цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при ОГ?

!прoф-ка коронарного тромбоза

!проф-ка тромбоэмболий

!+воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию

!проф-ка тромбоза почечной артерии

?Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите?

!+ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки

!увеличение потребления хлорида натрия

!увеличение количества потребляемой жидкости

!повышение потребления К+-содержащих продуктов

?Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на канальцы и интерстиций при гломерулонефрите?

!+протеинурия

!эритроцитурия

!лейкоцитурия

!+цилиндрурия

?Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии:

!массивной протеинурии >3,5 г/сутки

!+длительно персистирующего острого нефритического синдрома

!массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией

!стойкой высокой артериальной гипертензии

?При неактивном нефротическом типе хр. гломерулонефрита:

!нет эритроцитурии

!+гематурия разной выраженности

!стойкая высокая артериальной гипертензия

!нет протеинурии

?Наиболее прогностически благоприятные типы хр. гломерулонефрита:

!+нефротический

!нефротически-гипертонический

!максимально активный нефритический

!активный нефритический

?Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:

!несколько недель

!2-3 месяца

!6 месяцев

!+от 6 месяцев до 2 лет

?С какой частотой хронический гломерулонефрит развивается как исход острого гломерулонефрита?

!в 80-90%

!в 50 %

!в 100%

!+в 10-20%

?Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита является самым частым?

!гематурический

!+латентный

!нефротический

!гипертонический

?Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита?

!+гломерулярная

!тубулярная

!протеинурия переполнения

!протеинурия напряжения

?Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться обязательным развитием хронической почечной недостаточности?

!латентный

!+гематурический

!гипертонический

!смешанный

?Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите?

!проба по Нечипоренко

!проба Зимницкого

!+проба Реберга-Тареева

!проба Аддиса-Каковского

?Какие осложнения характерны для нефротической формы хронического гломерулонефрита?

!пионефроз

!некроз почечных сосочков

!+острая сердечная недостаточность

!полиартрит

?Признаки, позволяющие отличить хр. гломерулонефрит от острого?

!наличие дизурических явлений

!+уменьшение размеров почек

!выраженная лейкоцитурия

!снижение артериального давления

?Признаки, отличающие хр. гломерулонефрит от хр. пиелонефрита?

!лихородка с ознобом

!асимметрия поражения почек

!+высокая протеинурия, гематурия, цилиндрурия

!высокая лейкоцитурия, бактериурия

?Признаки ХГН, отличающие его от ГБ?

!повышение АД перед мочевым синдромом

!+мочевой синдром перед повышением АД

!частые сосудистые осложнений (инсульт, инфаркт)

!выраженные изменения глазного дна

?Признаки, отличающие нефротический вариант гломерулонефрита от сердечных отеков:

!увеличение печени

!+суточная протеинурия более 3 граммов

!холодные отеки

!локализация отеков на нижних конечностях

?Признаки, позволяющие отличить рак почки от гематурического хр. Гломерулонефрита:

!гипотония

!селективная протеинурия

!низкий удельный вес мочи.

!+тотальная безболевая гематурия с лихорадкой

?Какие препараты входят в состав четырехкомпонентной схемы, применяемой при лечении больных хроническим гломерулонефритом?

!+гепарин

!+курантил

!+кортикостероиды

!индометацин

!+цитостатики

?Показания к назначению кортикостероидов при хр. гломерулонефрите:

!+высокая активность процесса

!изолированная протеинурия

!изолированная гематурия

!гипертонический синдром

?При каком морфологическом варианте хронического гломерулонефрита наиболее показаны кортикостероиды?

!фибропластическом

!фокальном сегментарном гломерулосклерозе

!мембранозном

!+минимальных изменениях клубочков

?Показания к назначению цитостатиков при хр. гломерулонефрите:

!нефротический синдром (стероидорезистентные формы)

!активные формы нефрита

!выраженная гематурия

!изолированная протеинурия

!терминальная почечная недостаточность

?Какие признаки несут информацию о функциональных способностях почки?

!содержание белка в моче

!изостенурия

!снижение клубочковой фильтрации

!повышение мочевины

!+повышение креатинина в плазме

?Признаком, характерным для уремического перикардита является:

!повышение температуры тела

!боли в области сердца

!+шум трения перикарда

!накопление геморрагической жидкости в полости перикарда.

?Причины анемии при хронической почечной недостаточности:

!+гемолиз

!+дефицит фолиевой кислоты

!+дефицит железа

!избыток эритропоэтина

?Что определяет развитие геморрагического синдрома при хронической почечной недостаточности?

!+тромбоцитопения

!снижение протромбина

!гиперкалиемия

?Изменения костного аппарата при хронической почечной недостаточности:

!гиперостоз

!+остеопороз

!остеосклероз

!остеофиты

?Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности:

!40 мл/мин

!30 мл/мин

!20 мл/мин

!+5 мл/мин

?От чего зависит темная и желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности?

!от повышения прямого билирубина

!от повышения непрямого билирубина

!+от нарушения выделения урохромов

!от нарушения конъюгированного билирубина

?Какие антибиотики целесообразно назначать при хронической почечной недостаточности?

!тетрациклин

!+пенициллин

!гентамицин

?Какие антибактериальные средства противопоказаны больным с хронической почечной недостаточностью?

!+гентамицин

!полусинтетические пенициллины

!макролиды

!+цефалоспорины

?Какой должна быть калорийность суточного рациона, назначаемого больному с хронической почечной недостаточностью, чтобы предотвратить распад собственного белка?

!1800-2200 ккал

!2200-2500 ккал

!+2500-3000 ккал

!3000-3500 ккал

?Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность?

!пенициллины

!цефалоспорины

!+аминогликозиды

!макролиды

?Причины ОПН при назначении нестероидных противовоспалительных препаратов:

!потеря внутриклеточного Са

!+препятствие синтезу простагландинов

!массивная протеинурия

!нарушение гемодинамики

?Основные причины ОПН при гломерулонефрите:

!+отек интерстициальной ткани

!массивная протеинурия

!нарушение гемодинамики

!повышение вязкости крови

?Причиной острой почечной недостаточности у больных миеломной болезнью является:

!прорастание мочеточников опухолевыми массами

!+блокада канальцев белковыми цилиндрами

!блокада канальцев уратами

!блокада канальцев оксалатами

?Основным признаком, указывающим на явления гипергидрации при острой почечной недостаточности является:

!повышение ионов натрия в плазме крови

!+снижение ионов натрия в плазме крови

!повышение ионов калия в плазме крови

!снижение ионов калия в плазме крови

?Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ:

!10 ммоль/л

!15 ммоль/л

!18 ммоль/л

!+24 ммоль/л

?К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

!преднизолоном

!цитостатиками

!+индометацином

!курантилом

?Какие органы наиболее часто поражаются при амилоидозе?

!+почка

!сердце

!кишечник

!суставы

?Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?

!+протеинурия

!лейкоцитурия

!цилиндрурия

!изостенурия

?Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях?

!десны

!печени

!+почек

!кожи

?Лечение больных амилоидозом препаратами аминохинолинового ряда показано:

!+на ранних стадиях

!на поздних стадиях

!независимо от стадии заболевания

!в латентной стадии

?Какой метод исследования является «золотым стандартом» в диагностике стеноза почечных артерий?

!определение скорости клубочковой фильтрации

!дуплексное УЗИ почечных артерий

!определение активности ренина плазмы крови

!+брюшная ангиография

?Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

!повышение содержания мочевины в крови

!повышение содержания креатинина в крови

!гиперфосфатемия

!+гиперкалиемия

?Диагностическими критериями нефротического синдрома являются:

!+протеинурия более 3,5 г/сутки

!гипергаммаглобулинемия

!гипер-альфа2-глобулинемия

!протеинурия более 5,0 г/сутки

?Главным признаком нефротического синдрома является:

!лейкоцитурия

!+протеинурия

!гематурия

!цилиндрурия

?Причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме?

!+потеря белков с мочой

!усиленный синтез бета-глобулинов

!усиленный катаболизм глобулинов.

?К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся:

!диуретики

!+глюкокортикоиды

!белковые препараты

!+цитостатики

?"Сольтеряющая почка" не развивается при:

!хроническом гломерулонефрите

!лекарственной нефропатии

!+обструктивной нефропатии

!поликистозе почек

?Стероидная терапия противопоказана при:

!лоханочном нефротическом синдроме

!+амилоидозе

!лекарственном нефротическом синдроме

!гломерулонефрите

?Стероидная терапия противопоказана при:

!лоханочном нефротическом синдроме

!+амилоидозе

!лекарственном нефротическом синдроме

!гломерулонефрите

?Наиболее часто поражаются при амилоидозе:

!+почки

!сердце

!кишечник

!суставы

?Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе?

!+протеинурия

!гематурия

!лейкоцитурия

!цилиндрурия

?Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях?

!десны

!печени

!+почек

!кожи

?Лечение больных амилоидозом препаратами аминохинолинового ряда показано:

!+на ранних стадиях

!на поздних стадиях

!независимо от стадии заболевания

!в латентной стадии

?Стероидная терапия противопоказана при:

!лоханочном нефротическом синдроме

!+амилоидозе

!лекарственном нефротическом синдроме

!гломерулонефрите

?К симптомам анемии относятся:

!+одышка, бледность

!кровоточивость, боли в костях

!увеличение селезенки, лимфатических узлов

!увеличение селезенки, боли в костях

?Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:

!хронической кровопотери

!апластической анемии

!+гемолитической анемии

!В 12- дефицитной анемии

?В организме взрослого содержится:

!2-5 г железа

!+4-5 г железа

!6-7 г железа

!1-3 г железа

?Признаками дефицита железа являются:

!+выпадение волос

!иктеричность

!увеличение печени

!парестезии

?Сфероцитоз эритроцитов встречается при:

!+болезни Минковского-Шоффара

!В12-дефицитной анемии

!внутрисосудистом гемолизе

!острой кровопотере

?Препараты железа назначаются на срок:

!1-2 недели

!+2-3 месяца

!4-5 месяцев

!4 -5 недель

?Гипохромная анемия возникает при:

!железодефицитной анемии

!+нарушении синтеза порфиринов

!В12-дефицитной анемии

!сидероахрестической анемии

?Гипорегенераторный характер анемии указывает на:

!наследственный сфероцитоз

!+аплазию кроветворения

!недостаток железа в организме

! утоиммунный гемолиз

?После спленэктомии при наследственном сфероцитозе:

!в крови не определяются сфероциты

!+возникает тромбоцитоз

!возникает тромбоцитопения

!уровень тромбоцитов в норме

?У больного имеется панцитопения, повышение уровня билирубина и увеличение селезенки. Вы можете предположить:

!наследственный сфероцитоз

!талассемию

!В12-дефицитную анемию

!болезнь Маркиавы-Мейкелли

!+аутоиммунную панцитопению

?Внутрисосудистый гемолиз:

!никогда не происходит в норме

!характеризуется повышением уровня непрямого билирубина

!характеризуется повышением уровня прямого билирубина

!+характеризуется гемоглобинурией

?Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:

!не возникают никогда

!возникают только при гемолитико-уремическом синдроме

!возникают всегда

!характерны для внутриклеточного гемолиза

!+характерны для внутрисосудистого гемолиза

?Наиболее информативным исследованием для диагностики гемолитической анемии, связанной с механическим повреждением эритроцитов эндокардиальными протезами является:

!прямая проба Кумбса

!непрямая проба Кумбса

!определение продолжительности жизни меченых эритроцитов больного

!+определение продолжительности жизни меченых эритроцитов донора

?Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:

!об эритремии

!об апластической анемии

!+об остром лейкозе

!о В12-дефицитной анемии

?Для железодефицитной анемии характерны:

!гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате

!гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты

!+гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки

!гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

!гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба

?Для диагностики В12 -дефицитной анемии достаточно выявить:

!гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию

!гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит

!гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота

!+мегалобластический тип кроветворения

?При лечении витамином В12:

!обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой

!ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения

!+ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения

!всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии

?Внутриклеточный гемолиз характерен для:

!+наследственного сфероцитоза

!болезни Маркиафавы-Микелли

!болезни Жильбера

!эритремии

?Для наследственного сфероцитоза характерно:

!бледность

!эозинофилия

!+увеличение селезенки

!ночная гемоглобинурия

?Внутренний фактор Кастла образуется:

!+в фундальной части желудка

!в двенадцатиперстной кишке

!в кардиальном отделе желудка

!в пилорическом отделе желудка

?Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо 2,3 г/л, железосвязывающая способность сыворотки 30 мкм/л, десфераловая проба 2,5 мг, то у него:

!железодефицитная анемия

!+сидероахрестическая анемия

!талассемия

!В12-дефицитная анемия

?Сидеробласты-это:

!эритроциты, содержащие уменьшенное количество гемоглобина

!+красные клетки-предшественники, содержащие негемовое железо в виде гранул

!красные клетки-предшественники, не содержащие гемоглобин

!ретикулоциты

?Если у больного появляется черная моча, то можно думать:

!+об анемии Маркиафавы-Микелли

!о синдроме Имерслунд-Гресбека

!об апластической анемии

!о наследственном сфероцитозе

? Тромботические осложнения особенно характерны для:

!наследственного сфероцитоза

!талассемии

!+серповидноклеточной анемии

!дефицита Г-6-ФД

?Обнаружение в костном мозге большого количества сидеробластов с гранулами железа, кольцом окружающим ядро, характерно для:

!железодефицитной анемии

!+сидероахрестической анемии

!талассемии

!серповидноклеточной анемии

?Для лечения талассемии применяют:

!+десферал

!гемотрансфузионную терапию

!лечение препаратами железа

!фолиевую кислоту

?После спленэктомии у больного с наследственным сфероцитозом:

!серьезных осложнений не возникает

!может возникнуть тромбоцитопенический синдром

!+могут возникнуть тромбозы легочных и мезентериальных сосудов

!не бывает повышения уровня тромбоцитов выше 200.000

?В отношении пернициозной анемии верно положение:

!+предполагается наследственное нарушение секреции внутреннего фактора

!нарушение осмотической резистентности эритроцита

!нарушение цепей глобина

!нарушение всасывания железа

?Если у ребенка гиперхромная мегалобластная анемия в сочетании с протеинурией, то:

!имеется В12-дефицитная анемия с присоединившимся нефритом

!протеинурия не имеет значения для установления диагноза

!имеется синдром Лош-Найана

!+имеется синдром Имерслунд-Гресбека

?Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются:

!+головокружение, слабость

!парестезии

!признаки фуникулярного миелоза

!гемоглобинурия

?Объясните происхождение койлонихий, выявляемых при общем осмотре:

!геморрагический синдром

!обезвоживание организма

!гиперэстрогенемия

!+сидеропенический синдром

!нарушение синтетической функции печени

?Признаком, характерным для гемолитической желтухи является:

!+увеличение непрямого билирубина

!билирубин в моче

!увеличение прямого билирубина

! нормальное значение непрямого билирубина

?Наиболее характерно для синдрома гиперспленизма:

!+анемия

!лейкоцитоз

!лимфоцитоз

!лимфопения

?Заподозрить холодовую агглютининовую болезнь можно по наличию:

!+синдрома Рейно

!умеренной анемии

!замедленного СОЭ

!наличию первой группы крови

?Вариантом острого лейкоза, для которого характерно раннее возникновение ДВС-синдрома, является:

!острый лимфобластный лейкоз

!+острый промиелоцитарный лейкоз

!острый монобластный лейкоз

!эритромиелоз

?Критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе количество бластов в стернальном пунктате менее:

!+5%

!2%

!4%

!3%

?В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации?

!рецидив

!ремиссия

!+развернутая стадия

!терминальная

?Филадельфийская хромосома:

!обязательный признак заболевания

!определяется только в клетках гранулоцитарного ряда

!+определяется в клетках-предшественниках мегакариоцитарного ростка

!определяется только в клетках лимфоцитарного ряда

?В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе?

!+лимфоузлы

!селезенка

!сердце

!кости

?Исход эритремии:

!хронический лимфолейкоз

!+хронический миелолейкоз

!агранулоцитоз

!ничего из перечисленного

?Хронический миелолейкоз:

!возникает у больных с острым миелобластным лейкозом

!+относится к миелопролиферативным заболеваниям

!характеризуется панцитопенией

!возникает у больных с острым лимфобластным лейкозом

?Лечение сублейкемического миелоза:

!начинается сразу после установления диагноза

!+применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном

!обязательно проведение лучевой терапии

!спленэктомия не показана

?Формой хронического лимфолейкоза, для которой характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе, является:

!спленомегалическая

!классическая

!доброкачественная

!+опухолевая

?Осложнениями, характерными для хронического лимфолейкоза, являютя:

!тромботические

!+инфекционные

!кровотечения

!неврологические

?Если у больного суточная протеинурия более 3,5 г, белок Бенс-Джонса, гиперпротеинемия, то следует думать о:

!нефротическом синдроме

!+миеломной болезни

!макроглобулинемии Вальденстрема

!эритремии

?Синдром повышенной вязкости при миеломной болезни характеризуется:

!+кровоточивостью слизистых оболочек

!протеинурией

!дислипидемией

!тромбоцитозом

?При лимфогранулематозе:

!поражаются только лимфатические узлы

!рано возникает лимфоцитопения

!+в биоптатах определяют клетки Березовского-Штернберга

!определяется белок Бенс-Джонса

? Какой гистологический вариант соответствует началу заболевания лимфогранулематозом?

!лимфоидное истощение

!+лимфоидное преобладание

!нодулярный склероз

!смешанноклеточный

?Для третьей клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

!поражение лимфатических узлов одной области

!поражение лимфатических узлов 2-х и более областей по одну сторону диафрагмы

!+поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы

!локализованное поражение одного внелимфатического органа

?Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются:

!забрюшинные лимфоузлы

!+периферические лимфоузлы

!паховые лимфоузлы

!внутригрудные лимфоузлы

?Лихорадка при лимфогранулематозе:

!+волнообразная

!сопровождается зудом

!купируется без лечения

!гектическая

?При лимфогранулематозе с поражением узлов средостения:

!общие симптомы появляются рано

!поражение одностороннее

!+может возникнуть симптом Горнера

!может возникнуть симтом Ортнера

?Для острого миелобластного лейкоза характерно:

!более 5% лимфобластов в стернальном пунктате

!+наличие гингивитов и некротической ангины

!гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз

!значительное увеличение печени и селезенки

?Какое утверждение верно? Хронический лимфолейкоз:

!встречается только в детском и молодом возрасте

!всегда характеризуется доброкачественным течением

!никогда не требует цитостатической терапии

!+в стернальном пунктате более 30% лимфоцитов

?Для диагностики миеломной болезни не применяется:

!стернальная пункция

!+ренорадиография

!определение М-градиента и уровня иммуноглобулинов

!рентгенологическое исследование плоских костей

?Наилучшие результаты лечения при лимфогранулематозе наблюдаются при:

!третьей В-четвертой стадиях заболевания

!лимфогистиоцитарном морфологическом варианте

!+лучевой монотерапии

!полихимиотерапии с радикальной программой облучения

?При сублейкемическом миелозе, в отличие от хронического миелолейкоза, имеется:

!филадельфийская хромосома в опухолевых клетках

!+раннее развитие миелофиброза

!тромбоцитоз в периферической крови

!гиперлейкоцитоз

?Увеличение лимфатических узлов является характерным признаком:

!+лимфогранулематоза

!хронического миелолейкоза

!эритремии

!анемии

?Специальным методом исследования имеющим наибольшее значение для диагностики миелофиброза, является:

!биопсия лимфатического узла

!пункционная биопсия селезенки

!стернальная пункция

!+трепанобиопсия

?Клеточными элементами костномозгового пунктата свойственными миеломной болезни, являются:

!миелобласты

!гигантские зрелые лейкоциты

!+плазматические клетки

!лимфоциты

!плазмобласты

?Лимфогранулематоз чаще начинается с увеличения групп лимфоузлов:

!+шейных

!надключичных

!подмышечных

!лимфоузлов средостения

?Эритремию отличает от эритроцитозов:

!наличие тромбоцитопении

!+повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах

!увеличение абсолютного числа базофилов

!повышение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови

?Некротическая энтеропатия характерна для:

!+иммунного агранулоцитоза

!лимфогранулематоза

!эритремии

!анемии

?Лейкемоидные реакции встречаются:

!при лейкозах

!+при септических состояниях

!при иммунном гемолизе

!при СКВ

?Под лимфоаденопатией понимают:

!лимфоцитоз в периферической крови

!высокий лимфобластоз в стернальном пунктате

!+увеличение лимфоузлов

!увеличение селезенки

?Гаптеновый агранулоцитоз вызывается:

!цитостатиками

!+анальгетиками и сульфаниламидными препаратами

!дипиридамолом

!эритропоэтином

?Врачебная тактика при иммунном агранулоцитозе включает в себя:

!профилактику и лечение инфекционных осложнений

!обязательное назначение глюкокортикоидов

!+переливание одногруппной крови

!переливание эитроцитарной массы

?Для геморрагического васкулита характерно:

!гематомный тип кровоточивости

!+васкулитно-пурпурный тип кровоточивости

!удлинение времени свертывания

!снижение протромбинового индекса

!тромбоцитопения

?К препаратам, способным вызвать тромбоцитопатию, относится:

!+ацетилсалициловая кислота

!викасол

!кордарон

!верошпирон

?Лечение тромбоцитопатий включает:

!+небольшие дозы эпсилон-аминокапроновой кислоты

!викасол

!гепарин

!варфарин

?При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

!+число мегакариоцитов в костном мозге увеличено

!число мегакариоцитов в костном мозге снижено

!не возникают кровоизлияния в мозг

!характерно увеличение печени

?В лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры:

!+эффективны глюкокортикостероиды

!спленэктомия не эффективна

!цитостатики не применяются

!применяется викасол

?Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить при определении:

!времени свертываемости

!+времени кровотечения

!тромбинового времени

!плазминогена

!фибринолиза

?Для диагностики гемофилии применяется определение:

!+времени свертываемости

!времени кровотечения

!плазминогена

!АЧТВ

?ДВС-синдром может возникнуть при:

!+генерализованной инфекции

!эпилепсии

!внутриклеточном гемолизе

!ревматическом заболевании

?Для лечения ДВС-синдрома используют:

!+свежезамороженную плазму

!сухую плазму

!физ. раствор

!эритроцитарную массу

?Если у больного имеются телеангиэктазии, носовые кровотечения, а исследование системы гемостаза не выявляет существенных нарушений, следует думать о:

!гемофилии

!+болезни Рандю-Ослера

!болезни Вилебранда

!болезни Верльгофа

?Какие сосуды поражаются при болезни Шенлейн-Геноха?

!крупные

!средние

!+мелкие-капилляры и артериолы

!мышечного типа

?Сахарный диабет первого типа следует лечить:

!только диетотерапией

!сульфаниламидными препаратами

!+инсулином на фоне диетотерапии

!голоданием

?У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного:

!+сахарный диабет инсулинозависимый (первый тип)

!сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип)

!сахарный диабет второго типа у молодых (mody)

!вторичный сахарный диабет

?У полной женщины 45 лет случайно (при диспансерном обследовании) выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:

!сахарный диабет инсулинозависимый (первый тип)

!+сахарный диабет ин­сулинонезависимый (второй тип)

!сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип) инсулинопотребный

!сахарный диабет второго типа типа у молодых (mody)

?Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете первого типа является:

!кетонемическая кома

!+гиперосмолярная кома

!инфаркт миокарда

!гангрена нижних конечностей

?Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:

!строфантина

!+изотонического раствора хлорида натрия и инсулина

!солей кальция

!норадреналина

?Если у больного сахарным диабетом первого типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, следует:

!отменить инсулин

!применить пероральные сахароснижающие средства

!уменьшить суточную дозу инсулина

!+увеличить получаемую суточную дозу инсулина

?Какой из гормонов стимулирует липогенез?

!адреналин

!глюкагон

!+инсулин

!тироксин

?Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?

!усиление полиурии

!кетоацидоз

!+лактоацидоз

!агранулоцитоз

?Самым активным стимулятором секреции инсулина являются:

!аминокислоты

!свободные жирные кислоты

!+глюкоза

!фруктоза

?Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям, прежде всего в:

!миокарде

!периферической нервной системе

!+центральной нервной системе

!гепатоцитах

?Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является:

!снижение рН крови ниже 7,36

!начинающийся отек мозга

!+снижение рН крови ниже 7,0

!сопутствующий лактоацидоз

?Рациональное соотношение белков, углеводов и жиров в диете больных сахарным диабетом первого типа:

!+белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%

!белки 25%, углеводы 40%, жи­ры 35%

!белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%

!белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%

?Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из:

!+реальной массы тела

!идеальной массы тела

!возраста

!наличия сопутствующих заболеваний ЖКТ

?Потребность в инсулине при сахарном диабете первого типа при длительности заболевания менее одного года составляет:

!0,7 ед на кг фактической массы

!0,9 ед на кг идеальной массы

!1,0 ед на кг идеальной массы

!+0,5 ед на кг идеальной массы

?При длительности сахарного диабета первого типа более года и отсутствии нефропатии потребность в инсулине составляет в среднем в сутки:

!0,1-0,2 ед на кг идеальной массы

!0,3-0,4 ед на кг идеальной массы

!0,5-0,6 ед на кг фактической массы

!+0,6-0,7 ед на кг идеальной массы

?В диете больного сахарным диабетом можно в неограниченном количестве использовать:

!картофель

!+огурцы

!масло

!молоко

?Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?

!С-пептид

!средняя суточная гликемия

!+гликолизированный гемоглобин

!средняя амплитуда гликемических колебаний

?Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному инсулиннезависимым сахарным диабетом с сопутствующей патологией почек?

!манинил

!+глюренорм

!хлорпропамид

!диабетон

?Больной 56 лет страдает инсулиннезависимым сахарным диабетом. Диабет компенсирован диетой и приемом глюренорма. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Какова тактика гипогликемизирующей терапии?

!отмена глюкоренорма

!+назначение многокомпонентных препаратов инсулина

!добавление преднизолона

!назначение манинила

?Какие симптомы характерны для неосложненного сахарного диабета первого типа?

!олигурия

!+плохое заживление ран

!сильные боли в области сердца

!+полидипсия

?Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название:

!артериосклероз Менкеберга

!синдром Мориака

!синдром Сомоджи

!+синдром Киммелстила-Уилсона

?Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием тиреотоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является:

!йодопоглотительная функция щитовидной железы

!показатели основ­ного обмена

!белковосвязанный йод

!+уровень трийодтиронина и тироксина в крови

?Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом?

!направить в санаторий на бальнеологическое лечение

!+начать лечение эль-тироксином с малых доз

!начать лечение с больших доз эль-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов

!назначить мочегонные

?Ошибочное назначение эль-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает:

!+тиреотоксикоз

!брадикардию

!бесплодие

!электролитные сдвиги

?Холодный узел в щитовидной железе-это:

!узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп

!узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань

!эктопированная ткань щитовидной железы

!+узел, который не поглощает изотоп

?Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила является:

!+агранулоцитоз

!беременность

!аллергические реакции на йодистые препараты

!гиповолемия

?При тяжелом гипотирозе в сочетании со стенокардией второго функционального класса надлежит:

!отказаться от лечения гипотиреоза

!назначить ТТГ

!+начать лечение с малых доз тироксина

!начать лечение с больших доз тироксина

?При первичном гипотирозе в крови обнаруживается:

!+повышенный уровень ТТГ

!пониженный уровень ТТГ

!нормальный уровень ТТГ

!ТТГ отсутствует

?Больную с диффузным токсическим зобом средней тяжести лечат мерказолилом 10 мг х 3, обзиданом 20 мг х3, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, но развилась выраженная лейкопения. Причина лейкопении:

!высокая доза обзидана

!+применение мерказолила

!дальнейшее прогрессирование заболевания

!ни одна из указанных причин

?Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

!узловой зоб

!+эндемический зоб

!спорадический зоб

!струмит де Кервена

?У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?

!гипотиреоз

!травма гортанных нервов

!+гипопаратиреоз

!остаточные явления тиреотоксикоза

?У девушки, 16 лет, вес 116 кг, рост 172 см, нерегулярные менструации, головные боли, на коже бедер узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД 160/100 мм рт. Предположительный диагноз:

!микропролактинома

!болезнь Иценко-Кушинга

!синдром Иценко-Кушинга

!+пубертатно-юношеский диспитуитаризм

?Центральное ожирение, АГ, стрии на животе, умеренная гиперпигментация кожи, умеренное повышие АКТГ плазмы-это:

!алиментарное ожирение

!с. Конна

!+б. Иценко-Кушинга

!б. Аддисона

?Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу системной красной волчанки в дозе 2,5 мг/сут. Какова продукция кортизола надпочечниками?

!повышена

!+снижена

!нарушение можно обнаружить только при проведении пробы с синактеном

!снижен период полураспада

?Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики:

!ожирения и болезни Кушинга

!нормы и синдрома Кушинга

!ожирения и гипоталамического синдрома

!+болезни и синдрома Кушинга

?Двусторонняя гиперплазия коры надпочечников вызывается:

!+повышенной секрецией АКТГ

!повышенной секрецией кортиколиберина

!пониженной секрецией АКТГ

!повышенной секрецией ТТГ

?Действие глюкокортикоидов:

!усиление реабсорбции калия в дистальных канальцах

!+противовоспалительное

!катаболическое

!увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями

?Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является:

!развитие макроаденом гипофиза с повышением секреции АКТГ

!катаболическое действие кортикостероидов

!развитие выраженных электролитных нарушений

!+понижение чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы к кортикостероидам (нарушение в системе "обратной связи")

?Действие сахароснижающих сульфаниламидных препаратов:

!уменьшение секреции инсулина

!+восстановление чувствительности в-клеток к глюкозе

!снижение образования НЭЖК и глицерина

!повышение утилизации глюкозы

?Этиологические факторы сахарного диабета I типа:

!ожирение

!+вирусное поражение в-клеток

!травма поджелудочной железы

!психотравма

?Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия?

!актрапид

!семиленте

!инсулин В

!+ультраленте

?Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов обладает анорексогенным действием?

!+метформин

!глибенкламид

!акарбоза

!глюренорм

?Инсулин-белковое вещество с молекулярной массой:

!+6000

!20 000

!3000

!8000

?Ведущая причина, имеющая значение в генезе стероидной миопатии у больных болезнью Иценко-Кушинга:

!гиперандрогения

!+гиперкортицизм и гиперкальциемия

!гиперсекреция АКТГ

!гиперальдостеронизм

?Причина развития "стероидного диабета" у больных болезнью Иценко-Кушинга:

!снижение полиолового пути утилизации глюкозы

!активация глюкозы

!стимуляция липолиза

!+активация глюконеогенеза

?Укажите общий для болезни Аддисона, болезни Иценко-Кушинга и синдрма Нельсона клинический симптом, обусловленный гиперпродукцией АКТГ:

!кожные стрии

!ортостатическая гипотония

!+гиперпигментация кожи

!аменорея

?Препарат, являющийся стимулятором допаминергических рецепторов, который применяют в лечении эндокринных заболеваний:

!+бромкриптин

!хлодитан

!дексаметазон

!ориметен

?Уровень какого из перечисленных гормонов повышается при первичном некомпенсированном гипотиреозе?

!кортизол

!инсулин

!+пролактин

!СТГ

?Клинические симптомы, характерные для экзогенно-конституционального ожирения:

!диспластическое ожирение, нарушение полового развития

!+равномерное распределение жира, гипертензия

!равномерное распределение жира

!гиперпигментация кожи

?Симптомы, характерные для юношеского диспитуитаризма:

!+ожирение и нарушение полового созревания

!ожирение, стрии

!ожирение, дислипопротеинемия

!гиперпигментация кожи, гипертензия

?Наиболее эффективным подходом к предотвращению сахарного диабета 2-го типа является:

!медикаментозная профилактика

!+контроль массы тела

!здоровое питание

!ежедневная физическая нагрузка

?Сердечно-легочную реанимацию следует начинать при потере сознания и:

!наличии пульса и патологического дыхания

!наличии пульса и дыхания

!отсутствии пульса

!+отсутствии пульса и дыхания

?При неэффективной легочной вентиляции следует:

!+запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжить реанимационные мероприятия

!опустить головной конец

!приподнять головной конец

!позвать другого реаниматора

?При проведении наружного массажа сердца у взрослых ладони следует расположить:

!на границе верхней и средней трети грудины

!+на границе средней и нижней трети грудины

!на верхней трети грудины

!на нижней трети грудины

?Ручной массаж сердца выполняется у взрослого человека с частотой \_\_ нажатий в 1 минуту:

!20-30

!30-40

!60-70

!+100-120

?Если реанимационную помощь оказывают два человека, то искусственная вентиляция легких и массаж сердца выполняется с очередностью\_\_\_\_и 30 нажатий на грудную клетку:

!4-5 выдохов

!2 выдоха

!+1 выдох

!3 выдоха

?Oб эффективности наружного массажа сердца свидетельствует:

!+сужение зрачков

!наличие пульса на лучевой артерии

!уменьшение цианоза кожи

!появление самостоятельного дыхания

?Правильность проводимого наружного массажа сердца определяется:

!появлением судорог

!+появлением пульса на сонной артерии

!появлением красноты кожных покровов

!появлением холодного пота

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

!20% миокарда

!+40% миокарда

!60% миокарда

!90% миокарда

?При окклюзии правой коронарной артерии:

!никогда не бывает кардиогенного шока

!+примерно у 25% больных отмечается сопутствующий  инфаркт правого желудочка

!инфаркт правого желудочка наблюдается  крайне редко

!никогда не бывает АВ-блокады

?Причиной острой тампонады сердца может быть:

!+вирусный перикардит.

!выпот в перикард при злокачественных опухолях.

!уремия.

!+разрыв левого желудочка.

?Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее

эффективно обеспечивается:

!физикальным обследованием

!эхокардиографией

!+исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса

!электрокардиографией

?Самый ранний симптом отека легких:

!+тахипноэ

!страх

!потливость

!кашель с жидкой мокротой

?Расширение сосудов легких в верхних отделах при рентгенологи-ческом исследовании отмечается, когда заклинивающее давление в легочной артерии превышает:

!10 мм. рт. ст.

!+20 мм. рт. ст.

!30 мм. рт. ст.

!40 мм. рт. ст.

?Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

!первичной остановке кровообращения

!+первичной остановке дыхания

!первичном поражении нейроэндокринной сферы

!остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы

?Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти

!3-4 мин при гипертермии

!+3-4 мин при нормотермии

!5-6 мин при нормотермии

!+20-30 мин при понижении температуры тела до 31-32-С

?Анафилактический шок это:

!+генерализованная аллергическая реакция немедленного типа

!острая системная реакция на первичный контакт с антигеном

!проявление хронического вирусного заболевания

!эквивалент гипофункции контррегуляторных систем организма

?Причиной развития анафилактического шока может быть:

!+прием аспирина

!тепловой удар

!употребление минеральной воды

!стрессовые состояния

?Причиной развития анафилактического шока может быть:

!употребление термальной воды

!солнечный удар

!+парентеральное введение противостолбнячной сыворотки

!закрытая черепно-мозговая травма

?В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:

!либераторы гистамина

!+наличие IgE

!наличие IgA

!гипофункция реснитчатого эпителия

?Для иммунологической стадии анафилактического шока характерно:

!+формирование сенсибилизации организма

!опсонизация цитолитической активности К- и NK-клеток

!дегрануляция тучных клеток и базофилов

!катаболизм собственных белков

?Для клинической картины анафилактического шока нехарактерен период:

!предвестников

!бронхоспазма

!+период гиперемии

!выхода из шока

?Период предвестников при анафилактическом шоке развивается через:

!10 минут после действия аллергена

!+3-30 минут после действия аллергена

!3 часа после действия аллергена

!5 часов после действия аллергена

?При реакциях контактной гиперчувствительности используется:

!скарификационная кожная проба

!+аппликационная кожная проба

!внутрикожная проба

!прик-тест

?Первая помощь при анафилактическом шоке включает в себя введение:

!+адреналина

!преднизолона

!мезатона

!дексаметазона

?Отек Квинке это заболевание характеризующееся:

!+отеком кожи и подкожной клетчатки, а так же слизистых оболочек различных органов и систем (дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, нервной и др.)

!появлением кожной сыпи

!отеком нижних конечностей и асцитом

!отеком верхних век и полиурией

?Роль иммуноглобулина Е в развитии аллергических реакций:

!+формирует немедленные аллергические реакции

!участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций

!участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа

!участвует в цитотоксических иммунных реакциях

?Причиной развития анафилактического шока может быть:

!укус собаки

!тепловой шок

!употребление соли

!+использование предметов из латекса

?Для патохимической стадии анафилактического шока характерно:

!+взаимодействие аллергена с двумя фиксированными на рецепторах лаброцитов или базофильных гранулоцитов молекулами иммуноглобулина Е

!взаимодействие аллергена с двумя фиксированными на рецепторах лаброцитов или базофильных гранулоцитов молекулами иммуноглобулина М

!формирование сенсибилизации организма

!патогенное действие медиаторов на клетки

?При отсутствии эффекта проводимой терапии при отеке гортани показана:

!искусственная вентиляция легких

!инъекции пенициллина

!+трахеостомия

!введение супрастина

?Неотложная помощь при анафилактическом шоке включает в себя:

!+наложение венозного жгута на конечность выше места введения аллергена

!+инъекции адреналина

!ИВЛ

!непрямой массаж сердца

?Если анафилактический шок вызван инъекцией пенициллина, необходимо ввести:

!дексаметазон

!преднизолон

!+пенициллиназу

!супрастин

?Минимальная продолжительность периода активной сенсибилизации

у человека составляет:

!24 часа

!4 дня

!+7–8 дней

!30–50 дней

?Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

!+первичной остановке кровообращения

!первичной остановке дыхания

!первичном поражении центральной нервной системы

!первичном поражении нейроэндокринной сферы

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

!+3-4 мин при нормотермии

!3-4 мин при гипертермии

!5-6 мин при нормотермии

!20-30 мин при понижении температуры тела до 31-32-С

?Основным мероприятием при выведении из клинической смерти является:

!+одновременное проведение искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца

!вдыхание паров нашатырного спирта

!проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

!проведение закрытого массажа сердца

?Компрессии на грудину взрослого человека необходимо производить:

!+всей ладонной поверхностью

!проксимальной частью ладони

!тремя пальцами

!одним пальцем

?Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним врачом:

!+на 2 вдоха – 12-15 компрессий

!на 1 вдох – 2 компрессии

!на 2 вдоха – 4 компрессии

!на 3 вдоха – 6 компрессий

?Противопоказанием к проведению закрытого массажа сердца является:

!+травма, не совместимые с жизнью

!отсутствие пульса на сонной артерии

!отсутствие дыхания

!проникающее ранение грудной клетки

?Критерием правильности проведения закрытого массажа сердца является:

!+появление пульсовой волны на сонной артерии во время массажа сердца

!отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

!отсутствие дыхания

!появление самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии

?При проведении наружного массажа сердца ладони следует расположить:

!+на границе средней и нижней трети грудины

!на верхней трети грудины

!на границе верхней и средней трети грудины

!в пятом межреберном промежутке слева

?Необходимое условие для проведения закрытого массажа сердца:

!+положение больного на жесткой поверхности

!запрокинутое положение головы

!наличие валика под плечами

!положение больного ниже колен реаниматоров

?Критерием для начала реанимационных мероприятий является:

!+отсутствие сознания

!появление цианоза

!отсутствие дыхания

!отсутствие пульса на периферических артериях

?При введении воздуховода требуется:

!+запрокидывание головы

!сгибание головы

!поворот головы на левый бок

!поворот головы на правый бок

?Реанимацию обязаны проводить:

!+все взрослое население

!только врачи медсестры реанимационных отделений

!все специалисты, имеющие медицинское образование

!медицинские работники скорой медицинской помощи

?При остановке сердца необходимо использовать заряд дефибриллятора:

!+150 Дж

!220 Дж

!300 Дж

!400 Дж

?Общественное мероприятие по профилактике анафилактического шока предусматривает улучшение технологии изготовления:

!продуктов питания

!+лекарственных средств и препаратов для иммунизации

!изделий из пластика

!косметических продуктов

?Общемедицинская профилактика шока включает в себя указание непереносимых лекарственных препаратов:

!в выписном эпикризе

!+на титульном листе истории болезни или амбулаторной карты красными чернилами

!в паспорте

!в водительском удостоверении

?Общемедицинская профилактика шока включает в себя наблюдение за пациентами после инъекции не менее \_\_\_\_\_ минут:

!15

!20

!+30

!10

?Причиной развития анафилактического шока может быть:

!солнечный удар

!закрытая черепно-мозговая травма

!+парентеральное введение противостолбнячной сыворотки

!употребление термальной воды

?В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:

!гипофункция реснитчатого эпителия

!+наличие IgE

!наличие IgA

!либератор гистамина

?Поликлинический этап медицинской реабилитации должен обеспечить:

!оптимальное течение репаративных процессов

!завершение стадии неполной клинической ремиссии

!+завершение патологического процесса

!спасение жизни больному

?На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений?

!диспансерном

!+стационарном

!поликлиническом

!санаторном

?Пациент и члены его семьи должны:

!принимать активное участие после реабилитации

!принимать участие в обсуждении целей реабилитации после специального обучения

!принимать активное участие в реабилитации

!+не вмешиваться в процесс реабилитации

?Реабилитация направлена на:

!предупреждение возникновения заболеваний

!борьбу с факторами риска

!+возвращение больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности

!возвращение к профессии

?Назовите аспект, на котором базируется реабилитация?

!+медицинский

!психический

!юридический

!метаболический

?Проведения реабилитационных мероприятий включает в себя:

!санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний

!+раннее начало, непрерывность, индивидуальный подход, комплексный характер, проведение в коллективе

!проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления в том числе лечебного питания, медицинского массажа и иных лечебно профилактических методик оздоровлений

!проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма

?Назовите этап медицинской реабилитации?

!физический

социальный

!профессиональный

!+поликлинический

?Основной задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:

!восстановление социального статуса больного

!психологическая адаптация

!активная трудовая реабилитация

!+спасение жизни больного

?Основной задачей реабилитации на поликлиническом этапе является:

!борьба с факторами риска

!+ликвидация остаточных явлений болезни

!проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий

!лекарственное обеспечение

?Задачей восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе является:

!борьба с факторами риска возникновения заболевания

!спасение жизни больного

!+профилактика рецидивов болезни

!трудовая адаптация больного в коллективе

?Какое мероприятие используется на метаболическом этапе реабилитации?

!использование симптоматической терапии

!применение патогенетической терапии

!применение этиотропной терапии

!+длительная диетическая коррекция

?Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации?

!службы занятости населения

!центры социальной защиты

!+поликлиники

!пансионаты

?Инвалидность определяется лицам с:

!стойкой и длительной утратой трудоспособности

!+ограниченной жизнедеятельностью, приведшей к необходимости социальной защиты

!состоянием ограниченной функциональной активности организма

!потребностью в медико-социальной помощи

?Какие упражнения применяются для решения задач 1-го этапа реабилитации больных бронхиальной астмой?

!+диафрагмальное дыхание

!упражнения на расслабление

!велотренировки

!изометрические нагрузки

?Сколько всего степеней входят в классификацию нарушений функций организма по степени выраженности?

!5

!+3

!2

!4

?Какой критерий служит для определения I группы инвалидности?

!способность к занятиям легкими видами спорта

!способность к самообслуживанию II степени

!способность к ориентации I степени

!+способность к передвижению и ориентации III степени

?Какой критерий служит для определения II группы инвалидности?

!способность к обучению I степени

!способность к самообслуживанию и ориентации II степени

!+способность к ориентации I степени

!способность к общению I степени

?Какая обязанность возлагается на государственную службу медико-социальной экспертизы?

!профилактика инвалидов

!лечение инвалидов

!+определение группы инвалидности

!санитарно-просветительная работа среди инвалидов

?Сколько этапов медицинской реабилитации различают?

!2

!+3

!5

!4

?Основным механизмом действия минеральных вод и лечебных грязей является:

!воздействие на иммунные и метаболические нарушения

!местные сдвиги в кожных покровах и слизистых оболочках

!нервно-рефлекторные и гуморальные реакции

!+воздействие температурного, химического и механического факторов

?Что относится к механотерапии?

!пеллоидотерапия

!+рефлексотерапия

!климатотерапия

!бальнеотерапия

?Курортным учреждением является:

!туристическая база

!пансионат

!база отдыха

!+санаторий

?Наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации является:

!самооценка пациента

!+комплексная оценка с включением критериев качества жизни

!экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности

!этапная оценка нозоспецифических критериев

?На первом этапе диспансеризации назначается:

!осмотр невролога по показаниям

!+в возрасте 69 или 75 лет - УЗИ брюшной аорты для мужчин, когда-либо куривших в жизни, чтобы исключить аневризму

!осмотр хирурга по показаниям

!определение уровня простатспецифического антигена в крови (ПСА)

?Что относится к основным методам физиопрофилактики?

!гидротерапия

!закаливание

!+электросон

!ингаляционная терапия

?Что является основной задачей первичной физиопрофилактики?

!предупреждение обострения хронического заболевания

!лечение хронического заболевания

!лечение острого заболевания

!+предупреждение развития заболевания

?Физические факторы при вторичной физиопрофилактике применяются для:

!предупреждения обострения хронического заболевания

!+лечения заболевания в период обострения

!удлинения периода ремиссии

!профилактики осложнения после оперативного лечения

?Основным методом профилактики гриппа является:

!закаливание организма

!распространение среди населения знаний об опасных последствиях гриппа

!+противогриппозная вакцина

!ультрафиолетовое облучение носоглотки

?Диспансеризацию проходят с периодичностью 21 год и далее 1 раз в

!5 лет:

!+3 года

!4 года

!2 года

?Сколько групп здоровья устанавливаются по результатам профилактического осмотра?

!+4

!2

!3

!5

?Лиц, у которых выявлены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний после второго этапа обследования, должны направлять на консультацию в:

!поликлинику

!стационар

!+центр здоровья

!диспансер

?К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний, угрожающих жизни относят болезни:

!печени

!почек

!суставов

!+легких

?Основным средством предупреждения гриппа является:

!закаливание организма

!+химиопрофилактика

!применение иммуномодулятора

!ингаляция фитонцидами

?Противогриппозную вакцину назначают в первую очередь:

!+медицинским работникам и членам их семей

!работникам сферы обслуживания

!часто посещающим территории с высокой заболеваемостью гриппом

!посещающим тропики в любое время года

?При исследовании трансабдоминальным датчиком стенка желчного пузыря в норме выглядит в виде структуры

!+однослойной изоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря

!двуслойной гипоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря

!однослойной криволинейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев

!двуслойной линейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев

?Побочным эффектом применения раздражающих и осмотических слабительных может стать

!синдром функциональной недостаточности мышц тазового дна

!+лаксативная болезнь

!синдром раздраженной толстой кишки

!дивертикулярная болезнь толстой кишки

?К ингибиторам протонной помпы относится

!фамотидин

!ранитидин

!+омепразол

!роксатидин

?Отсутствие уробилина в моче указывает на

!болезнь Жильбера

!+обтурационную желтуху

!паренхиматозную желтуху (период продрома)

!гемолитическую желтуху

?Для лечения псевдомембранозного колита используется

!цефалексин

!ацикловир

!омепразол

!+метронидазол

?Наиболее информативным методом диагностики язвенного колита и болезни Крона является

!общий анализ кала

!компьютерная томография

!+колоноскопия с биопсией

!ирригоскопия с барием

?У больного с неалкогольным стеатогепатитом следует выполнять контроль эффективности программы профилактики фиброза и цирроза печени с помощью

!компьютерно-томографического исследования степени фиброза

!+фибротеста

!ультразвукового исследования степени фиброза

!магнитнорезонансно-томографического исследования степени фиброза

?Исследованием, характеризующим внутрисекреторную функцию поджелудочной железы, является

!копрограмма

!диастаза мочи

!+гликемический профиль

!реакция Грегерсена

?При назначении иммуносупрессивного лечения больным аутоиммунным гепатитом на доцирротической стадии полная ремиссия достигается у

!всех пациентов вне зависимости от типа АИГ

!небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа

!небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа

!+большинства пациентов

?Препаратом, применение которого для подавления аммиакпродуцирующей флоры в лечении и профилактике печеночной энцефалопатии одобрено Европейским и Американским обществами по изучению болезней печени, является

!+Рифаксимин

!Амоксициллин

!Кларитромицин

!Канамицин

?При локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки характерна \_\_\_\_\_ боль

!+в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды

!постоянная, не связанная с приёмом пищи

!схваткообразная в правом подреберье

!тупая, давящая в эпигастрии, усиливающаяся при приёме пищи

?Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на

!+синдром Золлингера-Эллисона

!язвенный колит

!язвенную болезнь с локализацией в желудке

!хронический панкреатит

?При затухании процесса обострения язвы из физических факторов применяют

!+микроволновую терапию

!лампу «Солюкс»

!подводный душ-массаж

!электросон

?Об обострении хронического панкреатита свидетельстует

!желтуха

!нарушение толерантности к глюкозе

!+гиперамилазурия

!повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ

?Воспалительный процесс при язвенном колите почти всегда затрагивает слизистую оболочку кишки

!+прямой

!восходящей ободочной

!поперечной ободочной

!подвздошной

?Cпазмолитиком, действующим на мускулатуру сфинктера Одди, кишечника и мочеточников, является

!Гемикромон

!+Дротаверин

!Мебеверин

!Пинаверия бромид

?Принципы лечения хронического лекарственного гепатита включают

!витамины группы В

!терапию а-интерфероном

!физиотерапевтическое лечение

!+устранение этиологического фактора

?Противопоказанием для лечения хронического гепатита с препаратами интерферона в сочетании с рибавирином является

!нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ

!+цирроз печени класс С по Чайлду-Пью

!артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов

!стенокардия вне зависимости от класса тяжести

?При тяжелом алкогольном гепатите для профилактики делирия и судорожного синдрома рекомендациями европейского общества по изучению болезней печени 2016 г. Разрешено использование

!+Диазепама

!Карбамазепина

!Амитриптилина

!Фенобарбитала

?Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с

!+общим полноценным рационом

!преобладанием железа

!преобладанием белков

!преобладанием углеводов

?При ишемическом колите язвенное поражение локализуется в

!правой половине поперечной ободочной кишки

!+нисходящем отделе ободочной кишки

!слепой кишке

!печеночном изгибе ободочной кишки

?Определение активности эластазы кала при хронических заболеваниях поджелудочной железы служит для

!диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

!+оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

!дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита

!оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы

?Наиболее характерным осложнением для болезни Крона является

!повышенный риск малигнизации

!кровотечение

!развитие токсического мегаколона

!+кишечная непроходимость

?Наиболее часто при аутоиммунном гепатите применяют

!циклоспорин

!+преднизолон

!ламивудин

!триамцинолон

?После эвакуации 5 и более литров асцитической жидкости пациенту следует внутривенно ввести альбумин из расчета \_\_\_\_\_ гр на 1 литр удаленной жидкости

!10

!15

!1

!+7

?Для аутоиммунного гастрита не характерно

!+преимущественное поражение антрального отдела желудка

!наличие ахлоргидрии

!наличие гипогастринемии

!наличие антител к париетальным клеткам желудка

?К заболеваниям желудка со сниженной кислотообразующей функцией относят

!язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

!гастрит, ассоциированный с хеликобактер пилори

!рефлюкс-гастрит

!+аутоиммунный гастрит

?К наиболее эффективным способам рефлексотерапии в стадии дебюта болевого неврологического синдрома относят

!+лазеропунктуру, электропунктуру

!прогревание

!фармакопунктуру

!акупрессуру

?Риск аденокарциномы пищевода является максимальным при

!цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

!+кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени

!цилиндрической метаплазии с железами фундального типа

!эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения

?При определении степени тяжести цирроза, прогностический индекс СHILD-PUGH не включает клинико- лабораторный показатель

!наличия асцита

!стадии печеночной энцефалопатии

!+количества тромбоцитов

!протромбинового времени/индекса

?После появления клиники острого панкреатита наибольший уровень амилазы крови можно зафиксировать через (в часах)

!24-48

!18-24

!12-18

!+48-72

?При аутоиммунном гепатите в крови повышено содержание

!+гамма-глобулина и IgG

!альфа1-глобулина и IgE

!альфа2-глобулина и IgM

!бета-глобулина и IgA

?Фактором, способствующим развитию желчно-каменной болезни, является

!хронический панкреатит

!мужской пол

!+беременность

!язвенная болезнь

?Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает

!+миалгию

!ишиалгию

!брадипное

!кашель

?Принципы лечения хронического лекарственного гепатита включают

!физиотерапевтическое лечение

!терапию а-интерфероном

!+устранение этиологического фактора

!витамины группы В

?При локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки характерна \_\_\_\_\_ боль

!схваткообразная в правом подреберье

!тупая, давящая в эпигастрии, усиливающаяся при приёме пищи

!постоянная, не связанная с приёмом пищи

!+в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды

?Для оценки нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы определяют активность

!эластазы крови

!+эластазы кала

!липазы кала

!липазы крови

?Назначение блокаторов протонной помпы для постоянного приема при профилактике кровотечений из варикозных вен рекомендуется, если имеются

!признаки устойчивого дуоденогастрального рефлюкса

!+очаги портальной гастропатии

!участки кишечной метаплазии пищевода более 1 мм

!в анамнезе указания на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки

?При применении лактулозы в качестве слабительного средства повышается

!+осмолярность кала

!активность слизеобразования колоноцитами

!контрактильная активность миозина гладкой мускулатуры кишки

!чувствительность прокинетических рецепторов кишки

?При хроническом гастрите лечебную физкультуру назначают

!+в период стихания процесса обострения

!в период обострения

!после полного выздоровления

!в любой период

?Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с

!преобладанием углеводов

!+общим полноценным рационом

!преобладанием железа

!преобладанием белков

?Для хронического гепатита С характерно

!изолированное повышение АCТ

!+преобладание АЛТ над АСТ

!преобладание АСТ над АЛТ

!изолированное повышение АЛТ

?Лечение псевдомембранозного колита в легкой форме следует начинать с применения метронидазола

!внутривенно

!+внутрь

!в свечах и в виде ректальной пены

!внутрь и внутривенно

?Препараты лактулозы используются для лечения печеночной энцефалопатии на основании их способности

!усиливать связывание аммиака в печени

!+подавлять образование аммиака в кишечнике

!усиливать выведение аммиака почками

!подавлять образование аммиака в мышцах

?Окончательный диагноз «синдром раздраженной кишки» может быть установлен на основании полного клинико-инструментального обследования и

!иммуногистохимического подтверждения

!гистологического подтверждения

!+исключения других заболеваний

!ирригоскопического подтверждения

?Диарея не поддается антимикробной терапии при

!болезни Уиппла

!доброкачественной лимфоидной гиперплазии /вариабельном иммуннодефиците

!остром бактериальном энтерите

!+эозинофильном энтерите

?Патогенетическим лечением аутоиммунного гепатита является использование

!препаратов эссенциальных фосфолипидов

!+препаратов глюкокортикостероидов

!нестероидных противовоспалительных препаратов

!антигистаминных препаратов

?К предъязвенным заболеваниям относят \_\_\_\_\_\_\_ гастрит

!аутоиммунный

!рефлюкс-

!+ассоциированный с хеликобактер пилори

!ригидный

?Наиболее информативными методами инструментальной диагностики хронического панкреатита являются

!обзорная рентгенография органов брюшной полости и зофагогастродуоденоскопия с биопсией

!эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и радиотелеметрическое исследование пищеварительного тракта

!+ультразвуковое исследование органов брюшной полости и компьютерная томография с контрастированием

!рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с контрастированием и электроинтестинография

?Диагностически значимым для хронического панкреатита является наличие

!+кальцинатов в головке поджелудочной железы

!большого количества жира в кале

!пониженной активности диастазы мочи

!повышенной активности эластазы в кале

?Импедансометрия пищевода является методом

!измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды

!+регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода

!рентгенологического исследования пищевода с барием

!спектрофотометрии рефлюксата

?Использование бета-адреноблокаторов для профилактики кровотечений у больных циррозом печени следует проводить при расширении вен пищевода, начиная с \_\_\_\_\_\_ стадии

!+2

!3

!любой

!1

?Осложнением язвенной болезни является

!+пенетрация

!желчекаменная болезнь

!почечная колика

!портальная гипертензия

?Ухудшение течения глютеновой энтеропатии вызывает

!гречиха

!рис

!кукуруза

!+ячмень

?К предъязвенным заболеваниям относят \_\_\_\_\_\_\_ гастрит

!аутоиммунный

!+ассоциированный с хеликобактер пилори

!ригидный

!рефлюкс-

?Увеличение сывороточного альфа-фетопротеина наиболее выражено при

!карциноме толстой кишки

!+гепатоцеллюлярном раке

!раке поджелудочной железы

!карциноме желчного пузыря

?К внекишечным проявлениям болезни Крона относят

!межкишечные свищи

!+узловатую эритему

!панкреатогенный сахарный диабет

!генерализованный эрозивный псориаз

?Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно исследование

!желудочной секреции

!рентгенологическое

!+биохимическое крови

!копрологическое

?Максимальное значение внутреннего диаметра панкреатического протока в области головки поджелудочной железы у здоровых людей составляет (в мм)

!5

!3

!+2

!4

?Пищевод Баррета характеризуется метаплазией

!многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа

!+многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа

!многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов

!эпителия желудка по кишечному типу

?Лечение псевдомембранозного колита в легкой форме следует начинать с применения метронидазола

!в свечах и в виде ректальной пены

!+внутрь

!внутрь и внутривенно

!внутривенно

?С целью профилактики судорожного синдрома и тяги к алкоголю при лечении острого алкогольного гепатита рекомендациями европейского общества по изучению болезней печени 2016 г. Одобрено использование

!Сертралина

!Дисульфирама

!Фенобарбитала

!+Баклофена

?Заподозрить синдром Жильбера можно при увеличении в плазме крови

!+свободного билирубина

!уровня холинэстеразы

!щелочной фосфатазы

!печеночных трансаминаз

?Наиболее часто встречающимся симптомом при диффузном эзофагоспазме является

!+боль за грудиной

!регургитация

!дисфагия

!одинофагия

?Дивертикулом Ценкера является дивертикул

!+глоточно-пищеводный

!эпифренальный

!бифуркационный

!эпибронхиальный

?При повышении билирубина, типичном для синдрома Жильбера, надо исключить

!хроническую алкогольную интоксикацию

!острый вирусный гепатит А

!+гемолитическую анемию

!инфекционный мононуклеоз

?Увеличение прямого и непрямого билирубина является признаком

!+хронического гепатита

!синдрома Жильбера

!опухоли поджелудочной железы

!наследственного сфероцитоза

?Cпазмолитиком, действующим на мускулатуру сфинктера Одди, кишечника и мочеточников, является

!Мебеверин

!Гемикромон

!Пинаверия бромид

!+Дротаверин

?Клиническим признаком острой печеночной энцефалопатии II стадии является

!стойкая потеря сознания

!отсутствие глотательного рефлекса

!+«хлопающий» тремор

!непроизвольный акт дефекации

?Лейкопения может являться следствием

!миеломной болезни

!+хронического гепатита

!хронического лимфолейкоза

!острого панкреатита

?Результат теста на толерантность к D-ксилозе зависит от

!желудочной секреции

!+всасывающей функции тонкой кишки

!функции поджелудочной железы

!функции печени

?Доминирующим симптомом рецидивирующего панкреатита является

!разжижение стула

!горечь во рту

!тошнота

!+боль в животе

?Противопоказанием к холецистографии является

!желчнокаменная болезнь

!+непереносимость йодсодержащего контрастного препарата

!вирусный гепатит

!непереносимость жиров

?При обострении хронического холецистита целесообразно назначение

!спазмолитиков

!гиполипидемических препаратов

!блокаторов гистаминовых рецепторов

!+антибиотиков

?Побочным эффектом применения раздражающих и осмотических слабительных может стать

!дивертикулярная болезнь толстой кишки

!+лаксативная болезнь

!синдром раздраженной толстой кишки

!синдром функциональной недостаточности мышц тазового дна

?При недостаточности кровообращения по большому кругу при ультразвуковом исследовании печени не наблюдается

!свободной жидкости в брюшной полости

!расширения нижней полой вены

!+расширения внутрипеченочных желчных протоков

!увеличения печени

?Каловые массы при синдроме раздраженного кишечника содержат хорошо заметную примесь

!гноя

!жира

!крови

!+слизи

?Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь может проявляться атипичным симптомом в виде

!дисфагии

!одинофагии

!отрыжки воздухом

!+кома в горле

?Для язвенной болезни с мезогастральной локализацией язвы характерны боли

!+ранние

!голодные

!поздние

!ночные

?При хроническом гастрите лечебную физкультуру назначают

!после полного выздоровления

!+в период стихания процесса обострения

!в любой период

!в период обострения

?Пепсиноген вырабатывается клетками

!энтерохромаффинными

!добавочными

!париетальными

!+главными

?Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут

!внутривенно

!внутримышечно

!+перорально

!в микроклизмах

?Эффективность лечения хронического гепатита С 1B генотипа вируса препаратами интерферона в сочетании с рибавирином составляет (в %)

!+60

!40

!15

!90

?Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно исследование

!желудочной секреции

!+биохимическое крови

!рентгенологическое

!копрологическое

?Объективным симптомом при язвенной болезни является симптом

!Курвуазье

!Мерфи

!Кера

!+Менделя

?Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут

!в микроклизмах

!внутримышечно

!+перорально

!внутривенно

?Иммуноопосредованным внепеченочным проявлением у больных хроническим вирусным гепатитом С является

!+криоглобулинемия

!акне

!стригущий лишай

!остеопороз

?Лабораторным показателем обострения хронического панкреатита является уровень

!+амилазы

!щелочной фосфатазы

!аминотрансферазы

!глюкозы

?Назначение блокаторов протонной помпы для постоянного приема при профилактике кровотечений из варикозных вен рекомендуется, если имеются

!участки кишечной метаплазии пищевода более 1 мм

!+очаги портальной гастропатии

!в анамнезе указания на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки

!признаки устойчивого дуоденогастрального рефлюкса

?Общее количество желудочного сока, отделяющееся у человека при обычном пищевом режиме, составляет (в л)

!2-2,5

!0,5-1

!1-1,5

!+1,5-2

?Объективным симптомом при язвенной болезни является симптом

!Мерфи

!Кера

!Курвуазье

!+Менделя

?Наиболее характерным симптомом инфекционного эзофагита является

!+одинофагия

!икота

!изжога

!отрыжка воздухом

?Основной целью антихеликобактерной терапии при язвенной болезни является

!+снижение частоты рецидивов язвенной болезни

!уменьшение выраженности болевого синдрома

!уменьшение риска прободения язвы

!снижение секреции соляной кислоты

?Побочным эффектом препаратов урсодезоксихолевой кислоты является

!головная боль

!задержка стула

!сухость во рту

!+диарея

?Клиническим признаком острой печеночной энцефалопатии III стадии является

!+отсутствие сознания

!инверсия сна

!«печеночный» запах изо рта

!тремор пальцев рук

?К числу критериев Рэнсона для оценки острого панкреатита относится

!+глюкоза сыворотки

!цветовой показатель

!амилаза сыворотки

!уровень тромбоцитов

?К группе гипохромных анемий относится анемия

!+сидероахрестическая

!В12-дефицитная

!микросфероцитарная

!апластическая

?У беременных женщин при длительном приёме противосудорожных препаратов при злоупотреблении алкоголем наблюдается высокий риск развития анемии

!+фолиеводефицитной

!железодефицитной

!гемолитической

!В12-дефицитной

?Показанием для парентерального введения препаратов железа является

!планируемое оперативное лечение миомы матки

!повторная беременность

!+язвенная болезнь желудка в стадии обострения

!язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии

?Витамин В12 рекомендуется назначать больным с его дефицитом по схеме

!месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года

!два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы ежеквартально

!два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года

!+месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы 1-2 раза в год

?В лечении гемобластозов используют

!стероидные гормоны и антибиотики

!антикоагулянты и антиагреганты

!+цитостатики и таргетные биологические препараты

!антибиотики и антикоагулянты

?При сидероахрестической анемии противопоказан

!витамин В6

!витамин С

!десферал

!+феррум лек

?При лечении больного в состоянии агранулоцитоза персонал должен

!носить исключительно одноразовое стерильное белье

!протирать свои руки и лицо раствором антиспетика

!+переодеваться при входе в палату

!мыть руки трижды перед входом в палату

?Гипохромия эритроцитов может наблюдаться при

!микросфероцитозе

!+талассемии

!дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

!дефиците В12

?Анизохромия характеризуется изменением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эритроцитов

!структуры

!формы

!диаметра

!+окраски

?При лечении микросфероцитарной анемии используется

!цианкобаламин

!гормонотерапия

!ферротерапия

!+спленэктомия

## ?Основной причиной анемии при хронической почечной недостаточности является

!дефицит фолиевой кислоты

!нарушение всасывания железа

!геморрагический синдром

!+нарушение эритропоэза

?При лихорадке на протяжении месяца и лимфоаденопатии можно предполагать

!гемофилию

!болезнь Виллебранда

!болезнь Крона

!+лимфогранулематоз

?При выборе диетического режима больным с железодефицитной анемией следует рекомендовать

!гречневую крупу

!+мясные продукты

!яблоки

!зелень

?Лейкопения может являться следствием применения

!+цитостатиков

!гормональных контрацептивов

!колониестимулирующего фактора

!эритропоэтина

?К осложнениям применения цитостатических препаратов при лечении гемобластозов относится

!тромбоз

!сыпь на коже

!+агранулоцитоз

!насморк

?При железодефецитной анемии используют приемы классического массажа: поглаживание, растирание и

!выжимание

!+разминание

!прерывистую вибрацию

!потряхивание

?Критерием эффективности проводимой терапии в первые две недели при В12-дефицитной анемии является

!повышение уровня сывороточного железа

!уменьшение числа микроцитов

!+повышение уровня ретикулоцитов

!нормализация уровня билирубина

?Болезнь Гоше и порфирия

!+являются редкими болезнями, мало знакомыми врачам-терапевтам

!требуют трансплантации костного мозга

!относятся к гемобластозам и к сфере ведения больных врачом-гематологом

!в России не диагностируются и не лечатся

?Фуникулярный миелоз характерен для анемии

!железодефицитной

!гемолитической

!апластической

!+В12-дефицитной

?Для лечения хронического миелолейкоза применяют

!антибиотики и ингибиторы тирозинкиназы

!+ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики

!цитостатики и стероидные гормоны

!стероидные гормоны и антибиотики

?Показанием для парентерального введения препаратов железа является

!+синдром мальдигестии

!повторная беременность

!планируемое оперативное лечение миомы матки

!язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии

## ?Назначение эритропоэтина может вызывать

!тошноту и рвоту

!+артериальую гипертензию

!лихорадочный синдром

!тромбоцитопению

?Анемия может наблюдаться при\_\_\_\_\_\_\_ недостаточности

!острой сердечной

!хронической дыхательной

!+хронической почечной

!острой печеночной

?Гиперемия кожи и слизистых, гепатоспленомегалия, сердечно-сосудистые осложнения характерны для

!хронического лейкоза

!острого лейкоза

!миелофиброза

!+полицитемии

?Для лечения больных с множественной миеломой применяют

!интерферон альфа

!интерферон бета

!+леналидомид

!колониестимулирующий фактор

?При использовании непрямых антикоагулянтов необходимо контролировать

!+международное нормализованное отношение

!активированное парциальное тромбиновое время

!протромбиновый индекс по Квику

!уровень антитромбина III

?Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются

!увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени

!анемия, гиперкалиемия,снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров

!тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина

!+тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени

?Для железодефицитной анемии характерно \_\_\_\_\_ ферритина и \_\_\_\_ ОЖСС

!повышение; повышение

!снижение; снижение

!+снижение; повышение

!повышение; снижение

?Лейкопения может являться следствием

!хронического лимфолейкоза

!миеломной болезни

!+хронического гепатита

!острого панкреатита

?Лекарственная тромбоцитопатия может быть связана с приемом

!+нестероидных противовоспалительных препаратов

!гипотензивных лекарственных средств

!противовирусных препаратов

!антибиотиков широкого спектра действия

?При лечении больных с острым лейкозом следует обеспчечить

!занятия физической культурой в возрастающем режиме

!обязательное получение инвалидности

!+асептические условия, трансфузиологическую помощь

!полный отказ от физических нагрузок

?При лечении агранулоцитоза следует обеспечить

!проветривание помещений

!+асептические условия

!чистоту полов

!стерильную пищу

?К признакам ДВС-синдрома относится

!+гематомно-петехиальный

!петехиальный

!васкулитно-пурпурный

!гематомный

?Во время гемолитического криза при аутоиммунной гемолитической анемии в первую очередь необходимо

!проведение плазмафереза

!переливание свежезамороженной плазмы

!назначение антибиотиков

!+назначение стероидов

?К диагностическим критериям гранулематоза с полиангиитом относят

!миокардит

!полинейропатию

!ишемический колит

!+ринит, фарингит

?Приназначение препаратов В12 у больных с В12-дефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня \_\_\_\_\_\_к концу \_\_ недели терапии

!+гемоглобина; 3

!лейкоцитов; 3

!тромбоцитов; 3

!гемоглобина; 1

?При решении вопроса о продолжении ферротерапии оценивают уровень

!+ферритина

!сывороточного железа

!трансферина

!общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

?При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать

!международное нормализованное отношение

!+активированное парциальное тромбиновое время

!тромбиновое время

!протромбиновый индекс по Квику

?Болезнь Виллебранда проявляется

!тромбоцитопенией

!тромбозами и геморрагиями

!+тромбоцитопатией

!васкулитно-пурпурной кровоточивостью

?Признаком гемолитической анемии является

!лейкоцитоз

!тромбоцитопения

!+высокий ретикулоцитоз

!повышение трансаминазной активности

?Гиперемия кожи и слизистых, гепатоспленомегалия, сердечно-сосудистые осложнения характерны для

!миелофиброза

!хронического лейкоза

!+полицитемии

!острого лейкоза

?При антифосфолипидном синдроме необходимо применять

!азатиоприн

!+плазмаферез и антикоагулянты

!пульс-терапию Преднизолоном

!только преднизолон в малых дозах

?Методом остановки кровотечения при остром ДВС-синдроме является

!введение не менее 1 л теплой донорской крови

!+переливание достаточных объемов свежезамороженной плазмы

!назначение препаратов фактор протромбинового комплекса

!проведение плазмафереза в объеме 1 л эксфузии

?Приназначение препаратов железа у больных с железодефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня \_\_\_\_\_\_ к концу\_\_\_ недели терапии

!+ретикулоцитов; 1

!гемоглобина; 1

!гемоглобина; 2

!эритроцитов; 1

?Профилактическое лечение в12-дефицитной анемии проводится

!+ежемесячно по 500 мкг витамина В12

!1000 мкг витамина В12 1 раз в год

!1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода

!ежедневно по 500 мкг витамина В12

?К В-симтомам при лимфопролиферативных гемобластозах относят

!+похудание, слабость

!анемию и тромбоцитопению

!лимфоаденопатию

!гиперспленизм

?Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при

!болезни Виллебранда

!железодефицитной анемии

!+В12-дефицитной анемии

!гемофилии

?Гепато- и спленомегалия при остром лейкозе являются проявлением синдрома

!геморрагического

!анемического

!+гиперпластического

!инфекционно-токсического

?Уменьшение значения показателя оседания эритроцитов является следствием

!увеличение вязкости крови

!+увеличения концентрации эритроцитов в крови

!болезней обмена веществ

!снижения концентрации эритроцитов в крови

?Основным патогенетическим механизмом в развитии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры является

!+выработка аутоантитромбоцитарных антител

!образование патологических иммунных комплексов

!активация тканевого тромбопластина

!дефицит плазменных факторов свертывания

?Сдвиг лейкоцитарной формулы влево является следствием

!+бактериальной инфекции

!физического перенапряжения

!вирусной инфекции

!глистной инвазии

?Эритропоэтин используется для лечения \_\_\_\_ при

!лейкопении; воздействии цитостатиков

!анемии; аутоиммуном гемолизе

!+анемии; хронической болезни почек

!анемии; острой почечной недостаточности

?Первый этап лечения железодефицитной анемии предусматривает назначение препаратов железа (в пересчете на трехвалентное) в дозе (в мг)

!50-100

!500-1000

!+200-300

!100-150

?При лечении больного в состоянии агранулоцитоза персонал должен

!+переодеваться при входе в палату

!носить исключительно одноразовое стерильное белье

!мыть руки трижды перед входом в палату

!протирать свои руки и лицо раствором антиспетика

?При лечении множественной миеломы следует

!+обеспечить нормальный режим труда и отдыха

!обеспечить асептические условия

!исключить работы с физической нагрузкой

!обеспечить минимальный уровень физической нагрузки

?Фолиевая кислота входит в состав препарата

!феррум лек

!+матерна

!тотема

!сорбифер

?К группе гемоглобинопатий относится анемия

!В12-дефицитная

!+серповидно-клеточная

!железодефицитная

!микросфероцитарная

?Основным патогенетическим механизмом в развитии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры является

!образование патологических иммунных комплексов

!активация тканевого тромбопластина

!+выработка аутоантитромбоцитарных антител

!дефицит плазменных факторов свертывания

?Тромбоцитопения может наблюдаться при

!+острой тромбоцитопенической пурпуре

!гемолитической анемии

!железодефицитной анемии

!эритремии

?При реабилиатции больных в ремисси острого лейкоза

!требуется исключить использование общественного транспорта

!требуются ограничения по степени умственной нагрузки

!требуются ограничения продолжительности рабочего дня

!+не требуются ограничения физической нагрузки

?При выявлении В12-дефицитной анемии лечение витамином В12 начинают с дозы (в мкг в сутки)

!+500

!100

!200

!300

?Антифосфолипидный синдром

!является редкой болезнью, не встречающейся в практике врача-терапевта

!встречается исключительно у больных с гепатитом

!+является частой причиной невынашивания беременности

!диагностируется с помощью исключительно иммунологических методов

?К группе гипохромных анемий относится анемия

!микросфероцитарная

!В12-дефицитная

!+сидероахрестическая

!апластическая

?Ретикулоцитоз характерен для анемии

!+гемолитической

!В12-дефицитной

!железодефицитной

!фолиеводефицитной

?При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать

!международное нормализованное отношение

!тромбиновое время

!протромбиновый индекс по Квику

!+активированное парциальное тромбиновое время

?В схемах лечения ДВС-синдрома присутствуют

!антикоагулянты и активаторы фибринолиза

!антиагреганты и активаторы фибринолиза

!+плазмаферез и свежезамороженная плазма

!антикоагулянты, антифибринолитики

?Больные в ремиссии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры должны

!+иметь нормальный режим труда и отдыха

!избегать массовых скоплений людей

!питаться с применением гипоаллергенных диет

!исключить физические нагрузки, занятия спортом

?Препаратом группы глюконата железа является

!ферретаб

!мальтофер

!сорбифер

!+тотема

?Препаратом трехвалентного железа является

!сорбифер

!+мальтофер

!тотема

!ферретаб

?Гепато- и спленомегалия при остром лейкозе являются проявлением синдрома

!геморрагического

!инфекционно-токсического

!+гиперпластического

!анемического

?В классификации острых лейкозов выделяют

!лимфо-миелобластный

!+лимфобластный

!лейкобластный

!тромбоцитобластный

?При в12-дефицитиной анемии в общем анализе крови может наблюдаться склонность к

!+панцитопении

!появлению миелоцитов

!тромбоцитозу

!лейкоцитозу

?Увеличение концентрации эозинофилов в крови является характерным при

!циррозе печени

!стенокардии напряжения

!+бронхиальной астме

!ревматоидном артрите

?Лейкоцитоз может быть отражением

!+пневмонии

!бронхиальной астмы

!вирусного гепатита

!стенокардии напряжения

?Лейкопения может являться следствием применения

!гормональных контрацептивов

!колониестимулирующего фактора

!+цитостатиков

!эритропоэтина

?При лечении гаптенового агранулоцитоза используют

!+антибиотики

!колиниестимулирующий фактор

!преднизолон

!цитостатики

?При синдроме длительного сдавления терапию ДВС-синдрома следует начинать с

!введения фибринолитиков

!наложения жгута на пораженную конечность

!+проведения плазмафереза в объеме 1 л эксфузии

!переливания свежей донорской крови

?После окончания стернальной пункции следует

!положить на место прокола пузырь со льдом

!+наклеить стерильную повязку на место прокола

!оставить больного под наблюдением медицинского персонала

!наложить на место прокола давящую повязку

?Феномен ускорения оседания эритроцитов обусловлен

!+снижением заряда мембраны эритроцитов из-за окружения ее патологическими белками

!появлением белковых «мостиков» между клетками

!дислипидемией, обусловленной воспалением

!нарушением электролитного баланса крови с повышением заряда мембраны эритроцитов

?Истончение и деформация ногтевых пластин, сухость и ломкость волос, сглаженность сосочков языка, нарушение глотания сухой пищи являются проявлением

!гемолитического криза

!общеанемического синдрома

!+сидеропенического синдрома

!фуникулярного миелоза

?Побочным эффектом, не свойственным интерферону альфа, является

!депрессия

!+гемолитическая анемия

!нарушение функции щитовидной железы

!тромбоцитопения

?При реабилиатции больных в ремисси острого лейкоза

!требуются ограничения продолжительности рабочего дня

!+не требуются ограничения физической нагрузки

!требуются ограничения по степени умственной нагрузки

!требуется исключить использование общественного транспорта

?Беременным, подросткам, лицам, получающим длительно противосудорожные препарараты, злоупотребляющим алкоголем, при лечении железодефицитной анемии целесообразно назначать препараты, содержащие

!витамин С

!+фолиевую кислоту

!микроэлементы

!витамин В12

?При проведении стернальной пункции следует

!провести местное обезболивание кожи перед проколом

!дать успокоительное и не мешать разговорами процедуре

!дать успокоительное и поддерживать ободряющую беседу во время процедуры

!+объяснить больному ход процедуры и ее значение

?Гепато- и спленомегалия при остром лейкозе являются проявлением синдрома

!+гиперпластического

!геморрагического

!анемического

!инфекционно-токсического

?Критерием, отражающим запасы железа в организме, является

!+ферритин

!гепсидин

!гемосидерин

!трансферрин

?При лечении больных с острым лейкозом следует обеспчечить

!обязательное получение инвалидности

!полный отказ от физических нагрузок

!+асептические условия, трансфузиологическую помощь

!занятия физической культурой в возрастающем режиме

?При использовании прямых антикоагулянтов в профилактических дозах необходимо контролировать

!уровень агрегации тромбоцитов

!хронометрические показатели гемостаза

!+наличие геморрагических осложнений

!уровень фибринолитической активности крови

?Приназначение препаратов В12 у больных с В12-дефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня \_\_\_\_\_\_ к концу \_\_ недели терапии

!тромбоцитов; 2

!гемоглобина; 1

!+ретикулоцитов; 1

!лейкоцитов; 1

?При амбулаторном проведении цитостатической терапии необходимо проводить

!регулярные анализы мочи

!профилактическое назначение антибиотиков

!+регулярные анализы крови

!ежедневный осмотр гематолога

?Клональная дифференцировка Т-лимфоцитов происходит в

!лимфоузлах

!костном мозге

!селезенке

!+тимусе

?При оперативном родоразрешении у роженицы с апластической анемией необходимо предусмотреть переливание

!нативной плазмы

!эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы

!тромбоцитарной массы и свежезамороженной плазмы

!+эритроцитарной и тромбоцитарной массы

?При реабилиатции больных в ремисси острого лейкоза

!+не требуются ограничения физической нагрузки

!требуются ограничения продолжительности рабочего дня

!требуются ограничения по степени умственной нагрузки

!требуется исключить использование общественного транспорта

?Для лечения больных с множественной миеломой применяют

!интерферон бета

!колониестимулирующий фактор

!колхицин

!+бортезамиб

?Преимуществом трехвалентного железа перед двухвалентным является

!+меньшая частота осложнений

!меньшая суточная доза

!более быстрый эффект

!более низкая стоимость

?Назначение препаратов интерферона может вызывать

!кровотечения

!+лихорадочный синдром

!тромбоцитоз

!тромбозы

?Для лечения хронического миелолейкоза применяют

!стероидные гормоны и антибиотики

!антибиотики и ингибиторы тирозинкиназы

!+ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики

!цитостатики и стероидные гормоны

?При в12-дефицитиной анемии в общем анализе крови может наблюдаться склонность к

!появлению миелоцитов

!+панцитопении

!лейкоцитозу

!тромбоцитозу

?Тромбоцитопения может наблюдаться при

!эссенциальной тромбоцитемии

!гемолитической анемии

!+ДВС-синдроме

!железодефицитной анемии

?Для железодефицитной анемии характерно

!выявление наследственности

!кризовое течение

!острое начало

!+постепенное развитие

?Профилактическое лечение в12-дефицитной анемии проводится

!+ежемесячно по 500 мкг витамина В12

!1000 мкг витамина В12 1 раз в год

!ежедневно по 500 мкг витамина В12

!1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода

?Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает

!+микроцитарной,гипохромной, железорезистентной

!нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной

!макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной

!нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной

?В нормальном лимфоузле присутствуют

!эпителиоидные клетки

!только Т-лимфоциты

!клетки миелоидного ряда

!+В- и Т-лимфоциты

?Побочным эффектом, не свойственным интерферону альфа, является

!+гемолитическая анемия

!депрессия

!нарушение функции щитовидной железы

!тромбоцитопения

?При лечении микросфероцитарной анемии используется

!цианкобаламин

!ферротерапия

!гормонотерапия

!+спленэктомия

?Препаратом группы сульфата железа является

!ферретаб

!тотема

!мальтофер

!+сорбифер

?Фолиевая кислота входит в состав препарата

!+матерна

!феррум лек

!сорбифер

!тотема

?Эффективность современной терапии лимфогранулематоза приводит к выздоровлению не менее, чем \_\_\_\_\_\_\_% от общего числа больных

!70-80

!40-50

!+80-85

!50-70

?Для лечения больных с множественной миеломой применяют

!интерферон бета

!колхицин

!+бортезамиб

!колониестимулирующий фактор

?При проведении стернальной пункции следует

!дать успокоительное и поддерживать ободряющую беседу во время процедуры

!дать успокоительное и не мешать разговорами процедуре

!провести местное обезболивание кожи перед проколом

!+объяснить больному ход процедуры и ее значение

?Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при

!+остром лейкозе

!хроническом лимфолейкозе

!болезни Виллебранда

!гемолитической анемии

?Генетические полиморфизмы генов, кодирующих белки системы свертывания крови

!не имеют диагностического значения в оценке генетических тромбофиллий

!+являются одним из признаков генетических тромбофилий

!важны для оценки риска тромбоэмболии легочной артерии у онкологических больных

!являются важнейшим элементом диагностики генетических тромбофиллий

?Стернальная пункция

!всегда требует местной анестезии

!всегда требует общей анестезии

!+проводится в амбулаторных и стационарных условиях

!проводится исключительно врачом гематологом

?Показанием для парентерального введения препаратов железа является резекция

!толстой кишки

!+тонкой кишки

!правого легкого

!поджелудочной железы

?При лихорадке на протяжении месяца и лимфоаденопатии можно предполагать

!болезнь Крона

!гемофилию

!+лимфогранулематоз

!болезнь Виллебранда

?Пойкилоцитоз характеризуется изменением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эритроцитов

!структуры

!диаметра

!+формы

!окраски

?Значение показателя оседания эритроцитов по панченкову равное 2 мм в час является

!пониженным для мужчин

!нормальным для женщин

!повышенным для мужчин и женщин

!+нормальным для мужчин и женщин

?Назначение эритропоэтина может вызывать

!тромбоцитопению

!лихорадочный синдром

!+артериальую гипертензию

!тошноту и рвоту

?Лейкопения может являться следствием применения

!эритропоэтина

!колониестимулирующего фактора

!гормональных контрацептивов

!+цитостатиков

?К характерным признакам лимфогранулематоза относят

!+постоянные лихорадку и потливость

!выраженные миалгии, оссалгии

!некупируемые тошноту и рвоту

!чередование поносов и запоров

?Гаптеновый агранулоцитоз может быть следствием приема

!+анальгина

!цитостатиков

!эритропоэтина

!преднизолона

?При лечении цитостатического агранулоцитоза используют

!+антибиотики, антисептики и колиниестимулирующий фактор

!преднизолон, антисептики и колиниестимулирующий фактор

!антибиотики, преднизолон и колиниестимулирующий фактор

!преднизолон, антисептики и цитостатики

?Больные с хроническим лимфолейкозом должны

!исключить физические нагрузки, занятия спортом

!+избегать условий высокого риска респираторных инфекций

!питаться с применением гипоаллергенных диет

!выйти на инвалидность

?Беременным, подросткам, лицам, получающим длительно противосудорожные препарараты, злоупотребляющим алкоголем, при лечении железодефицитной анемии целесообразно назначать препараты, содержащие

!микроэлементы

!витамин В12

!+фолиевую кислоту

!витамин С

?В лечении лимфоаденопатий не следует использовать

!антигистаминные средства

!антибиотики

!интерфероны

!+физиотерапию, согревающие процедуры

?Для паразитарных заболеваний типично увеличение в крови

!+эозинофилов

!моноцитов

!нейтрофилов

!лимфоцитов

?Инкубационный период вирусного гепатита В составляет (в днях)

!30-90

!+60-180

!60-80

!120-160

?Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

!+фторхинолонов

!карбапенемов

!линкозамидов

!пенициллинов

?Эффективным этиотропным средством для лечения гриппа является

!циклоферон

!амиксин (тилорон)

!+осельтамивир

!кагоцел

?Современным химиопрепаратом, применяемым для профилактики гриппа, является

!терафлю

!ламивудин

!+осельтамивир

!рибавирин

?Для лечения кератоконъюнктивита при аденовирусной инфекции используют

!+сульфацил натрия 20%

!антибиотики цефалоспоринового ряда

!иодинол

!мазь индовазан

?В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом В назначают

!+вакцинацию

!противовирусные препараты

!иммуномодуляторы

!интерфероны

?С целью профилактики сальмонеллёза широко применяют

!+ветеринарно-санитарные мероприятия

!плазму переболевших больных

!вакцинацию населения

!донорский иммуноглобулин

?Изоляция больного ветряной оспой осуществляется до 5-го дня

!после образования корочек

!с момента появления сыпи

!+с момента появления последних высыпаний

!нормальной температуры

?Противопоказанием для лечения хронического гепатита С препаратами интерферона в сочетании с рибавирином является

!нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ

!артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов

!стенокардия вне зависимости от класса тяжести

!+цирроз печени класс С по Чайлду-Пью

?Характерным проявлением шигеллезов является

!вздутие живота при отсутствии болей

!повторная рвота с примесью желчи

!обильный жидкий стул без патологических примесей

!+боль внизу живота при дефекации

?В ликворе больных токсоплазмозом мозга у больных ВИЧ-инфекцией обнаруживается

!нейтрофильный плеоцитоз

!множество эритроцитов

!снижение уровня глюкозы

!+белково-клеточная диссоциация

?Характерными симптомами парагриппа являются итоксикация

!выраженная и пневмония

!умеренная и тонзиллит

!выраженная и трахеобронхит

!+умеренная и ларингит

?Пациентка, получившая лечение препаратами интерферона в сочетании с рибавирином, не должна беременеть в течение \_\_\_\_\_ месяцев по окончании лечения

!5

!2

!3

!+6

?Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает

!ишиалгию

!брадипное

!+миалгию

!кашель

?Для лечения токсоплазмоза при ВИЧ-инфекции назначают

!+пириметамин

!пенициллин

!вакцинотерапию

!хинин

?Этиотропным средством для лечения гриппа является

!циклоферон

!интраназальный интерферон

!рибавирин

!+ремантадин

?Для лечения острого краснушного артрита применяют

!миорелаксанты

!хондропротекторы

!+НПВС

!глюкокортикостероиды

?Антибиотики при среднетяжелом течении кори назначают для лечения

!митигированной кори

!+бактериальных осложнений

!абортивной кори

!присоединившейся герпетической инфекции

?При лечении острого вирусного гепатита с холестатическим синдромом назначают

!эссенциале-форте

!рибавирин

!+урсофальк

!интерферон

?Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами инфекционного мононуклеоза осуществляется в течение (в мес)

!12

!9

!+6

!3

?Для профилактики инфицирования вирусом гепатита Д назначают

!вакцинацию против вирусного гепатита А

!иммуномодуляторы

!противовирусные препараты

!+вакцинацию против вирусного гепатита В

?Согласно календарю прививок РФ вакцинация против краснухи проводится в

!3 и 6 месяцев

!+12 месяцев и 6 лет

!14 лет

!6 и 18 месяцев

?Целью противовирусной терапии гепатита С в настоящее время является

!перевод инфекции в неактивную стадию без возможности рецидива

!+полное устранение вируса из организма

!уменьшение вирусной нагрузки

!перевод инфекции в неактивную стадию с возможностью рецидива

?Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекция необходимо выявление в крови

!выявление антител к ВИЧ методом ИФА

!снижения количества CD4+ лимфоцитов

!+комплекса антител к гликопротеинам ВИЧ методом иммуноблота

!гипергаммаглобулинемии и циркулирующих иммунных комплексов

?Типичным вариантом гастроинтестинальной формы сальмонеллеза является

!+гастроэнтеритический

!энтероколитический

!колитический

!гастритический

?Симптомами тяжёлого неосложненного гриппа являются

!+геморрагическая сыпь, носовые кровотечения

!иктеричность кожных покровов и слизистых

!продуктивный кашель, диарея

!продуктивный кашель с гнойной мокротой

?Примерные сроки нетрудоспособности после перенесенной ветряной оспы составляют (в днях)

!30

!60

!+10

!90

?Базисной терапией острых вирусных гепатитов является

!противовирусная

!антибактериальная

!иммуномодулирующая

!+дезинтоксикационная

?В лечении инфекционного мононуклеоза предпочтение отдаётся терапии

!десенсибилизирующей

!этиотропной

!иммунокоррегирующей

!+патогенетической

?Патогенетическое лечение гриппа включает

!внутривенное введение кристалоидных растворов

!+респираторную поддержку

!приём иммуномодуляторов

!парентеральную регидратационную терапию

?Контроль за результатами лечения шигеллеза проводят

!+бактериологическим методом

!эндоскопическим исследованием

!серологическим исследованием

!молекулярно-генетическим методом

?Основным критерием выписки из стационара пациента с острым вирусным гепатитом является

!исчезновение антител к антигенам вируса

!восстановление до нормы показателя альбумина

!+клиническое выздоровление

!исчезновение антигенемии

?Неспецифической профилактической мерой при гриппе служит

!ингаляция раствора интерферона

!+промывание носа изотоническим растворами

!обработка помещений дезинфектантами

!обработка кожных покровов и слизистых антисептиками

?При приеме на работу персонала из декретированных групп проводят бактериологическое обследование на наличие шигелл в

!моче

!крови

!+фекалиях

!желчи

?К источнику аденовирусной инфекции относят

!воду

!домашних животных

!грызунов

!+человека

?Для клинической картины инфекционного мононуклеоза характерно наличие

!конъюктивита, фаринготонзилита, полилимфаденопатии, гепатоспленомегалии

!конъюнктивита, уретрита, артрита

!+аденоидита, тонзиллита, полилимфаденопатии, гепатоспленомегалии

!тонзиллита, регионарного лимфаденита

?Классической триадой синдрома врожденной краснухи является

!помутнение роговицы, умственная отсталость, гемолитическая анемия

!+катаракта, глухота, врожденные пороки сердца

!хориоретинит, микроцефалия, гепатоспленомегалия

!микроофтальмия, глухота, сахарный диабет I-типа

?Наиболее значимым лабораторным критерием тяжести течения острого вирусного гепатита является

!снижение уровня содержания общего белка в крови

!высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови

!повышение активности транасаминаз

!+снижение уровня содержания протромбина в крови

?Источником и резервуаром инфекции при приобретенной краснухе является

!больной человек в периоде реконвалесценции

!больной человек только с клиническими проявлениями инфекции

!млекопитающее животное

!+больной человек с клиническими или бессимптомными проявлениями инфекции

?Наиболее часто встречаемым осложнением гриппа, вызванным вторичной бактериальной флорой, является

!печёночно-почечная недостаточность

!отёк мозга

!+пневмония

!инфекционно-токсический шок

?Для оценки влияния успешной противовирусной терапии гепатита С на выраженность фиброза печени в рамках диспансеризации реконвалесцента следует применять

!биопсию печени

!+транзиентную эластометрию

!МРТ печени

!КТ печени

?В целях профилактики распространения шигеллезов при приеме на работу персонала на пищевые предприятия бактериологическое обследование проводят

!трехкратно

!+однократно

!четырехкратно

!двукратно

?Разобщение неиммунных по кори лиц осуществляется с\_\_\_ по\_\_ день с момента контакта с больным

!1; 17

!1; 7

!5; 21

!+7; 17

?Вакцинацию против вирусного гепатита В проводят

!двукратно (по схеме 0 и 6 месяцев)

!двукратно (по схеме 0 и 3 месяца)

!+трехкратно (по схеме 0, 1, 6 месяцев)

!однократно

?Препаратом выбора для лечения острого вирусного гепатита, осложненного острой печеночной энцефалопатией, является

!легалон

!+свежезамороженная плазма

!гептрал

!урсофальк

?Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начать с

!рифампицина

!азитромицина

!+ципрофлоксацина

!левомицетина

?Возможным средством для профилактики гриппа является

!интерферон-гамма (внутримышечно)

!свежезамороженная иммунная плазма

!+интерферон а2b (интраназально)

!противогриппозный иммуноглобулин

?Показанием к госпитализации в отделение паллиативной помощи является

!наличие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому

!необходимость проведения пациенту системной антибактериальной терапии

!необходимость проведения дезинтоксикационной терапии, нормализации показателей крови

!+необходимость изоляции больного в связи с текущим инфекционным процессом

?Терапией при неосложненном течении приобретенной краснухи является

!глюкокортикостероидная

!антибактериальная

!противирусная

!+симптоматическая

?Показанием для выписки реконвалесцента с аденовирусной инфекцией является

!наличие контрольных серологических исследований

!срок не ранее 10 дня болезни

!наличие отрицательных вирусологических анализов

!+полное клиническое выздоровление

?В лечении ВИЧ-инфекции используют

!+антиретровирусные препараты

!цитостатики

!иммуномодуляторы

!антибактериальные средства

?Для первичного скрининга ВИЧ-инфекции используют

!молекулярно-биологический метод

!реакцию иммунного лизиса

!+иммуноферментный анализ

!РНГА

?Снижение числа CD4+лимфоцитов приводит к

!запуску апоптоза

!аутоиммунным нарушениям

!+активизации оппортунистических инфекционных агентов

!деструкции клеток, несущих на своей поверхности gp120

?Аденовирусная инфекция проявляется

!ложным крупом

!+ринофаринготонзиллитом

!уретритом

!иридоциклитом

?После полной иммунизации против гепатита В в крови выявляется наличие

!анти-HBcor и отсутствие анти- HBs

!анти- HBs и наличие анти-HBcor

!+анти- HBs и отсутствие анти-HBcor

!HBs антигена и отсутствие анти-HBe

?Формирование невосприимчивости населения к возбудителю краснухи достигается проведением

!карантинных мер

!санитарно-просветительной работы

!+вакцинопрофилактики

!введение иммуноглобулина

?У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является

!+пневмоциста

!микоплазма

!пневмококк

!клебсиелла

?Для лечения бактериальных осложнений инфекционного мононуклеоза назначается

!+цефтриаксон

!ампиокс

!амоксициллин

!ампициллин

?Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начать с

!азитромицина

!рифампицина

!левомицетина

!+ципрофлоксацина

?При лечении пэгинтерфероном альфа-2А реже, чем при использовании интерферона альфа-2B, возникает

!нейтропения

!тромбоцитопения

!нарушение функции щитовидной железы

!+гриппоподобный синдром

?Особенностью клинической картины при атипичной форме краснухи является

!наличие сыпи с лихорадкой и катаральными явлениями

!+отсутствие сыпи

!отсутствие катаральных явлений

!наличие только сыпи

?Симптомами неосложнённого гриппа являются

!продуктивный кашель, боли в грудной клетке при дыхании

!+сухой кашель, саднение за грудиной

!обильные носовые, десневые кровотечения

!геморрагическая сыпь, менингоэнцефалит

?Ведущим симптомом аденовирусной инфекции является

!стеноз гортани

!полинейропатия

!+ларингофариноготрахеит

!гиперпирексия

?При лечении острого вирусного гепатита С холестатическим синдромом назначают

!интерферон

!эссенциале-форте

!рибавирин

!+урсофальк

?Лечебная тактика при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение

!+энтеросорбентов и регидратационной терапии

!регидратационной терапии и специфической детоксикации

!диеты и антибиотикотерапии

!регидратационной терапии и антибиотикотерапии

?Клиническим симптомом, позволяющим заподозрить ВИЧ-инфекцию, является

!+диарея неясного генеза более 2-х месяцев

!снижением массы тела до 5%

!лихорадка в течение 2-х недель

!регионарный лимфаденит

?Образцы кала для выявления трофозоитов простейших следует исследовать после выделения в течение

!+30 минут

!24 часов

!6 часов

!3 часов

?При ветряной оспе сыпь

!+обильная полиморфная зудящая макуло-папуло-везикулезная появляющаяся на 1-2 день болезни

!обильная мелкоточечная на гиперемированном фоне кожи с 1-го дня болезни

!обильная, неправильной формы, геморрагическая, с некротическим компонентом, на неизмененном цвете кожи с первого дня заболевания

!скудная розеолезная, на бледном фоне кожи с 8-9 дня болезни

?Назначение препаратов интерферона может вызывать

!+лихорадочный синдром

!кровотечения

!тромбозы

!тромбоцитоз

?Специфическая вакцинация против краснухи осуществляется

!живой аллантоисной вакциной

!инактивированной цельновирионной вакциной

!+живой атенуированной вакциной

!АД-анатоксином

?Осельтамивир для профилактики гриппа принимается в течение 5 дней по \_\_\_ мг \_\_\_ раз/раза в сутки

!90; 1

!+75; 2

!75; 3

!90; 2

?Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции используют

!+нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы

!цефалоспорины

!фторхинолоны

!аминохинолины

?Патогенетическая терапия при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение

!ферментных препаратов

!+энтеросорбентов

!спазмолитических средств

!противорвотных средств

?Поражение иммунной системы при ВИЧ проявляется низким уровнем

!В-лимфоцитов

!иммуноглобулинов

!циркулирующих иммунных комплексов

!+CD4+ лимфоцитов

?Для подтверждения диагноза токсоплазмоз при ВИЧ-инфекции используют метод

!+молекулярно-биологический

!кожно-аллергический

!бактериологический

!бактериоскопический

?Противовирусная терапия при ветряной оспе проводится

!+при тяжелом течении заболевания

!всем пациентам младше 7 лет

!беременным женщинам, заболевшим ветряной оспой независимо от сроков беременности

!при среднетяжелом течении заболевания

?Для купирования болей в животе больному с гастро-интестинальной формой сальмонеллёза неоходимо назначить

!ортофен

!анальгин

!иммодиум

!+но-шпу

?При лечении острого вирусного гепатита, осложненного острой печеночной энцефалопатией, назначают

!гептрал

!холестирамин

!+аминостерил

!рибавирин

?Стеатоз печени у пациентов, зараженных вирусом гепатита С, оказывает влияние на

!+индекс фиброза

!уровень активности АЛТ и АСТ в сыворотке

!уровень вирусной нагрузки

!уровень триглицеридов в крови

?Диагностическим маркёром вирусного гепатита А является

!аnti-HCV IgM

!+anti-HAV IgМ

!anti-HDV IgG

!anti-HEV IgM

?Возбудителем ветряной оспы является

!+ДНК-содержащий вирус varicellazoster

!РНК-содержащий вирус семейства Togaviridae

!РНК-содержащий вирус семейства Paramixoviridae

!РНК-содержащий вирус семейства Retrovidae

?Поражение ЦНС при токсоплазмозе у ВИЧ-инфицированных неоходимо дифференцировать с

!гнойным менингитом

!серозным менингитом

!+лимфомой мозга

!менингококковым менингоэнцефалитом

?С целью специфической профилактики кори лицам с иммунодефицитом назначают

!+противокоревой иммуноглобулин

!витаминотерапию

!антибиотикотерапию

!противовирусную терапию

?При остром инфекционном гепатите эхогенность паренхимы печеНИ

!нормальная

!+пониженная

!средней интенсивности

!повышенная

?Регидратационная терапия при гастроэнтеритическом варианте сальмонеллеза включает назначение

!физиологического раствора

!раствора глюкозы

!реополиглюкина

!+хлосоли

?Средством специфической профилактики гриппа является

!ламивудин

!+вакцина

!иммуноглобулин

!дибазол

?Симптомами тяжёлого неосложненного гриппа являются

!продуктивный кашель с гнойной мокротой

!иктеричность кожных покровов и слизистых

!+геморрагическая сыпь, носовые кровотечения

!продуктивный кашель, диарея

?К показаниям для госпитализации при гриппе относятся

!температура тела не выше 38ºС

!повышение артериального давления

!выраженный диарейный синдром

!+одышка, боли в груди

?Достоверно подтверждает вирусный гепатит С обнаружение

!+HCV-РНК

!аnti-HCV

!HDV-РНК

!HJV-РНК

?Антибиотики при среднетяжелом течении кори назначают для лечения

!присоединившейсяк герпетической инфекции

!+бактериальных осложнений

!абортивной кори

!митигированной кори

?Этиологическая верификация диагноза «грипп» возможна на основании

!+ПЦР-диагностики

!аллергологической диагностики

!трахеобронхоскопии

!рентгенологического исследования органов грудной клетки

?Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать

!+за 1 месяц до начала сезонного подъёма заболеваемости

!за 2 недели до начала сезонного подъёма заболеваемости

!за 4 месяца до прогнозируемого наступления эпидемии

!независимо от момента сезонного подъёма заболеваемости

?Маркёром острого вирусного гепатита В в инкубационном периоде является

!аnti-HBcIgM

!+HBsAg

!HBeAg

!аnti-HBe

?В клинической классификации ветряной оспы выделяют формы

!+типичную, атипичную

!инаппарантную, латентную

!врожденную, приобретенную

!стертую, бессимптомную

?Реактивация токсоплазмоза у больных ВИЧ - инфекцией

!встречается у всех больных

!соответствует латентной стадии ВИЧ

!возникает в инкубационном периоде

!+происходит на стадии вторичных заболеваний

?При шигеллезе стул

!оформленный без примесей

!+скудный с прожилками крови

!обильный водянистый

!оформленный каловый с алой кровью

?Этиотропным средством для лечения парагриппа является

!кагоцел

!ремантадин

!тамифлю (осельтамивир)

!+арбидол

?Для лечения острого краснушного артрита применяют

!глюкокортикостероиды

!+НПВС

!хондропротекторы

!миорелаксанты

?ВИЧ - маркёрным новообразованием является

!+саркома Капоши

!меланома

!рак желудка

!глиобаластома головного мозга

?В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

!интерфероны

!+вакцинацию

!противовирусные препараты

!иммуномодуляторы

?Назначение антибиотиков при кори целесообразно при \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_течении заболевания

!среднетяжелом

!стертом

!легком

!+тяжелом

?Возможным поражением кожи и слизистых при ВИЧ-инфекции является

!очаговая алопеция

!витилиго

!+волосатая лейкоплакия языка

!вульгарные угри

?Антитела к ВИЧ появляются в стадии

!+первичных проявлений

!латентной

!терминальной

!вторичных заболеваний

?Наиболее значимым синдромом для клинической диагностики острых вирусных гепатитов является

!диарейный

!+желтушный

!катаральный

!менингеальный

?Клиническим критерием тяжести острых вирусных гепатитов является

!+геморрагический синдром

!упорный кожный зуд

!увеличение размеров печени на фоне нарастающей желтухи

!появление «сосудистых звездочек» на коже

?Острый токсоплазмоз у беременных с ВИЧ-инфекцией

!+вызывает гибель плода на ранних сроках

!является причиной развития ОПН

!является причиной гестозов

!вызывает острый жировой гепатоз

?Необходимой терапией при бактериальных пищевых отравлениях является

!только этиотропная

!этиотропная с патогенетической

!этиотропная с симптоматической

!+патогенетическая

?Типичным элементом сыпи при ветряной оспе является

!+однокамерный пузырек с прозрачным содержимым

!узелок возвышающийся над поверхностью кожи

!многокамерный пузырек с прозрачным содержимым

!розеола с последующей трансформацией в петехию

?Этиотропная терапии ВИЧ-инфекции включает назначение

!нитрофуранов

!эмипинемов

!+ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы

!ингибиторов нейроминидазы

?В лечении аденовирусной инфекции используется

!иммуноглобулин человека нормальный

!введение лечебной сыворотки

!+симптоматическая терапия

!введение иммуноглобулина

?Основным критерием выписки из стационара пациента с острым вирусным гепатитом является

!исчезновение антител к антигенам вируса

!+клиническое выздоровление

!восстановление до нормы показателя альбумина

!исчезновение антигенемии

?Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

!линкозамидов

!+фторхинолонов

!пенициллинов

!карбапенемов

?С целью профилактики кори изоляция больного осуществляется до

!начала пигментации кожи

!начала шелушения кожи

!3-го дня с момента появления сыпи

!+5-го дня с момента появления сыпи

?Биологической жидкостью, наиболее эпидемиологически опасной с позиции ВИЧ-инфекции, является

!+кровь

!кал

!сперма

!моча

?Типичным элементом сыпи при ветряной оспе является

!узелок возвышающийся над поверхностью кожи

!+однокамерный пузырек с прозрачным содержимым

!многокамерный пузырек с прозрачным содержимым

!розеола с последующей трансформацией в петехию

?Повышение температуры тела, фарингит, лимфаденопатия и увеличение активированных широкоплазменных лимфоцитов в периферической крови наиболее характерны для

!+инфекционного мононуклеоза

!тиреотоксикоза

!острого лейкоза

!атаксии-телеангиэктазии

?Заподозрить наличие ВИЧ-инфекции у пациента необходимо в случае выявления у него

!пневмонии любой этиологии

!урогенитального кандидоза

!глиобластомы головного мозга

!+гистологически подтверждённой саркомы Капоши

?С целью профилактики кори изоляция больного осуществляется до

!+5-го дня с момента появления сыпи

!начала пигментации кожи

!начала шелушения кожи

!3-го дня с момента появления сыпи

?Выделения из носа в начальном периоде кори носят характер

!гнойный

!гнойный с прожилками крови

!кровянистый

!+серозный

?Реактивация токсоплазмоза у больных ВИЧ - инфекцией

!+происходит на стадии вторичных заболеваний

!соответствует латентной стадии ВИЧ

!возникает в инкубационном периоде

!встречается у всех больных

?Диагноз «грипп» в эпидемический период может быть поставлен только на основании

!аллергологического метода, кожно-аллергической пробы

!+клинико-эпидемиологических данных

!выявления антигенов вируса в испражнениях

!выявления антигенов вируса в крови и ликворе

?Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

!пенициллинов

!карбапенемов

!+фторхинолонов

!линкозамидов

?Лабораторная диагностика парагриппа в поликлинической практике возможна на основании выявления

!антител к вирусу в секрете слюнных желёз

!+антигенов вируса в мазках отпечатках

!антигенов вируса в крови и ликворе

!антигенов вируса в моче и испражнениях

?Повышение температуры тела, фарингит, лимфаденопатия и увеличение активированных широкоплазменных лимфоцитов в периферической крови наиболее характерны для

!+инфекционного мононуклеоза

!атаксии-телеангиэктазии

!острого лейкоза

!тиреотоксикоза

?Средством для парентеральной регидратации бактериальных пищевых отравлениях является

!волемкор

!цитраглюкосолан

!+трисоль

!реополиглюкин

?Основным критерием выписки из стационара пациента с острым вирусным гепатитом является

!восстановление до нормы показателя альбумина

!+клиническое выздоровление

!исчезновение антигенемии

!исчезновение антител к антигенам вируса

?Возможным средством для профилактики гриппа является

!противогриппозный иммуноглобулин

!+интерферон а2b (интраназально)

!свежезамороженная иммунная плазма

!интерферон-гамма (внутримышечно)

?Средством для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

!+глюкозо-электролитная смесь

!глюкозо-поляризующая смесь

!физиологический раствор

!квартасоль

?Применение антибиотиков при гриппе показано

!при наличии лихорадки свыше 38,5С

!в случае сохранении длительного остаточного кашля

!+при присоединении вторичной инфекции

!во всех случаях заболевания без исключения

?Этиотропная терапии ВИЧ-инфекции включает назначение

!нитрофуранов

!эмипинемов

!+ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы

!ингибиторов нейроминидазы

?В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

!интерфероны

!иммуномодуляторы

!противовирусные препараты

!+вакцинацию

?Частыми симптомами бактериального пищевого отравления являются

!+разлитые боли в животе, диарея

!спастические боли в левой подвздошной области, тенезмы

!боли в правой подвздошной области, длительная лихорадка

!острые боли в правом подреберье, желтуха

?Причиной аортального стеноза у пожилого человека чаще всего является

!острая ревматическая лихорадка

!врожденный порок сердца

!бактериальный эндокардит

!+атеросклероз

?Наиболее частой формой инфаркта миокарда является

!астматическая

!гастралгическая

!церебро-васкулярная

!+ангинозная

?Синдром Фредерика характеризуется

!удлинением интервала QT

!депрессией ST на фоне физической нагрузки

!+полной атриовентрикулярной блокадой на фоне фибрилляции предсердий

!сочетанием полной блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады

?Рациональная комбинация антигипертензивных препаратов позволяет

!увеличить комплаентность к лечению

!увеличить эффективность лечения

!снизить частоту нежелательных явлений

!+увеличить эффективность лечения и снизить частоту нежелательных явлений

?После стентирования ствола левой коронарной артерии прием двойной антиагрегантной терапии должен продолжаться

!два года

!не более полугода

!+неопределенно долго

!не менее года

?«Золотым стандартом» лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является проведение

!+первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом

!системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ

!ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов

!системной тромболитической терапии

?Препаратами первой линии для снижения частоты и интенсивности приступов стенокардии являются

!+бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция

!ивабрадин и антагонисты кальция

!антагонисты кальция и дигоксин

!антагонисты кальция и пролонгированные нитраты

?Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для

!+тромбоэмболии легочной артерии

!острого перикардита

!грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

!расслаивающей аневризмы аорты

?Больному, перенесшему крупноочаговый инфаркт миокарда 30 дней назад, для проведения реабилитационных мероприятий целесообразно назначить

!ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника, лечебную гимнастику

!+«суховоздушные» радоновые ванны, лечебную гимнастику

!общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л, лечебную гимнастику

!грязелечение на воротниковую область, лечебную гимнастику

?Основным фактором развития мерцательной аритмии является

!дилатация левого желудочка

!+дилатация миокарда левого предсердия

!гипертрофия левого желудочка

!очаговый фиброз миокарда желудочков

?При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в легочной артерии

!остается нормальным

!сначала снижается, а затем становится нормальным

!+резко возрастает

!понижается

?Для стратификации риска сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца используют

!перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ

!+тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию

!коронароангиографию, ЭхоКГ

!перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка)

?У мужчины 78 лет с аденомой простаты предпочтительно начать лечение АГ с назначения

!кандесартана

!+доксазозина

!гидрохлортиазида

!карведилола

?Противопоказанием к назначению бетаксалола является

!хронический бронхит

!+синдром слабости синусового узла

!открытоугольная глаукома

!сердечная недостаточность I-II фк по NYHA

?Ограничивать употребление натрия в сутки у пациента с артериальной гипертонией следует до (в граммах)

!5-7

!3-5

!+2-3

!7-10

?Кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии

!является показанием для кровоостанавливающей терапии

!является относительным противопоказанием к назначению гепарина

!является абсолютным противопоказанием к применению гепарина

!+не является противопоказанием к назначению гепарина

?Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, наиболее эффективен препарат

!клонидин

!сернокислая магнезия

!фентанил

!+лазикс

## ?Самой частой причиной приобретенного митрального порока сердца является

!инфаркт миокарда

!инфекционный эндокардит

!перикардит

!+ревматическая лихорадка

?Дополнительным методом исследования, применяемым для диагностики пороков сердца, является

!коронароангиография с вентрикулографией

!сцинтиграфия сердца с таллием для визуализации порока

!+эхокардиография с допплеранализом

!проба с физической нагрузкой – велоэргометрия

?Препаратами выбора при лечении АГ в сочетании с нарушениями ритма сердца являются

!диуретики

!препараты центрального действия

!+β-адреноблокаторы

!α-адреноблокаторы

?Препаратом выбора для лечения пациентов с АГ и нарушениями ритма (синусовая брадикардия, синдром слабости синусового узла, AV- блокады) является

!альфа-блокатор

!петлевой диуретик

!+дигидропиридиновый антагонист кальция

!тиазидовый диуретик

## ?Развитие толерантности к нитратам обусловлено

!вазодилатацией с задержкой в организме пациента хлорида натрия и воды

!временной гиперактивацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон

!значительным снижением активации симпато-адреналовой системы

!+снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки

?В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контору образована

!дугой восходящей аорты

!ушком левого предсердия

!+легочной артерией

!нисходящей аортой

?Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение

!стоя с опорой рук о спинку стула

!вертикальное

!лежа на левом боку с приведенными к животу ногами

!+на корточках

?Во время проведения нагрузочного тредмил-теста на экране монитора зарегистрирована тахикардия с широкими комплексами, поэтому необходимо прекратить исследование

!+при любом генезе изменений, которые не ясны

!из-за частотзависимой блокады левой ножки пучка Гиса.

!из-за пароксизма наджелудочковой тахикардии с аберрацией внутрижелудочкового проведения

!из-за пароксизма желудочковой тахикардии

?Больным старше 80 лет, с ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом и гипертонической болезнью II ст., целесообразно назначить

!+«сухие» углекислые ванны, магнитолазеротерапию воротниковой области

!пелоидотерапию температурой 38-40°C, ПеМП на затылочную область

!общие радоновые ванны, лазерную терапию на область сердца

!общие скипидарные ванны, ультрафонофорез гидрокортизона

?Гестационной называют АГ, которая

!зарегистрирована во время первого триместра беременности

!развилась после 20 недели беременности и сохраняется более 12 недель после родов

!+развилась после 20 недели беременности и исчезает в течение 12 недель после родов

!сопровождается протеинурией

?Синкопальные состояния, головокружение, коронарная недостаточность и одышка чаще всего встречаются при

!+гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка

!дилатационной кардиомиопатии

!постинфарктном кардиосклерозе

!недостаточности аортального клапана

?К ЭКГ критериям желудочковой экстрасистолии относят

!измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом

!+комплекс QRS преждевременный, расширен, деформирован

!наличие неполной компенсаторной паузы

!комплекс QRS преждевременный, не расширен

?Причиной тромбоза воротной вены и её ветвей является дефицит

!витамина K

!+протеинов С и S

!алкогольдегидрогеназы

!иммуноглобулина G

?Основным преимуществом ИАПФ в лечение пациентов с АГ является

!уменьшение объема циркулирующей крови

!снижение сердечного выброса

!+профилактика ремоделирования сосудов

!снижение частоты сердечных сокращений

?Струйное введение хлорида кальция наиболее показано при

!желудочковой пароксизмальной тахикардии

!фибрилляции желудочков

!+передозировке верапамила с артериальной гипотензией

!массивной кровопотере

?Препаратами выбора при лечении гипертонической болезни у больных, перенесших инфаркт миокарда, считаются

!недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

!тиазидные диуретики

!дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

!+бета-адреноблокаторы

?I стандартное отведение является

!монополярным

!усиленным

!нейтральным

!+биополярным

?Зофеноприл относится к препаратам

!+содержащим сульфгидрильную группу

!блокирующим рецепторы к ангиотензину II первого типа

!выводящимся преимущественно через кишечник

!гидрофильным

?К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертонии относят

!+ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1,73 м2 или протеинурию > 300 мг в сутки

!ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

!микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)

!скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

?Относительным противопоказанием к проведению нагрузочного теста является

!критический аортальный стеноз

!+стеноз ствола левой коронарной артерии

!острый миокардит

!острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток

?Классическая триада симптомов, характерных для выраженного аортального стеноза, включает

!тремор, отеки, одышку

!стенокардию, постуральная гипотензию, отеки

!одышку, артериальная гипертонию, обмороки

!+одышку, обмороки, стенокардию

?К первичным факторам риска заболеваний относят

!гиперхолестеринемию

!артериальную гипертензию

!сахарный диабет

!+курение

?В случае сохраняющегося болевого синдрома на фоне пароксизма фибрилляции предсердий у больного с острым инфарктом миокарда, показано

!введение наркотических анальгетиков

!проведение инфузии Амиодарона

!+проведение электроимпульсной терапии

!проведение инфузии Новокаинамида

?При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является выполнение \_\_\_\_ компрессий грудной клетки на \_\_\_\_\_\_\_\_ воздуха в легкие

!20; 1 вдувание

!10; 1 вдувание

!+30; 2 вдувания

!5; 1 вдувание

?Переходная зона (амплитуда R=S) в норме обычно соответствует \_\_\_\_\_\_ отведениям

!V5-V6

!V1-V2

!V2-V3

!+V3-V4

?Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является

!рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

!внутривенная коронароангиография с вентрикулографией

!перфузионная сцинтиграфия миокарда с изотопом таллием-201

!+сцинтиграфия миокарда с технецием-99М-пирофосфатом

?Лучше стандартизировать пробу с физической нагрузкой по гемодинамическому параметру

!ЧДД

!сегменту ST

!+ЧСС

!АД

?IIA тип гиперлипидемии по классификации ВОЗ характеризуется повышением в плазме крови

!альфа липопротеидов (ЛПа)

!+липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)

!липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)

!липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)

?Препаратами выбора при лечении АГ у беременных являются

!ингибиторы АПФ

!блокаторы рецепторов ангиотензина II

!+α-агонисты центрального действия

!тиазидные диуретики

?Противопоказанием для назначения ингибиторов АПФ является

!гипергликемия

!+беременность

!обструктивное заболевание легких

!гипокалиемия

?Быстрое снижение артериального давления противопоказано при

!прогрессирующей почечной недостаточности

!острой левожелудочковой недостаточности

!+нарушениях мозгового кровообращения

!расслаивающей аневризме аорты

?Рациональная комбинация антигипертензивных препаратов позволяет

!увеличить эффективность лечения

!снизить частоту нежелательных явлений

!+увеличить эффективность лечения и снизить частоту нежелательных явлений

!увеличить комплаентность к лечению

?Абсолютным противопоказанием для проведения системной тромболитической терапии является

!артериальная гипертония

!+геморрагический инсульт в анамнезе

!язвенная болезнь желудка в анамнезе

!геморрагический васкулит

?Контроль адекватности применения антикоагулянтов непрямого действия осуществляется по определению

!протромбинового индекса

!уровня фибриногена

!С-реактивного белка

!+МНО

?Основным преимуществом ИАПФ в лечение пациентов с АГ является

!+профилактика ремоделирования сосудов

!снижение сердечного выброса

!снижение частоты сердечных сокращений

!уменьшение объема циркулирующей крови

?Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при

!фибрилляции предсердий

!синусовой тахикардии

!a-v блокаде I ст.

!+a-v блокаде II ст.

?В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не оправдано применение

!антагонистов альдостерона

!растворов нитроглицерина

!+сердечных гликозидов

!блокаторов кальциевых каналов

?У пациентки с АГ при разнице АД на левой и правой руках в 20 мм рт.ст. В первую очередь следует заподозрить

!+болезнь Такаясу

!атеросклеротическое поражение плечевой артерии

!болезнь Аддисона

!болезнь Кушинга

?Зарегистрированные при повторных измерениях значения АД 160/100 мм рт.ст., 158/105 мм рт.ст., 150/100 мм рт.ст., 165/105 мм рт.ст. Соответствуют

!+артериальной гипертензии 2 степени

!артериальной гипертензии 3 степени

!артериальной гипертензии 1 степени

!изолированной систолической артериальной гипертензии

?Третий тон сердца может выслушиваться

!при нерезко выраженной аортальной недостаточности

!+в норме у детей и подростков

!при выраженном митральном стенозе

!при недостаточности клапана легочной артерии

?Препаратом выбора для лечения пациентов с артериальной гипертензией и нарушениями ритма (синусовая тахикардия, желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма) является

!дигидропиридиновый антагонист кальция

!ингибитор АПФ

!+бета-адреноблокатор

!сартан

?К препаратам выбора у больных с метаболическим вариантом АГ относят

!+блокаторы рецепторов ангиотензина II

!диуретики

!α-адреноблокаторы

!неселективные β-адреноблокаторы

?Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является

!хинидин

!прокаинамид

!пропранолол

!+амиодарон

?Оптимальной комбинацией ЛС для контроля частоты и интенсивности приступов стенокардии является

!триметазидин и бета-адреноблокатор

!дигидропиридиновый антагонист кальция и пролонгированный нитрат

!ивабрадин и дигидропиридиновый антагонист кальция

!+бета-адреноблокатор и дигидропиридиновый антагонист кальция

?Фибрилляция предсердий чаще встречается при

!+митральном стенозе

!недостаточности аортального клапана

!аортальном стенозе

!недостаточности митрального клапана

?Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с

!митральной недостаточностью

!сочетанным митральным пороком

!аортальной недостаточностью

!+аортальным стенозом

?Синдром Морганьи – Эдемса – Стокса может наблюдаться при

!+синоатриальной блокаде

!неполной блокаде левой ножки пучка Гиса (НБЛНПГ)

!неполной блокаде правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ)

!бифасцикулярной блокаде

?Признаком ишемии при выполнении пробы с физической нагрузкой является

!+горизонтальная депрессия сегмента ST на 1 мм и более

!появление блокады правой ножки пучка Гиса

!появление блокады левой ножки пучка Гиса

!косовосходящее смещение сегмента ST и появление экстрасистолии

?Немодифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с АГ является

!курение

!ожирение

!+возраст

!сахарный диабет

?При левожелудочковой сердечной недостаточности застой крови развивается в

!+малом круге кровообращения

!большом и малом кругах кровообращения

!портальной системе

!большом круге кровообращения

?Противотромботическая эффективность антикоагулянтов кумариновой группы оптимальна при поддержании МНО в пределах

!+2,0-3,0

!1,0-2,0

!0-1,0

!5,0-6,0

?Неселективным β-адреноблокатором является

!+карведилол

!метопролол

!атенолол

!бисопролол

?Если причиной инфекционного эндокардита являются грамм-отрицательные бактерии, то следует назначить

!пенициллин со стрептомицином

!амфотерицин В

!+гентамицин и /или ампициллин

!тетрациклины

?Повышение АД может вызывать приём

!триметазидина

!амиодарона

!никорандила

!+оральных контрацептивов

?Препаратом первого выбора при АГ во время беременности является

!небиволол

!периндоприл

!нифедипин

!+метилдопа

?Больного с нестабильной стенокардией на приеме в поликлинике следует

!направить на анализ крови

!направить на консультацию к врачу-кардиологу

!+госпитализировать по «03» в БИТ

!направить на ЭКГ

?Вероятность возникновения аритмогенного эффекта при назначении антиаритмических препаратов более высока у больных с

!наджелудочковыми аритмиями

!наджелудочковой экстрасистолией

!желудочковой экстрасистолией

!+тяжелым поражением миокарда

?Стартовая доза эналаприла для лечения хронической сердечной недостаточности составляет \_\_\_ мг \_\_ раза в день

!1,25; 2

!6,25; 3

!+2,5; 2

!5; 2

?Какова особенность влияния внутривенного введения аденозина (АТФ) на течение фибрилляции предсердий у больных без дополнительного пути АВ проведения?

!кратковременное увеличение частоты сокращений желудочков

!+кратковременное урежение частоты сокращений желудочков

!отсутствие влияния на частоту желудочковых сокращений

!купирование приступа

?Органические нитраты являются донорами

!K+

!Mg2+

!Ca2+

!+NO

?К электрокардиографическим проявлениям, характерным для AB блокады II степени тип 2 (МОБИТЦ 2), относят

!на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия

!+постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS

!постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS

!полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов

?По данным самостоятельного (домашнего) контроля диагноз «артериальная гипертензия» устанавливается при усредненном значении АД более (в мм рт.ст.)

!150/90

!+135/85

!130/80

!140/90

?Диагноз «скрытой» АГ определяется уровнями (в мм рт. ст.)

!«офисного» АД > 160-170/100 мм рт.ст. и дневного амбулаторного АД > 135/85

!+дневного амбулаторного АД > 135/85 и «офисного АД» < 140/90

!среднесуточного амбулаторного АД < 130/80 и повышенного «офисного» АД

!эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД > 135/85

?Интервал QT включает в себя

!все зубцы и интервалы предсердного и желудочкового комплексов

!+комплекс QRS, сегмент ST, зубец T

!расстояние в секундах от зубца Р до зубца T

!интервал PQ и желудочковый комплекс

?Для лечения АГ у пациентов с сердечной недостаточностью целесообразно использовать комбинацию

!+бета-адреноблокаторы + ИАПФ (сартаны) + диуретики + антагонисты альдостерона

!ИАПФ + диуретики+ антагонисты кальция

!бета-адреноблокаторы + агонисты имидазолиновых рецепторов + альфа-адреноблокаторы

!бета-адреноблокаторы + антагонисты кальция + антагонисты альдостерона

?Градиент давления и степень обструкции при ГКМП увеличиваются при приёме

!метопролола сукцината

!бисопролола

!верапамила

!+изосорбида динитрата

?Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами, как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является

!введение сердечных гликозидов

!введение новокаинамида

!введение кордарона

!+проведение электроимпульсной терапии

?Рекомендуемой тактикой антиаритмической терапии при групповой желудочковой эктопии у пациента с постинфарктным кардиосклерозом является применение

!верапамила

!+соталола – при наличии тенденции к тахикардии

!амиодарона, в сочетании с бета-адреноблокаторами при тенденции к тахикардии

!аллапинина или пропафенона в сочетании с соталолом

?Систолический шум у левого края грудины на выдохе является признаком

!недостаточности митрального клапана

!+стеноза клапана легочной артерии

!недостаточности трехстворчатого клапана

!стеноза аортального клапана

?Синкопальные состояния, головокружение, коронарная недостаточность и одышка чаще всего встречаются при

!недостаточности аортального клапана

!постинфарктном кардиосклерозе

!+гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ)

!дилатационной кардиомиопатии (ДКМП)

?Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является

!касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу

!однонаправленное диастолическое движение створки митрального клапана

!систолическое и диастолическое «дрожание» передней митральной створки

!+систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана

?При использовании непрямых антикоагулянтов необходимо контролировать

!активированное парциальное тромбиновое время

!+международное нормализованное отношение

!уровень антитромбина III

!протромбиновый индекс по Квику

?К периферическим вазодилататорам относятся

!+антагонисты кальциевых каналов

!бета-адреноблокаторы

!агонисты имидозалиновых рецепторов

!агонисты альфа-адреноблокаторов

?Назначение инфузии нитроглицерина при остром инфаркте миокарда показано при

!+отеке легких

!любой ситуации

!кардиогенном шоке

!сочетании со стенозом устья аорты

?Приём статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в (раз)

!2

!5

!4

!+3

?Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при

!+a-v блокаде II ст.

!синусовой тахикардии

!фибрилляции предсердий

!a-v блокаде I ст.

?Препаратами, обладающими выраженными ангиопротективными и антиатеросклеротическими свойствами, являются

!+антагонисты кальция

!диуретики

!β-адреноблокаторы

!α-адреноблокаторы

?В норме размер левого предсердия в парастернальной позиции у взрослых на эхокардиограмме равен до (в мм)

!+40

!45

!35

!50

?Под региональным отсутствием сокращений сердечной стенки понимают

!гипокинезию

!гиперкинезию

!дискинезию

!+акинезию

?К поздним осложнениям острого инфаркта миокарда относится

!+синдром Дресслера

!блокада левой ножки пучка Гиса

!фибрилляция желудочков

!кардиогенный шок

?При артериальной гипертензии и фракции выброса менее 35% противопоказан прием

!тиазидных диуретиков

!бета-адреноблокаторов

!дигидропиридиновых антагонистов кальция

!+верапамила и дилтиазема

?Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является

!лидокаин

!+амиодарон

!метопролол

!новокаинамид

?При инфекционном эндокардите митрального клапана эмболические события возможны в

!легочные вены

!+головной мозг

!легкие

!легочную артерию

?Наиболее частой формой инфаркта миокарда является

!гастралгическая

!+ангинозная

!церебро-васкулярная

!астматическая

?К электрокардиографическому проявлению, характерному для полной АВ блокады, относят

!+полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов

!выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала PP

!на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия

!укорочение интервала РР перед выпадением комплекса PQRST

?Самым частым симптомом при тромбоэмболии легочной артерии является

!повторное кровохарканье

!эпизод потери сознания

!+внезапная одышка

!боль в левой половине грудной клетки

?Генетически детерминированным заболеванием сердца является

!алкогольная кардиомиопатия

!миокардитический кардиосклероз

!открытое овальное окно

!+гипертрофическая кардиомиопатия

?Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме

!правастатина

!+розувастатина

!аторвастатина

!симвастатина

?Показанием к дефибрилляции является

!отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца

!+регистрация фибрилляции желудочков на ЭКГ

!максимальное расширение зрачков

!отсутствие пульса на сонных артериях

?Абсолютным противопоказанием к тромболизису является

!артериальная гипертензия

!+предполагаемое расслоение аорты

!ишемический инсульт любой давности

!острый коронарный синдром

?Если причиной инфекционного эндокардита являются грамм-отрицательные бактерии, то следует назначить

!пенициллин со стрептомицином

!амфотерицин В

!тетрациклины

!+гентамицин и /или ампициллин

?Достоверным фактором риска ишемической болезни сердца является

!регулярное употребление малых доз алкоголя

!низкая физическая активность

!отягощенный семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний

!+артериальная гипертензия

?Для лечения лабильной артериальной гипертонии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать

!антагонисты кальция

!+бета-адреноблокаторы

!мочегонные средства

!препараты центрального действия

?При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение

!периндоприлу

!+фозиноприлу

!лизиноприлу

!каптоприлу

?В классическую триаду нейрогормональных модуляторов для лечения ХСН II-III ф.к. входят

!+ИАПФ, β-АБ, антагонисты минералкортикоидных рецепторов

!блокаторы рецепторов ангиотензина II, верапамил, антагонисты минералокортикоидных рецепторов

!ИАПФ, дигоксин, петлевые диуретики

!ИАПФ, ивабрадин, нитраты

?Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, является

!+фуросемид

!нифедипин

!клофелин

!моксонидин

?Нарушения A-V проводимости при нижнем инфаркте миокарда связаны с

!повреждением межжелудочковой перегородки

!обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ

!+нарушением кровотока по артерии АВ узла

!нарушением кровотока по артерии синусового узла

?В верификации ишемического генеза болей в области сердца наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает

!холодовая проба

!+нагрузочный тест

!одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД

!12-канальное суточное мониторирование ЭКГ

?Третий тон сердца может выслушиваться

!при выраженном митральном стенозе

!при недостаточности клапана легочной артерии

!+в норме у детей и подростков

!при нерезко выраженной аортальной недостаточности

?Торасемид является диуретиком

!осмотическим

!+петлевым

!ингибирующим карбонангидразу

!тиазидным

?Антигипертензивными препаратами выбора для вторичной профилактики после инсульта являются

!антагонисты кальция недигидропиридинового ряда

!бета-адреноблокаторы

!+сартаны

!альфа-адреноблокаторы

?Группой препаратов, доказавших способность к снижению смертности и заболеваемости именно при ХСН и применяемых у всех больных, являются

!кардиопротекторы

!антагонисты кальция

!+ингибиторы АПФ

!непрямые антикоагулянты

?Препаратами выбора у больных с метаболическим вариантом АГ являются

!диуретики

!+ингибиторы АПФ

!α-адреноблокаторы

!неселективные β-адреноблокаторы

?Если причиной эндокардита являются стафилококки, устойчивые к пенициллину, то следует назначить

!метициллин

!+цефалоспорины

!оксациллин

!канамицин

?В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не оправдано применение

!антагонистов альдостерона

!блокаторов кальциевых каналов

!растворов нитроглицерина

!+сердечных гликозидов

?Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки при цветном допплеровском сканировании является

!отсутствие сброса

!+сброс слева направо

!сброс справа налево

!двунаправленный сброс

?Высокое-нормальное АД диагностируют при АД (в мм рт.ст.)

!+139/89

!130/80

!140/90

!130/79

?Толщина стенок левого желудочка при умеренно выраженной гипертрофии составляет (в мм)

!13-14

!более 20

!+14-16

!16-20

?К основным критериям определения функциональных классов больных ИБС не относят

!+данные клинического анализа крови

!степени нарушения коронарного кровообращения

!частоту приступов стенокардии

!толерантность к физической нагрузке

?Больному, перенесшему крупноочаговый инфаркт миокарда 30 дней назад, для проведения реабилитационных мероприятий целесообразно назначить

!общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л, лечебную гимнастику

!ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника, лечебную гимнастику

!+«суховоздушные» радоновые ванны, лечебную гимнастику

!грязелечение на воротниковую область, лечебную гимнастику

?Препаратами выбора для лечения АГ у пациентов с подагрой являются

!прямые ингибиторы ренина

!+сартаны

!тиазидные диуретики

!бета-адреноблокаторы

?Градиент давления и степень обструкции при ГКМП увеличиваются при приёме

!верапамила

!+изосорбида динитрата

!бисопролола

!метопролола сукцината

?Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного расслаивающей аневризмой аорты , является

!нифедипин

!пентамин

!+метопролол

!клофелин

?Препаратами выбора при лечении АГ в сочетании с нарушениями ритма сердца являются

!препараты центрального действия

!α-адреноблокаторы

!диуретики

!+β-адреноблокаторы

?Верапамил является средством выбора при тахикардии желудочковой

!двунаправленной

!типа «пируэт»

!+идиопатической

!полиморфной

?Правожелудочковая сердечная недостаточность не проявляется

!застоем крови в венозном русле большого круга кровообращения

!+набуханием шейных вен, уменьшающимся в вертикальном положении

!положительным венным пульсом

!акроцианозом, отёками стоп и голеней, усиливающимися к вечеру

?Точным методом диагностики вазоренальной гипертонии является

!сцинтиграфия почек

!УЗИ почек

!компьютерная томография почек

!+почечная ангиография

?К депрессорному нейрогуморальному механизму при развитии сердечной недостаточности относится активация

!симпатоадреналовой системы (САС)

!антидиуретического гормона (АДГ)

!+мозгового и предсердного натрийуретических пептидов

!ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС)

?В норме конечный диастолический размер левого желудочка в парастернальной позиции у взрослых на эхокардиограмме равен до (в мм)

!45

!+56

!60

!50

?Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для

!+трикуспидальной недостаточности

!выраженной аортальной недостаточности

!стеноза легочной артерии с наличием легочной гипертензии

!митральной недостаточности тяжелой степени

?Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты при остром инфаркте миокарда составляет (в мг)

!+250-300

!150

!75

!500

?Расслоение аорты требует неотложного

!+хирургического вмешательства

!антибактериального лечения

!МРТ-исследования

!тромболизиса

?Длительность применения апиксабана в дозе 10 мг два раза в сутки для лечения острой венозной тромбоэмболии составляет (в днях)

!+7

!21

!14

!28

?При обследовании пациента с неосложненной АГ рекомендуется проведение

!суточного мониторирования ЭКГ

!коронароангиографии

!+ЭХО-КГ

!сцинтиграфии миокарда

?Показаниями к имплантации постоянного электрокардиостимулятора являются

!признаки синдрома ранней реполяризации желудочков

!+паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении

!эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы

!признаки синдрома Бругада

?Кризовое течение АГ, которое сопровождается головной болью, тахикардией, потливостью чаще всего возникает при

!+феохромоцитоме

!рениноме

!гиперплазии коры надпочечников

!альдостероме

?Диагноз «скрытой» АГ определяется уровнями (в мм рт. ст.)

!+дневного амбулаторного АД > 135/85 и «офисного АД» < 140/90

!«офисного» АД > 160-170/100 мм рт.ст. и дневного амбулаторного АД > 135/85

!среднесуточного амбулаторного АД < 130/80 и повышенного «офисного» АД

!эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД > 135/85

?При исследовании в режиме цветного допплеровского сканирования кровоток от датчика принято картировать \_\_\_\_\_\_\_\_ цветом

!зеленым

!фиолетовым

!+синим

!красным

?Абсолютным противопоказанием для проведения нагрузочного теста является

!острый инфаркт миокарда в течение первых 2 месяцев

!+острый перикардит

!гипертрофическая кардиомиопатия

!стеноз ствола левой коронарной артерии

?При назначении комбинации антиаритмических препаратов в уменьшенных дозах в большинстве случаев

!+отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата

!наблюдается снижение эффективности

!отмечается повышение эффективности с повышением выраженности побочного действия каждого препарата

!наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений

?Для замещающего ритма из атрио-вентрикулярного соединения характерна частота сердечных сокращений \_\_\_\_\_ ударов в 1 минуту

!100-110

!90-100

!+40-50

!120 и более

?Противопоказанием к назначению бетаксалола является

!открытоугольная глаукома

!+синдром слабости синусового узла

!хронический бронхит

!сердечная недостаточность I-II ФК по NYHA

?Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

!+двусторонний стеноз почечных артерий

!ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

!аортальный стеноз

!констриктивный перикардит

?Препаратами, к которым возникает толерантность, являются

!антикоагулянты

!+нитраты

!ингибиторы АПФ

!антагонисты кальция

?Лейкоцитоз может быть отражением

!стенокардии покоя

!приступа фибрилляции предсердий

!+острого инфаркта миокарда

!нестабильной стенокардии

?Ограничивать употребление натрия в сутки у пациента с артериальной гипертонией следует до (в граммах)

!5-7

!7-10

!2-3

!+3-5

?У мужчины 78 лет с аденомой простаты предпочтительно начать лечение АГ с назначения

!кандесартана

!+доксазозина

!гидрохлортиазида

!карведилола

?Приём статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в (раз)

!4

!5

!2

!+3

?К электрокардиографическому проявлению, характерному для полной АВ блокады, относят

!на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия

!+полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов

!выпадение комплекса PQRST без предшествующего укорочения интервала PP

!укорочение интервала РР перед выпадением комплекса PQRST

?Наличие изолированных дилатаций правого желудочка без патологического сброса слева направо и при наличии желудочковой тахикардии в анамнезе может быть признаком

!+аритмогенной дисплазии правого желудочка

!легочной гипертензии

!инфаркта миокарда левого желудочка

!стеноза устья аорты

?Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком

!+тампонады сердца

!инфаркта миокарда

!тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)

!фибрилляции предсердий

?Максимальная рекомендованная суточная доза бисопролола для больных с АГ составляет (в мг)

!40

!+20

!15

!10

?Назначение медикаментозной терапии у лиц старше 80 лет проводят при АД больше (в мм рт.ст)

!140

!180

!160

!+150

?Антигипертензивными препаратами выбора для вторичной профилактики после инсульта являются

!+сартаны

!антагонисты кальция недигидропиридинового ряда

!бета-адреноблокаторы

!альфа-адреноблокаторы

?Негативное влияние на углеводный и липидный профиль оказывают

!+мочегонные препараты

!антагонисты кальция

!ингибиторы АПФ

!препараты центрального действия

?Основным преимуществом ИАПФ в лечение пациентов с АГ является

!снижение сердечного выброса

!+профилактика ремоделирования сосудов

!снижение частоты сердечных сокращений

!уменьшение объема циркулирующей крови

?Патогномоничным признаком инфекционного эндокардита является

!значительное ускорение СОЭ

!+выявление вегетаций на клапанах при эхокардиографии

!наличие шумов при аускультации

!нарастание явлений сердечной недостаточности

?Дополнительный систолический щелчок, выслушиваемый при аускультации сердца, обусловлен

!значительным падением сократимости миокарда левого желудочка

!снижением вязкости крови

!+пролапсом створки митрального клапана

!сужением левого атриовентрикулярного отверстия

?Нарушения A-V проводимости при нижнем инфаркте миокарда связаны с

!нарушением кровотока по артерии синусового узла

!+нарушением кровотока по артерии АВ узла

!обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ

!повреждением межжелудочковой перегородки

?При обследовании пациента с неосложненной АГ рекомендуется проведение

!коронароангиографии

!суточного мониторирования ЭКГ

!+ЭХО-КГ

!сцинтиграфии миокарда

?Продолжительность интервала Р-Q в норме от (сек)

!+0,12 до 0,20

!0,10 до 0,18

!0,06 до 0,10

!0,16 до 0,24

?Претестовым изменением ЭКГ, которое делает невозможным проведение нагрузочного тредмил-теста, является

!полная блокада правой ножки пучка Гиса

!исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V4-6 до 1 мм

!исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм

!+полная блокада левой ножки пучка Гиса

?Больному со стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, следует назначить

!+амлодипин

!кораксан

!бисопролол

!нитросорбид

?В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не оправдано применение

!блокаторов кальциевых каналов

!+сердечных гликозидов

!растворов нитроглицерина

!антагонистов альдостерона

?К основной причине развития миокардита относят

!системные коллагенозы

!+инфекцию

!идиопатические факторы

!паразитарную инвазию

?Бета-адреноблокаторы имеют преимущество в лечении пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с

!подагрой

!нефропатией

!перенесенным инсультом

!+ИБС (стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом)

?Для лечения артериальной гипертензии при беременности следует предпочесть

!ингибиторы АПФ

!+допегит

!сартаны

!тиазидовые диуретики

?Не следует сочетать прием ингибитора фосфодиэстеразы-5 длякоррекция эректильной дисфункции с лечением АГ

!+празозином

!амлодипином

!валсартаном

!эналаприлом

?Диастолический прогиб (парусение) передней створки митрального клапана и ограничение ее подвижности характерны для

!аортального стеноза

!митральной недостаточности

!+митрального стеноза

!аортальной недостаточности

?Какой признак характерен для пароксизмальной синоатриальной тахикардии?

!+внезапное начало и внезапный конец тахикардии

!волны фибрилляции предсердий

!разные интервалы R-R

!уширение комплексов QRS

?Кровоснабжение миокарда осуществляется во время

!пресистолы

!систолы

!систолы и диастолы

!+диастолы

?Наилучшим методом контроля эффективности лечения АГ является

!измерение АД лежа и стоя

!+суточное мониторирование АД

!измерение АД врачом через 2 недели от начала терапии

!периодическое самостоятельное измерение АД пациентом

?При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда

!220 W

!+200 Дж

!150 Дж

!50 Дж

?Продленная тромбопрофилактика показана при

!острой венозной тромбоэмболии (ВТЭ)

!+повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА

!известной тромбофилии

!вторичной легочной гипертензии

?Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются

!+нестероидные противовоспалительные препараты

!глюкокортикостероиды

!наркотические анальгетики

!нитраты

?Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является

!головная боль

!запоры

!+кашель

!мышечная слабость

?Основным патогенетическим фактором инфаркта миокарда является

!спазм коронарной артерии

!внезапное повышение потребности миокарда в кислороде

!окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой

!+тромбоз коронарной артерии

?Признаком вовлеченности правого желудочка при инфаркте миокарда является

!снижение темпа диуреза менее 40 мл/час

!боль в эпигастральной области

!появление влажных хрипов в нижних отделах легких

!+стойкая гипотония

?При лечении артериальной гипертонии у больных с нарушением функции почек обычно показано назначение

!+петлевых диуретиков

!тиазидовых и тиазидоподобных диуретиков

!препаратов центрального действия

!бета-адреноблокаторов

?Двойным путем выведения из организма обладает

!эналаприл

!+фозиноприл

!периндоприл

!лизиноприл

?Отрицательная фаза зубца Р в отведении V1 обусловлена

!+возбуждением левого предсердия

!проведением импульса по пучку Кента

!сокращением правого предсердия

!проведением импульса по пучку Бахмана

?Дополнительный систолический щелчок, выслушиваемый при аускультации сердца, обусловлен

!сужением левого атриовентрикулярного отверстия

!+пролапсом створки митрального клапана

!снижением вязкости крови

!значительным падением сократимости миокарда левого желудочка

?Причинами вторичной гиперхолестеринемии могут быть

!злоупотребление алкоголем, хроническая почечная недостаточность, ожирение

!прием контрацептивов, неселективных бета-адреноблокаторов, булимия

!гипопитуитаризм, острый панкреатит, прием глюкокортикостероидов

!+гипотиреоз, билиарный цирроз печени, прием анаболических гормонов

?Диагноз «миокардит» достоверно можно поставить по результатам

!эхокардиографии

!+биопсии миокарда

!сцинтиграфии миокарда

!ЭКГ

?Наиболее точно оценить эффект антиангинальных препаратов у больных стенокардией напряжения позволяет

!проба с физической нагрузкой на тредмиле

!чреспишеводная кардиостимуляция

!+метод парных велоэргометрий

!24-часовое мониторирование электрокардиограммы

?Признаком вовлеченности правого желудочка при инфаркте миокарда является

!снижение темпа диуреза менее 40 мл/час

!+стойкая гипотония

!появление влажных хрипов в нижних отделах легких

!боль в эпигастральной области

?В сомнительных случаях диагноз ХСН можно исключить при нормальном уровне в крови

!катехоламинов

!ренина и альдостерона

!альдостерона

!+натрийуртических пептидов

?К препаратам, наиболее эффективным для применения при остановке кровообращения, относят

!сердечные гликозиды

!преднизолон

!+эпинефрин

!антагонисты кальция

?К постсинаптическим блокаторам -альфа1 –адренорецепторов относится

!+доксазозин

!моксонидин

!фентоламин

!алискирен

?К врожденным порокам сердца относится

!аневризма межпредсердной перегородки

!+тетрада Фалло

!аневризма левого желудочка

!открытое овальное окно

?При 24-часовом мониторировании ЭКГ наиболее достоверным признаком ишемии миокарда является

!+депрессия сегмента ST более 2 мм

!удлинение электрической систолы желудочка – интервала QT

!выраженная элевация сегмента ST

!инверсия конечной части желудочкого комплекса – зубца T

?Размеры левого желудочка в парастернальной позиции в конце диастолы на уровне концов створок митрального клапана в норме составляет не более (в мм

!80

!50

!45

!+56

?В таблице SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель

!систолического АД

!возраста

!+глюкозы крови

!общего холестерина

?В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит

!стрессовая реакция на болевые раздражители

!+снижение насосной функции сердца

!артериальная гипотония

!гиповолемия

?Наиболее вероятной причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного с острым инфарктом миокарда является

!разрыв папиллярной мышцы

!разрыв свободной стенки левого желудочка

!+разрыв межжелудочковой перегородки

!тромбоэмболия легочной артерии

?Препаратами выбора при лечении АГ у беременных являются

!ингибиторы АПФ

!+α-агонисты центрального действия

!блокаторы рецепторов ангиотензина II

!тиазидные диуретики

?Препаратами выбора для лечения артериальной гипертонии в сочетании с ИБС являются

!+β-адреноблокаторы

!диуретики

!препараты центрального действия

!α-адреноблокаторы

?Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является

!новокаинамид

!+амиодарон

!метопролол

!лидокаин

?Группой препаратов, доказавших способность к снижению смертности и заболеваемости именно при ХСН и применяемых в определенных клинических ситуациях, являются

!+сердечные гликозиды

!антагонисты кальция

!ингибиторы АПФ

!кардиопротекторы

?Небиволол является высокоселективным \_\_\_\_адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами

!бета2

!альфа- и бета

!+бета1

!альфа

?Препаратами выбора при лечении АГ в сочетании с нарушениями ритма сердца являются

!диуретики

!+β-адреноблокаторы

!α-адреноблокаторы

!препараты центрального действия

?Осцилляция передней створки митрального клапана характерна для

!дефекта межжелудочковой перегородки

!дефекта межпредсердной перегородки

!аортального стеноза

!+аортальной недостаточности

?К наиболее частым источникам тромбоэмболии легочной артерии относят

!вены нижних конечностей

!верхнюю полую вену

!правое сердце

!вены верхних конечностей

?Максимальной диагностической точностью из неинвазивных методов обследования для диагностики аритмогенной дисплазии миокарда обладают

!мониторирование ЭКГ, нагрузочный тест, при необходимости коронароангиография

!мультиспиральная компьютерная томография сердца с контрастированием и анализ крови на специфические кардиомаркеры

!однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца в покое и при нагрузке и генетический анализ крови

!+магнитнорезонансная томография сердца и генетический анализ крови

?При проведении наружного массажа сердца частота компрессий грудной клетки должна составлять \_\_\_ в 1 минуту

!10-20

!+100-120

!40-50

!60-70

?Наиболее достоверным признаком эффективности наружного массажа сердца является

!+появление пульса на сонной артерии

!сужение зрачков

!наличие трупных пятен

!уменьшение цианоза кожи

?К ЭКГ критериям некроза миокарда относят

!+патологический зубец Q

!низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях

!конкордантный подъем сегмента SТ

!депрессию сегмента SТ

?Лекарственный нефрит характеризуется преимущественным поражением

!канальцевого аппарата

!мезангиальной ткани

!клубочкового аппарата

!+интерстициальной ткани

?Наиболее характерным для острого гломерулонефрита считается появление в анализах мочи

!гипостенурии

!лейкоцитурии

!бактериурии

!+протеинурии

?Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать

!хромоцистоскопию

!ретроградную пиелографию

!экскреторную урографию

!+нефросцинтиграфию

?При пиелонефрите в осадке мочи чаще встречаются цилиндры

!восковидные

!жироперерожденные

!эпителиальные

!+гиалиновые

!Для гломерулонефрита характерна

!лихорадочная протеинурия

!ортостатическая протеинурия

!протеинурия напряжения

!+клубочковая протеинурия

?Наиболее характерным для острого гломерулонефрита считается появление в анализах мочи

!лейкоцитурии

!+протеинурии

!гипостенурии

!бактериурии

?Больным хроническим циститом показаны

!скипидарные ванны

!«сухие» углекислые ванны

!+хлоридные натриевые ванны

!сульфидные ванны

?Для хронической почечной недостаточности характерна

!+гиперкреатининемия

!уробилинурия

!дислипидемия

!гиперальбуминемия

?Наиболее быстрое прогрессирование гломерулонефрита наблюдается при

!артериальной гипертонии

!нефротическом синдроме

!+смешанном нефрите

!наличии макрогематурии

?Для ранней диагностики диабетической нефропатии наиболее информативным диагностическим признаком является

!лейкоцитурия

!макрогематурия

!+альбуминурия

!микрогематурия

?Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита считается

!стафилококк

!+стрептококк

!клебсиелла

!синегнойная палочка

?Для хронической почечной недостаточности характерна

!уробилинурия

!+гиперкреатининемия

!гиперальбуминемия

!дислипидемия

?Лекарственный нефрит характеризуется преимущественным поражением

!+интерстициальной ткани

!канальцевого аппарата

!клубочкового аппарата

!мезангиальной ткани

?Для гломерулонефрита характерна

!лихорадочная протеинурия

!+клубочковая протеинурия

!ортостатическая протеинурия

!протеинурия напряжения

?Наиболее распространенным методом хирургического лечения фибромускулярной гиперплазии почечной артерии является

!+ангопластика почечной артерии

!нефропексия

!нефрэктомия

!протезирование с использованием сосудистого аутотрансплантанта

?Больным хроническим циститом показаны

!«сухие» углекислые ванны

!+хлоридные натриевые ванны

!скипидарные ванны

!сульфидные ванны

?Одним из наиболее характерных симптомов уремической интоксикации является

!+дыхание Куссмауля

!дисфункция кишечника

!анорексия, тошнота, рвота

!дыхание Чейн-Стокса

?Темная или желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности возникает вследствие

!повышения уровня прямого билирубина в крови

!+задержки выделения урохромов с мочой

!нарушения конъюгации билирубина гепатоцитом

!повышения уровня непрямого билирубина в крови

?Ранним лабораторным признаком амилоидоза является

!цилиндрурия

!+протеинурия

!лейкоцитурия

!бактериурия

?Образованию камней в почках способствует

!инфекция мочевых путей

!гиперкальциемия

!нарушение уродинамики

!+гиперурикемия

?Для установления диагноза хронической болезни почек у пациента с сохранной или повышенной скоростью клубочковой фильтрации (> 90 мил/мин/1,73м2) необходимо выявить

!единичные бактерии в анализах мочи

!гиперурикемию в повторных анализах крови

!единичные циллиндры в анализах мочи

!+признаки повреждения почек

?Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать

!ретроградную пиелографию

!хромоцистоскопию

!экскреторную урографию

!+нефросцинтиграфию

?Наименее вероятной причиной развития нефротического синдрома является

!гломерулонефрит

!миеломная почка

!+поликистоз почек

!диабетическая нефропатия

?Одним из наиболее характерных симптомов уремической интоксикации является

!+дыхание Куссмауля

!дисфункция кишечника

!дыхание Чейн-Стокса

!анорексия, тошнота, рвота

?Образованию камней в почках способствует

!нарушение уродинамики

!гиперкальциемия

!+гиперурикемия

!инфекция мочевых путей

?Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются

!увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени

!+тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени

!тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина

!анемия, гиперкалиемия,снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров

?Для нефротического синдрома наиболее характерно сочетание

!+отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии

!артериальной гипертонии, протеинурии, лейкоцитурии

!артериальной гипертонии, отечного синдрома, гематурии

!лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии

?Чаще всего вторичный амилоидоз почек развивается при

!+ревматоидном артрите

!гранулематозе Вегенера

!системной красной волчанке

!узелковом периартериите

?Какой вариант является наиболее частым проявлением рецидивирующего нефротического синдрома при хроническом гломерулонефрите?

!минимальные изменения клубочков

!мезангиопролиферативный

!мембранозный

!+мезангиокапиллярный

?Возбудителем пиелонефрита чаще всего является

!золотистый стафилококк

!+энтеробактерия

!смешанная флора

!синегнойная палочка

?Для поражения почек при миеломной болезни характерно появление

!макрогематурии

!лейкоцитурии

!+протеинурии

!гиперстенурии

?Для нефротического синдрома характерны

!+гипопротеинемия и гиперлипидемия

!гиперлипидемия и гипербилирубинемия

!гиперфибриногенемия и гиперферментемия

!гиперпротеинемия и диспротеинемия

?Образованию камней в почках способствует

!+гиперурикемия

!нарушение уродинамики

!гиперкальциемия

!инфекция мочевых путей

?Для нефротического синдрома характерны

!гиперлипидемия и гипербилирубинемия

!гиперфибриногенемия и гиперферментемия

!гиперпротеинемия и диспротеинемия

!+гипопротеинемия и гиперлипидемия

?Стадию альбуминурии/протеинурии определяют как «незначительно повышенную» при наличии отношения альбумин/креатинин (в мг/г)

!300 - 1999

!≥ 2000

!30 - 299

!+10-29

?Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает

!нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной

!нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной

!макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной

!+микроцитарной,гипохромной, железорезистентной

?Потемнение мочи, иктеричность кожи и склер, боли в животе, умеренная гепатоспленомегалия характерны для анемии

!железодефицитной

!фолиеводефицитной

!В12-дефицитной

!+гемолитической

?Тромбоцитопения может наблюдаться при

!+ДВС-синдроме

!гемолитической анемии

!железодефицитной анемии

!эссенциальной тромбоцитемии

?При доказанной микроальбуминурии назначают

!+ингибиторы АПФ

!блокаторы α-адренорецепторов

!блокаторы β-адренорецепторов

!петлевые диуретики

?Наименее вероятной причиной развития нефротического синдрома является

!гломерулонефрит

!+поликистоз почек

!миеломная почка

!диабетическая нефропатия

?Появление в моче белка Бенс-Джонса считается диагностически информативным для

!хронического пиелонефрита

!+миеломной нефропатии

!анальгетической нефропатии

!хронического гломерулонефрита

?Для нефротического синдрома характерны

!гиперпротеинемия и диспротеинемия

!гиперфибриногенемия и гиперферментемия

!+гипопротеинемия и гиперлипидемия

!гиперлипидемия и гипербилирубинемия

?Хроническую болезнь почек диагностируют у пациентов с признаками повреждения почек или снижения их функции в течение (в месяцах)

!≥6

!≥16

!≥12

!+≥3

?Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются

!тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина

!увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени

!+тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени

!анемия, гиперкалиемия,снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров

?Для поражения почек при миеломной болезни характерно появление

!+протеинурии

!лейкоцитурии

!макрогематурии

!гиперстенурии

?Наименее вероятной причиной развития нефротического синдрома является

!диабетическая нефропатия

!гломерулонефрит

!+поликистоз почек

!миеломная почка

?Цилиндры быстро разрушаются в моче со значением Рн

!6-7

!+8-10

!4-5,5

!7-8

?Характерными для нефротического синдрома изменениями в анализах мочи являются

!бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток

!белок в незначительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия

!урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая

!+протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи

?Ранним лабораторным признаком амилоидоза является

!бактериурия

!цилиндрурия

!лейкоцитурия

!+протеинурия

?К петлевым диуретикам относится

!+торасемид

!амилорид

!хлорталидон

!спиронолактон

?Одним из наиболее характерных симптомов уремической интоксикации является

!+дыхание Куссмауля

!анорексия, тошнота, рвота

!дисфункция кишечника

!дыхание Чейн-Стокса

?Для хронической почечной недостаточности характерна

!+гиперкреатининемия

!уробилинурия

!гиперальбуминемия

!дислипидемия

?При хронической болезни почек с 3А стадии противопоказан

!+глибенкламид

!ситаглиптин

!эмпаглифлозин

!метформин

?Появление в моче белка Бенс-Джонса считается диагностически информативным для

!анальгетической нефропатии

!+миеломной нефропатии

!хронического гломерулонефрита

!хронического пиелонефрита

?Наиболее частым клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является

!нефротический

!+латентный

!гематурический

!смешанный

?Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать

!экскреторную урографию

!хромоцистоскопию

!+нефросцинтиграфию

!ретроградную пиелографию

?Для поражения почек при миеломной болезни характерно появление

!макрогематурии

!лейкоцитурии

!гиперстенурии

!+протеинурии

?Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является

!азотемия

!гиперкальциемия

!+никтурия

!метаболический ацидоз

?Характерными для нефротического синдрома изменениями в анализах мочи являются

!белок в незначительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия

!бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток

!урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая

!+протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи

?Значение показателя оседания эритроцитов по Панченкову равное 2 мм в час является

!нормальным для женщин

!+нормальным для мужчин и женщин

!пониженным для мужчин

!повышенным для мужчин и женщин

?Тиотропия бромид обладает селективностью к \_\_\_\_\_\_\_\_ бронхов

!М1-, М2-холинорецепторам

!β1- и β2-адренорецепторам

!β2-адренорецепторам

!+М3-холинорецепторам

?Атровент при ХОБЛ назначают по\_\_\_ингаляции\_\_\_\_раза в день

!+2 ; 4

!3 ; 2

!1 ; 4

!2 ; 2

?Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение

!+симпатомиметиков через небулайзер

!глюкокортикостероидов внутривенно

!интала через спейсер

!эуфиллина внутривенно

?«Золотым стандартом» диагностики и оценки ХОБЛ является

!+спирометрия

!бронхоскопия

!компьютерная томография

!пикфлоуметрия

?Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры является типичным признаком

!+мезотелиомы (рака) плевры

!хронической сердечной недостаточности

!туберкулеза легких

!системной красной волчанки

?Для лечения персистирующей бронхиальной астмы тяжелого течения применяют

!монотерапию антилейкотриеновыми препаратами

!+системные глюкокортикостероиды

!курсы ингаляционных глюкокортикоидов

!бронходилататоры пролонгированного действия при приступах

?Симптоматическими препаратами в лечении бронхиальной астмы являются

!+β2-агонисты адренорецепторов

!антагонисты лейкотриеновых рецепторов

!глюкокортикостероидные гормоны

!стабилизаторы тучных клеток

?Диффузный пневмосклероз может развиться у больных

!бронхоэктатической болезнью

!абсцессом легких

!тяжелой пневмонией

!+ХОБЛ

?При спонтанном пневмотораксе на стороне поражения грудной клетки определяется

!+отставание при дыхании

!притупление перкуторного звука

!уменьшение в объеме

!усиление голосового дрожания

?Бронхоэктатическая болезнь часто сочетается с

!хроническим тонзиллитом

!сахарным диабетом

!+хроническим синуситом, аденоидами

!язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

?Тактика врача по отношению к базисной медикаментозной терапии больных бронхиальной астмой средней степени тяжести при назначении физических факторов, направлена на

!отмену

!увеличение дозировки

!+уменьшение дозировки при достижении положительного эффекта

!сохранение в прежнем объеме при достижении положительного эффекта

?Усиление голосового дрожания отмечается при

!утолщении грудной стенки

!эмфиземе легких

!+уплотнении легочной ткани в результате воспаления легких

!наличии жидкости или газа в плевральной полости

?Для ХОБЛ тяжелой степени (GOLD) характерно ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 Ф/ ОФВ1 Д

!+30-50

!50- 80

!< 30

!> 80

?Лейкоцитоз может быть отражением

!стенокардии напряжения

!+пневмонии

!бронхиальной астмы

!вирусного гепатита

?Увеличение концентрации эозинофилов в крови является характерным при

!циррозе печени

!+бронхиальной астме

!ревматоидном артрите

!стенокардии напряжения

?В состав базисной терапии бронхиальной астмы не входит

!бекотид

!+теофиллин

!тайлед

!интал

## ?Этиопатогенетическими препаратами в лечении идиопатического легочного фиброза являются

!противовоспалительные препараты

!иммуномодулирующие препараты

!+антифибротические препараты

!антибиотики широкого спектра действия

?Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются

!метилксантины

!+ингаляционные глюкокортикостероиды

!М-холинолитики

!b2-агонисты короткого действия

?Морфологической особенностью казеозной пневмонии является

!+выраженный казеозно-некротический компонент воспаления

!преобладание продуктивного компонента воспаления

!раннее формирование фиброзных изменений в легких

!преобладание параспецифических тканевых реакций

?Синдром перекреста (OVERLAP) включает сочетание бронхиальной астмы и

!поливалентной сенсибилизации

!гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

!аллергического ринита

!+хронической обструктивной болезни легких

?При атопической бронхиальной астме в общем анализе крови часто встречается

!тромбоцитоз

!лимфоцитоз

!+эозинофилия

!нейтрофилез

?Антибактериальным препаратом первой линии в лечении внутрибольничной пневмонии является

!ципрофлоксацин

!+меропенем

!кларитромицин

!левофлоксацин

?Критерием для госпитализации больного с пневмонией является

!выявленный лейкоцитоз более 10\*109/л

!+нестабильная гемодинамика

!верхнедолевая локализация поражения

!фебрильная лихорадка в течение 3 дней

?Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии у больных до 60 лет без сопутствующих заболеваний считают

!аминогликозиды

!карбапенемы

!+ингибиторозащищённые пенициллины

!тетрациклины

?Ослабление голосового дрожания отмечается при

!полости в лёгком, сообщающейся с бронхом

!+эмфиземе легких

!пневмосклерозе

!компрессионном ателектазе

?Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеет

!возрастная инволюция эластической ткани легких

!+дефицит альфа1-антитрипсина

!функциональное перенапряжение аппарата дыхания

!хроническое заболевание бронхолегочного аппарата

?Ослабленное везикулярное дыхание не выслушивается при

!интерстициальном отёке легких

!гидротораксе

!+бронхиолите

!эмфиземе лёгких

?Рентгенологическое исследование больного с заболеванием легких необходимо начинать с \_\_\_ органов грудной клетки

!томосинтеза

!флюорографии

!компьютерной томографии

!+рентгенографии

?Лечение больных интермиттирующей бронхиальной астмой включает

!+ингаляции β2-агонистов короткого действия по потребности

!применение бронходилататоров пролонгированного действия

!ежедневное введение противовоспалительных препаратов

!применение системных глюкокортикостероидов

?Беродуал является

!коротко действующий адреномиметиком

!пролонгированным холинолитиком

!+комбинацией адреномиметика и холинолитика

!ингаляционным глюкокортикостероидом

?Мужчине с ХОБЛ и жалобами на затрудненное мочеиспускание нельзя назначать

!теофиллин

!+атровент

!фенотерол

!сальбутамол

?Легочный фиброз может развиться при приеме

!пропафенона

!+амиодарона

!хинидина гидрохлорида

!лаптаконитина гидробромида

?Цилиндрический эпителий в значительном количестве обнаруживается в мокроте при

!бронхоэктатической болезни

!крупозной пневмонии

!+остром бронхите

!туберкулезе легких

?У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является

!микоплазма

!пневмококк

!+пневмоциста

!клебсиелла

?Препаратами выбора при подозрении на атипичную этиологию внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов являются

!пенициллины

!+макролиды

!защищенные пенициллины

!цефалоспорины II-III поколений

?Критерием эффективности антибактериальной терапии пневмонии является

!+нормализация температуры через 48-72 часа

!полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани

!нормализация температуры в утренние и дневные часы

!нормализация всех лабораторных показателей

?Наиболее эффективным приёмом при массаже грудной клетки у больного хроническим бронхитом является

!растирание

!+вибрация

!разминание

!поглаживание

?Наиболее ранним функциональным признаком ХОБЛ является

!ОФВ1/ФЖЕЛ менее 90%

!ЖЕЛ менее 50%

!ОФВ1 менее 60%

!+ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%

?Голосовое дрожание не будет ослаблено на стороне поражения при

!обтурационном ателектазе

!фибротораксе, швартах

!+компрессионном ателектазе

!гидротораксе

?Препаратами выбора при ХОБЛ лёгкого течения с редкими обострениями и выраженными симптомами являются

!+длительно действующие β2-агонисты или антихолинергики

!короткодействующие β2-агонисты «по требованию»

!теофиллины

!короткодействующие антихолинергики «по требованию»

?Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является

!рассасывание пневмонической инфильтрации

!+срок 3-4 дня после нормализации температуры

!нормализация показателей периферической крови

!срок 8-10 дней после нормализации температуры

?Одним из критериев в определении уровня контроля бронхиальной астмы является

!наличие факторов риска обострений заболевани

!потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов

!наличие поливалентной сенсибилизации

!+потребность в препаратах неотложной помощи

?Для ХОБЛ легкой степени тяжести (GOLD) характерно ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (в %)

!50- 80

!+> 80

!30-50

!< 30%

?Основной жалобой пациента при ХОБЛ является

!головная боль

!слабость

!+одышка

!лихорадка

?Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеет

!функциональное перенапряжение аппарата дыхания

!дефицит альфа1-антитрипсина

!+деградация эластической ткани легкого

!хроническое заболевание бронхолегочного аппарата

?К аускультативным признакам, характерным для бронхиальной астмы относят

!сухие хрипы на вдохе

!влажные хрипы

!крепитацию

!+сухие хрипы на выдохе

?Симптоматическими препаратами в лечении бронхиальной астмы являются

!антагонисты лейкотриеновых рецепторов

!глюкокортикостероидные гормоны

!+β2-агонисты адренорецепторов

!стабилизаторы тучных клеток

?Показанием для назначения длительной кислородотерапии при ХОБЛ является

!+PaO2 ≤ 55 мм.рт.ст.

!длительное течение заболевания

!обострение заболевания

!PaO2 < 70мм.рт.ст.

?О деструкции ткани легкого свидетельствует обнаружение в мокроте

!кристаллов Шарко-Лейдена

!большого числа эритроцитов

!большого числа лейкоцитов

!+эластических волокон

?Осложнением ХОБЛ не является

!легочное сердце

!+абсцесс легкого

!полицитемия

!дыхательная недостаточность

?Для лиц в пожилом возрасте характерными реакциями на физическую нагрузку являются

!средняя врабатываемость, средняя продолжительность восстановительного периода после нагрузки, средний функциональный резерв

!+медленная врабатываемость, удлинение восстановительного периода после нагрузки, низкий функциональный резерв

!быстрая врабатываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв

!медленная врабатываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв

?Морфологической особенностью казеозной пневмонии является

!преобладание параспецифических тканевых реакций

!преобладание продуктивного компонента воспаления

!раннее формирование фиброзных изменений в легких

!+выраженный казеозно-некротический компонент воспаления

?Слизисто-кровянистая мокрота характерна для

!бронхиальной астмы

!+бронхогенного рака легкого

!бронхопневмонии

!катара верхних дыхательных путей

!Усиленное везикулярное дыхание выслушивается при

!ранней стадии пневмонии

!интерстициальном отёке легких

!обтурационном ателектазе

!+неизмененной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции

?При подозрении на внутрибольничную пневмонию показанием к компьютерной томографии является

!+отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии

!выявление типичных для пневмонии изменений при рентгенологическом исследовании в прямой и боковой проекциях

!наличие очевидной клинической симптоматики пневмонии длительностью более одной недели, но менее одного месяца

!выявление средне-очаговой инфильтрации с нечеткими контурами в нижней доле легкого с уплотнением плевры

?При спонтанном пневмотораксе на стороне поражения грудной клетки аускультативно определяется

!усиление бронхофонии

!+ослабленное дыхание

!бронхиальное дыхание

!шум трения плевры

?Кровь при легочном кровотечении выделяется

!+алая, пенистая

!темная, со сгустками

!темная, пенистая

!цвета кофейной гущи

?Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является

!рассасывание пневмонической инфильтрации

!нормализация показателей периферической крови

!прекращение кашля

!+стойкая нормализация температуры

?Лечение больных персистирующей бронхиальной астмой среднетяжелого течения включает

!частое применение системных глюкокортикостероидов

!ежедневные ингаляции β2-агонистов короткого действия

!применение бронходилататоров пролонгированного действия короткими курсами

!+ежедневное введение противовоспалительных препаратов

?Голосовое дрожание не будет ослаблено на стороне поражения при

!обтурационном ателектазе

!+компрессионном ателектазе

!фибротораксе, швартах

!гидротораксе

?Для астматического статуса характерно

!+появление участков «немого легкого»

!дыхание Биота

!наличие акцента II тона во втором межреберье справа

!наличие систолического шума на верхушке

?Наиболее ранним функциональным признаком ХОБЛ является

!ОФВ1 менее 60%

!+ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%

!ЖЕЛ менее 50%

!ОФВ1/ФЖЕЛ менее 90%

?Противопоказанием к назначению ипратропия бромида является

!язва желудка

!+глаукома

!хронический пиелонефрит

!катаракта

?Наиболее важной лечебной процедурой для больных бронхоэктатической болезнью является

!+постуральный дренаж

!дыхательная гимнастика

!массаж грудной клетки

!оксигенотерапия

?Критерием эффективности антибактериальной терапии на 2-3 день лечения пневмонии является

!высокая чувствительность микрофлоры к антибиотику

!снижение интенсивности кашля

!снижение СОЭ

!+частота дыхательных движений менее 20 в минуту

?Основным методом диагностики ХОБЛ является

!+исследование функции внешнего дыхания

!рентгенография грудной клетки

!бронхоскопическое исследование

!анализ мокроты

?Усиленное везикулярное дыхание выслушивается при

!ранней стадии пневмонии

!+неизмененной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции

!интерстициальном отёке легких

!обтурационном ателектазе

?Пальпация при внебольничной пневмонии может обнаружить

!увеличение ригидности грудной клетки

!ослабление голосового дрожания

!+усиление голосового дрожания

!болезненность при пальпации паравертебральных точек

?Побочным эффектом ингаляционных глюкокортикостероидов является

!+кандидоз ротовой полости

!сахарный диабет

!артериальная гипертензия

!остеопороз

?В терапии ХОБЛ среднетяжелого течения чаще всего используют

!антибактериальные препараты

!отхаркивающие препараты

!+бронходилататоры

!ингаляционные глюкокортикостероиды

?Голосовое дрожание не будет ослаблено на стороне поражения при

!обтурационном ателектазе

!фибротораксе, швартах

!гидротораксе

!+компрессионном ателектазе

?Для острого бронхита характерно присутствие в мокроте большого количества

!+цилиндрического мерцательного эпителия

!кристаллов Шарко-Лейдена

!эластических волокон

!спиралей Куршмана

?Тактика врача по отношению к базисной медикаментозной терапии больных бронхиальной астмой средней степени тяжести при назначении физических факторов, направлена на

!+уменьшение дозировки при достижении положительного эффекта

!увеличение дозировки

!сохранение в прежнем объеме при достижении положительного эффекта

!отмену

?Одним из критериев в определении уровня контроля бронхиальной астмы является

!наличие поливалентной сенсибилизации

!наличие факторов риска обострений заболевани

!+потребность в препаратах неотложной помощи

!потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов

?Наиболее частым побочным эффектом ингаляционных глюкокортикостероидов является

!гипергликемия

!+дисфония

!остеопороз

!ожирение

?Длительность назначения системных (пероральных) глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ составляет

!1 год

!+10-14 дней

!1-3 месяца

!3 дня

?При аускультации легких у больных с острым бронхитом чаще всего можно выслушать

!крепитацию

!+сухие хрипы

!шум трения плевры

!влажные хрипы

?При абсцессе легкого в мокроте можно обнаружить

!эозинофилы

!спирали Куршмана

!+пробки Дитриха

!эластические волокна

?Для достижения противовоспалительного действия у больных с пневмонией затяжного течения целесообразно назначить

!электрофорез с Эуфиллином, углекислые ванны, электросон

!ТНЧ-терапию, магнитотерапию, физические тренировки

!+массаж грудной клетки, скипидарные ванны, низкочастотный ультразвук

!мануальную терапию, электрическое поле УВЧ, грязелечение

?Рак лёгкого чаще развивается у больных с

!сахарным диабетом

!язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

!бронхиальной астмой

!+хроническим неспецифическим заболеванием лёгких

?Обструктивный тип гиповентиляции лёгких возникает при

!угнетении функции дыхательного центра

!уменьшении дыхательной поверхности лёгких

!снижении функции дыхательных мышц

!+нарушении проходимости воздухоносных путей

?Препаратами выбора при подозрении на атипичную этиологию внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов являются

! енициллины

!цефалоспорины II-III поколений

!защищенные пенициллины

!+макролиды

?Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются

!метилксантины

!М-холинолитики

!+ингаляционные глюкокортикостероиды

!b2-агонисты короткого действия

?Третий плановый визит участкового врача к больному с внебольничной пневмонией осуществляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от первого визита

!+на 7-10 сутки

!на 3-4 сутки

!через 24-48 часов

!через 24 часа

?Для лечения персистирующей бронхиальной астмы тяжелого течения применяют

!+системные глюкокортикостероиды

!бронходилататоры пролонгированного действия при приступах

!монотерапию антилейкотриеновыми препаратами

!курсы ингаляционных глюкокортикоидов

?Препаратами выбора при ХОБЛ лёгкого течения с редкими обострениями и выраженными симптомами являются

!короткодействующие антихолинергики «по требованию»

!+длительно действующие β2-агонисты или антихолинергики

!короткодействующие β2-агонисты «по требованию»

!теофиллины

?Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение

!интала через спейсер

!эуфиллина внутривенно

!+симпатомиметиков через небулайзер

!глюкокортикостероидов внутривенно

?Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерным перкуторным звуком является

!металлический

!+тупой

!тимпанический

!коробочный

?Бронхоэктатическая болезнь часто сочетается с

!язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

!хроническим тонзиллитом

!+хроническим синуситом, аденоидами

!сахарным диабетом

?Общим клиническим признаком для эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ является

!хронический кашель

!положительная реакция на бронходилататоры

!полицитемия

!+одышка

?Тактика врача по отношению к базисной медикаментозной терапии больных бронхиальной астмой средней степени тяжести при назначении физических факторов, направлена на

!увеличение дозировки

!отмену

!+уменьшение дозировки при достижении положительного эффекта

!сохранение в прежнем объеме при достижении положительного эффекта

?В состав базисной терапии бронхиальной астмы не входит

!тайлед

!бекотид

!+теофиллин

!интал

?Наиболее безопасным бронхолитиком у пожилых пациентов с ИБС является

!+атровент

!фенотерол

!сальбутамол

!эуфиллин

?Слизисто-кровянистая мокрота характерна для

!бронхопневмонии

!бронхиальной астмы

!+бронхогенного рака легкого

!катара верхних дыхательных путей

?Гидроторакс характеризуется скоплением в плевральной полости

!гноя

!крови

!+экссудата

!лимфы

?Образование полостей деструкции в легких наиболее характерно для пневмонии, вызванной

!+стафилококком

!энтерококком

!хламидией

!пневмококком

?К атипичным возбудителям пневмонии относят

!Klebsiella pneumonia, Haemophilusinfluenza

!Streptococcus pneumoniae, Escherichia сoli

!+Legionella pneumophila, Chlamydia pneumoniae

!Streptococcus viridans,Pseudomonas aeruginosa

?Дляидиопатическогофиброзирующегоальвеолитахарактерноналичие

!экспираторной одышки

!+инспираторной одышки

!влажных хрипов

!сухих хрипов

?При подозрении на внутрибольничную пневмонию показанием к компьютерной томографии является

!+отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии

!наличие очевидной клинической симптоматики пневмонии длительностью более одной недели, но менее одного месяца

!выявление типичных для пневмонии изменений при рентгенологическом исследовании в прямой и боковой проекциях

!выявление средне-очаговой инфильтрации с нечеткими контурами в нижней доле легкого с уплотнением плевры

?Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии у больных до 60 лет без сопутствующих заболеваний считают

!аминогликозиды

!тетрациклины

!+ингибиторозащищённые пенициллины

!карбапенемы

?Основными противовоспалительными лекарственными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются

!+ингаляционные глюкокортикостероиды

!теофиллины

!кромогликат натрия и недокромил натрия

!антибиотики

?Прокол при плевральной пункции необходимо проводить

!на середине расстояния между ребрами

!по нижнему краю ребра

!между ребрами

!+по верхнему краю ребра

?К аускультативным данным при приступе бронхиальной астмы относят

!+сухие свистящие хрипы

!крепитацию

!шум трения плевры

!влажные разнокалиберные хрипы

?Диффузный пневмосклероз может развиться у больных

!абсцессом легких

!+ХОБЛ

!бронхоэктатической болезнью

!тяжелой пневмонией

?Ревматоидный артрит относится к заболеваниям

!реактивным

!+воспалительным

!метаболическим

!дегенеративным

?Ревматическая лихорадка вызывается

!+β-гемолитическим стрептококком группы А

!β-гемолитическим стрептококком группы С

!вирусом Эпштейн-Барр

!золотистым стафилококком

?Скованность при ревматоидном артрите возникает после

!принятия горячей ванны

!периода активности

!+периода покоя

!физиопроцедуры

?Длительность профилактического курса пенициллиновых производных у больных, перенесших острую ревматическую лихорадку без формирования порока сердца, составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_ после перенесенной атаки

!5 лет

!3 года

!40 лет

!+10 лет

?При назначении метотрексата контролировать безопасность позволяет

!клинический анализ мочи

!уровень альбумина в крови

!уровень холестерина в крови

!+клинический анализ крови

?После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через

!+2-3 недели

!1-2 года

!10 месяцев

!4 дня

?Наиболее типичным признаком ревматической лихорадки является

!кольцевидная эритема

!узловатая эритема

!малая хорея

!+«летучий» артрит

?Главным показателем аутоиммунной природы ревматоидного артрита является

!+наличие ревматоидного фактора

!обнаружение антител к гладкой мускулатуре

!обнаружение LE-клеток

!наличие высоких титров антистрептолизина

?Ревматоидный фактор представляет собой

!антитело к синовиальной оболочке

!простагландин

!b-макроглобулин

!+антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM

?Самой частой причиной приобретенного митрального порока сердца является

!перикардит

!инфекционный эндокардит

!инфаркт миокарда

!+ревматическая лихорадка

?Характерным поражением кожи при острой ревматической лихорадке является эритема

!узловатая

!+кольцевидная

!мигрирующая

!эксудативная

?Дополнительным методом исследования, применяемым для диагностики пороков сердца, является

!проба с физической нагрузкой – велоэргометрия

!сцинтиграфия сердца с таллием для визуализации порока

!+эхокардиография с допплеранализом

!коронароангиография с вентрикулографией

?Критериями раннего ревматоидного артрита являются

!+воспаление более 3-х суставов; поражение пястно-фаланговых и/или плюснефаланговых суставов;утренняя скованность > 30 мин

!поражение 2-3-х суставов; очень интенсивная боль; интермиттирующая лихорадка; болевые точки в местах прикрепления сухожилий

!воспаление более 2-х суставов; поражение коленных и/или плечевых суставов; утренняя скованность >2 часов

!поражение ≥1 сустава; значительный внутрисуставной выпот; дистрофические изменения кожи вокруг пораженного сустава

?При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы

!коленные

!крестцово-подвздошные

!+проксимальные межфаланговые

!позвоночника

?Критерием диагноза острой ревматической лихорадки является

!+полиартрит

!пневмонит

!гломерулонефрит

!геморрагический васкулит

?К индивидуальным мерам предупреждения развития йододефицитных заболеваний относится

!+ежедневный прием йодида калия

!употребление йодированной соли

!ежедневный прием левотироксина

!употребление йодированного хлеба

?Лираглутид 3,0 мг в сутки, применяемый для лечения ожирения, относится к группе

!ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина

!антагонистов эндоканабиойдных рецепторов

!+аналогов глюкагоноподобного пептида-1

!ингибиторов кишечной липазы

?Снижение энергетической ценности пищевого рациона для пациентов с ожирением осуществляется за счет уменьшения

!белков, жиров и углеводов

!углеводов

!+жиров

!белков

?При исходном значении уровня гликированного гемоглобина 6,5–7,5% начинать лечение рекомендовано с

!+монотерапии (метформин, ингибиторы ДПП-4 или аналог ГПП-1)

инсулинотерапии в базис-болюсном режиме

!комбинации 3 сахароснижающих препаратов, включая базисный инсулин

!комбинации 2 сахароснижающих препаратов, включая базисный инсулин

?Наиболее частыми побочными эффектами применения сибутрамина являются

!+сердцебиение, потливость, сухость во рту

!вздутие живота, диарея

!холестаз, гипербилирубинемия

!запоры и сухость кожи

?Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является

!наличие сахара в крови более 5,5 г/л

!+наличие в моче ацетона

!сопутствующее ожирение

!полиурия

?При выборе индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина следует учитывать

!+возраст пациента

!длительность течения сахарного диабета

!наличие сахарного диабета у родственников

!характер сахароснижающей терапии

?Репаглинид относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса

!бигуанидов

!тиазолидиндионов

!производных сульфонилмочевины

!+производных бензоевой кислоты

?К осложнениям, вызванным введением инсулина, относится

!лейкоцитоз

!+гипогликемия

!гипертриглицеридемия

!кетоацидоз

?Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является

!сопутствующее ожирение

!+наличие в моче ацетона

!наличие сахара в крови более 5,5 г/л

!полиурия

?Метформин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса

!+бигуанидов

!ингибиторов дипептидилпептидазы-4

!ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

!ингибиторов альфа-глюкозидаз

?Пациенту с сахарным диабетом необходимо уменьшить дозу базального инсулина при высокой гликемии

!+натощак и гипогликемии в ночное время

!перед сном и через 2 часа после приема пищи

!натощак и в ночное время

!препрандиальной

?Препаратами выбора для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени являются

!препараты инсулина

!+ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4)

!производные сульфонилмочевины

!глиниды

?Гликилированный гемоглобин обозначают

!НbО2

!+НbА1с

!ННb

!HbF

?При медикаментозном лечении акромегалии применяют

!+селективные аналоги соматостатина

!дофамин

!соматостатин

!антагонисты дофамина

?С целью лечения манифестного гипотиреоза, развившегося в исходе аутоиммунного тиреоидита, показано назначение препаратов \_\_\_\_ в \_\_\_ дозе

!левотироксина; супрессивной

!калия иодида; терапевтической

!калия иодида; профилактической

!+левотироксина; заместительной

?Для лечения тиреотоксического криза противопоказано назначение

!тионамидных препаратов (пропилтиоурацил или тиамазол)

!бета-адреноблокаторов

!+левотироксина натрия

!глюкорортикоидов

?Для лечения тиреотоксического криза противопоказано назначение

!тионамидных препаратов (пропилтиоурацил или тиамазол)

!глюкорортикоидов

!бета-адреноблокаторов

!+левотироксина натрия

?При хронической болезни почек с 3А стадии противопоказан

!метформин

!ситаглиптин

!+глибенкламид

!эмпаглифлозин

?Препаратом, маскирующим гипогликемию является

!+пропранолол

!индапамид

!нифедипин

!амиодарон

?Для лечения подострого тиреоидита может быть рекомендовано назначение

!аналогов соматостатина

!препаратов йода

!аналогов амилина

!+глюкокортикоидов

?Правилом проведения пробы на толерантность к глюкозе является

!+прием 75 грамм глюкозы, растворенных в воде

!соблюдение безуглеводной диеты в течение 3 дней

!отказ от обеда и ужина накануне проведения пробы

!прием 100 грамм глюкозы, растворенных в воде

?Линаглиптин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса

!бигуанидов

!ингибиторов альфа-глюкозидаз

!ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

!+ингибиторов дипептидилпептидазы-4

?Больным ожирением рекомендовано принимать пищу\_\_\_\_\_\_ раза/раз в сутки

!3

!+5-6

!1-2

!4

?Эксенатид относится к

!препаратам аналогов инсулина длительного действия

!классу производных сульфонилмочевины

!классу ингибиторов ДПП-4

!+классу агонистов рецепторов ГПП-1

?К секретогенам относят сахароснижающие препараты группы

!глитазонов

!глиптинов

!бигуанидов

!+глинидов

?К побочным эффектам тиреостатиков относится

!глюкозурия

!лейкоцитоз

!микроальбуминурия

!+агранулоцитоз

?Нерациональной является комбинация

!метформина и иНГЛТ-2

!базального инсулина и метформина

!+гликлазида МВ и натеглинида

!глимепирида и алоглиптина

?При выборе индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина следует учитывать

!длительность течения сахарного диабета

!характер сахароснижающей терапии

!наличие сахарного диабета у родственников

!+возраст пациента

?Для предупреждения гипогликемии при короткой (менее одного часа) физической нагрузке рекомендуется

!съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов

!уменьшить дозу инсулина

!+съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов

!избегать физических нагрузок

?К индивидуальным мерам предупреждения развития йододефицитных заболеваний относится

!употребление йодированной соли

!ежедневный прием левотироксина

!употребление йодированного хлеба

!+ежедневный прием йодида калия

?К бигуанидам относится

!репаглинид

!пиоглитазон

!глибенкламид

!+метформин

?Темная и желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности зависит от

!повышения непрямого билирубина

!повышения прямого билирубина

!+нарушения выделения урохромов

!нарушения конъюгированного билирубина

?К ингибиторам дипептидилпептидазы-4 относится

!дапаглифлозин

!пиоглитазон

!эмпаглифлозин

!+алоглиптин

?К наиболее рациональной комбинации пероральных сахароснижающих препаратов относится сочетание

!вилдаглиптина и пиоглитазона

!глимепирида и ситаглиптина

!натеглинида и глимепирида

!+метформина и вилдаглиптина

?Нежелательным эффектом инсулинотерапии сахарного диабета 2 типа является

!прогрессирование печеночной недостаточности

!+прибавка массы тела

!повышение уровня артериального давления

!прогрессирование сердечной недостаточности

?Сахарный диабет у пациентов с АГ снижает

!вероятность удержания на терапии

!вероятность поражения органов -мишений

!+вероятность достижения целевых значений АД

!комплаентность к лечению

?Причиной несахарного диабета является \_\_\_\_\_\_\_\_\_ гормона

!избыток соматотропного

!избыток антидиуретического

!+дефицит антидуретического

!дефицит соматотропного

?К препаратам первого ряда в лечении больных сахарным диабетом 2 типа относится

!пиоглитазон

!глимепирид

!глибенкламид

!+метформин

?К социально отягощенным очагам относят больных туберкулезом

!внелегочных локализаций, выделяющих микобактерии туберкулеза

!+органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза

!органов дыхания, не выделяющих микобактерии туберкулеза

!внелегочных локализаций, не выделяющих микобактерии туберкулеза

?Основным методом специфической профилактики туберкулеза является

!проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л

!прием изониазида в дозе 5 мг/сут. в течение 2 месяцев

!+иммунизация вакциной БЦЖ и БЦЖ-М

!проба с препаратом Диаскинтест

?Введение вакцины БЦЖ в организм человека проводится \_\_\_ в верхнюю треть

!внутримышечно; предплечья

!+внутрикожно; плеча

!внутрикожно; предплечья

!подкожно; плеча

?К наиболее частым осложнением туберкулезного процесса относят

!хроническое легочное сердце

!+кровохарканье и легочное кровотечение

!амилоидоз внутренних органов

!инфекционно-токсический шок

?К медико-биологическим факторам риска развития туберкулеза относят

!ревматоидный артрит

!хронический тонзиллит

!+сахарный диабет

!тиреотоксикоз

?Срок полного первичного обследования контактных лиц составляет не более (в днях)

!7

!+14

!10

!3

?Массовая туберкулинодиагностика определяет эпидемиологический показатель как

!смертность

!заболеваемость

!+инфицированность

!болезненность

?Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется

!+общей педиатрической сетью

!противотуберкулезным диспансером

!санэпидемиологической службой

!противотуберкулезным стационаром

?К достоверными признакам активности очагового туберкулеза легких относят

!+обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте

!выявление кашля со скудной мокротой, слабости

!обнаружение атипичных микобактерий в мокроте

!получение положительной реакции по пробе Манту

?Микобактерии туберкулеза у больных очаговым туберкулезом чаще обнаруживают в

!промывных водах желудка, мокроте

!+бронхоальвеолярной лаважной жидкости

!биоптате внутригрудных лимфатических узлов

!мокроте, моче, промывных водах желудка

?Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза развивается в результате

!эндогенной реактивации процесса

!+экзогенной суперинфекции

!бронхогенного обсеменения

!гематогенной диссеминации

?Лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в плевральном экссудате наиболее характерны для

!лимфолейкоза

!пневмонии

!опухоли

!+туберкулеза

?Основным методом выявления очагового туберкулеза легких у взрослых является

!+флюорография органов грудной клетки

!туберкулинодиагностика по пробе Манту

!полимеразная цепная реакция мокроты

!рентгеноскопия органов грудной клетки

?К сегментам легких, которые часто поражаются туберкулезом у взрослых, относят

!третий, девятый, десятый

!пятый, седьмой, восьмой

!+первый, второй, шестой

!третий, четвертый, пятый

?Профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза 2 раза в год подлежат

!больные язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки

!+работники родильных домов, военнослужащие

!больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких

!мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы

?К группе повышенного риска заболевания туберкулезом относятся лица

!работающие в детских и подростковых учреждений

!находящиеся в контакте с больными неактивным туберкулезом

!+находящиеся в контакте с больными активным туберкулезом

!работающие на предприятий общественного питания

?Лечащий врач направляет больного с подозрением на туберкулез в специализированное учреждение в течение (в днях)

!14

!+3

!10

!7

?Главным эпидемиологическим фактором в развитии первичного туберкулеза является

!экзогенная суперинфекция микобактерий туберкулеза

!отсутствие вакцинации и ревакцинации БЦЖ

!+первичное инфицирование микобактерией туберкулеза

!дополнительное инфицирование от животных

?Очагом туберкулезной инфекции является

!местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди животных

!местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди людей

!учреждение, предприятие, где есть хотя бы один больной туберкулезом легких

!+жилище, где проживает больной активным туберкулезом органов дыхания

?При остром туберкулезном плеврите плевральная жидкость

!гнойная

!геморрагическая

!хилезная

!+серозная

?Дифференцировать фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще всего приходится с

!крупозной пневмонией

!саркоидозом легких и внутригрудных лимфоузлов

!туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов

!+распадающимся раком легкого

?Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация БЦЖ является \_\_\_ профилактикой туберкулёза

!санитарной

!+специфической

!социальной

!неспецифической

?К опасным очагам туберкулезной инфекции относят

!скудное бактериовыделение микобактерий туберкулеза при контакте только со взрослыми лицами

!бактериовыделителя с факультативным выделением микобактерий туберкулеза при контакте только со взрослыми

!больного активной формой туберкулеза легких без бактериовыделения, проживающего без детей и подростков

!+бактериовыделителя с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением

?Наиболее эффективным и достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

!+культуральный метод

!иммунно-генетический метод

!люминесцентная микроскопия

!бактериоскопический метод

?Диагноз первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза устанавливается при обнаружении

!рецидива туберкулеза легких, у больных, не выделяющих микобактерии туберкулеза

!+устойчивости микобактерий, выделенных от пациента, никогда не принимавшего противотуберкулезных препаратов

!устойчивости микобактерий, выделенных от пациента, принимавшего противотуберкулезные препараты не более 4 недель

!первичного инфицирования резистентными штаммами микобактерии туберкулеза

?Наличие кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах указывает на

!потерю активности туберкулезного процесса

!+ранее перенесенный туберкулезный процесс

!переход туберкулезного процесса в хроническую стадию

!сохранение активности туберкулезных изменений

?В противотуберкулезных учреждениях диспансерному наблюдению подлежат

!группы риска по неспецифическим заболеваниям органов дыхания

!+больные активной формой туберкулеза любой локализации

!лица с остаточными посттуберкулезными изменениями

!контингенты больных, находящихся под наблюдением врачей поликлиник общей лечебной сети

?Двухстороннее очаговое поражение легочной ткани характеризует туберкулез

!очаговый легких

!фиброзно-кавернозный

!инфильтративный

!+диссеминированный

?Отличие патоморфологических особенностей диссеминированного туберкулеза от других форм туберкулеза легких заключается в

!верхнедолевой локализации легочного процесса

!+интерстициальном расположение очагов в легких

!преобладание казеозно-некротической тканевой реакции

!раннем формировании пневмосклероза в легких

?К комплексу лечебных мероприятий, которые могут привести к излечению фиброзно-кавернозного туберкулеза, относят патогенетическую терапию, специфическую химиотерапию и

!пневмоперитонеум

!+хирургическое лечение

!искусственный пневмоторакс

!искусственный пневмоторакс

?В лаважной жидкости у больного туберкулезом органов дыхания преобладают

!макрофаги

!нейтрофилы

!+лимфоциты

!моноциты

?Ранний клинический признак туберкулезного спондилита проявляется

!ограничением подвижности в области позвоночника

!+болью в области позвоночника в покое

!нарушением функции тазовых органов

!болью в области позвоночника при ходьбе

?К основному источнику инфекции при туберкулезе относят

!+больного открытой формой туберкулеза легких

!больного закрытой формой туберкулеза легких

!больного внелегочными формами туберкулеза

!человека, инфицированного микобактерией туберкулеза

?Очагом туберкулезной инфекции является

!местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди людей

!учреждение, предприятие, где есть хотя бы один больной туберкулезом легких

!местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди животных

!+жилище, где проживает больной активным туберкулезом органов дыхания

?К санитарной профилактике туберкулеза относят изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение и

!общеоздоровительные мероприятия

!+работу в очаге туберкулезной инфекции

!вакцинацию БЦЖ, химиопрофилактику

!массовые рентгенофлюорографические обследования

?Материал, полученный при аспирационной катетеризационной биопсии подлежит исследованию

!+цитологическому и бактериологическому

!бактериологическому и биохимическому

!цитологическому и биохимическому

!гистологическому и цитологическому

?Экссудат при туберкулезном плеврите является преимущественно

!+лимфоцитарным

!хилезным

!нейтрофильным

!эозинофильным

?Основными источниками заражения людей туберкулезом являются

!+больные туберкулезом люди

!больные туберкулезом животные

!кровососущие насекомые

!предметы окружающей среды

?К санитарной профилактике туберкулеза относят изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение и

!вакцинацию БЦЖ, химиопрофилактику

!общеоздоровительные мероприятия

!+работу в очаге туберкулезной инфекции

!массовые рентгенофлюорографические обследования

?К группе населения с высокой заболеваемостью туберкулезом относятся

!+мужчины

!пожилые люди

!женщины

!подростки

?К основному источнику инфекции при туберкулезе относят

!больного закрытой формой туберкулеза легких

!человека, инфицированного микобактерией туберкулеза

!больного внелегочными формами туберкулеза

!+больного открытой формой туберкулеза легких

?К химиопрофилактике туберкулеза относят назначение противотуберкулезных препаратов

!детям впервые инфицированным микобактерией туберкулеза

!детям и подросткам с гиперергической реакцией по пробе Манту

!+неинфицированным детям из контакта с больными туберкулезом

!лицам первой группы диспансерного наблюдения первичным курсом

?К своевременно выявленной форме туберкулеза легких относят \_\_\_ в фазе

!+очаговый туберкулез; инфильтрации

!инфильтративный туберкулез; распада

!милиарный туберкулез; инфильтрации

!туберкулему; инфильтрации и распада

?К обязательному клиническому минимуму обследований на туберкулез относят

!общий анализ крови, флюорографию органов грудной клетки, цитологическое исследование мокроты

!посев мокроты на микобактерии туберкулеза, биохимический анализ крови, пробу Манту

!+общий анализ крови, исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии, пробу Манту, рентгенографию органов грудной клетки

!общий анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки, полимеразную цепную реакцию мокроты

?Чувствительность бактериоскопического метода при применении светового микроскопа выявления кислотоустойчивых микобактерий составляет более\_\_\_\_\_ микробных тел в 1 мл

!1000

!100

!+10 000

!1000 000

?Обнаружение впервые выявленного больного туберкулезом с инфильтратом в легком и наличием микобактерий в мокроте соответствует \_\_\_\_\_выявлению туберкулеза

!позднему

!раннему

!своевременному

!+несвоевременному

?Профилактические медицинские осмотры на туберкулез 1 раз в год проходят

!ВИЧ- инфицированные лица, состоящие на учете

!военнослужащие, призываемые на военную службу

!+больные, страдающие сахарным диабетом

!лица из бытового или профессионального контакта с туберкулезом

?К основному пути проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы относят

!лимфогенный путь проникновения из очага в легочной ткани

!+гематогенный путь проникновения микобактерий туберкулеза

!контактный путь распространения микобактерий туберкулеза

!лимфогенный путь из внутригрудных лимфатических узлов

?К ведущему методу выявления туберкулеза у подростков относят

!туберкулинодиагностику по пробе Манту

!исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

!пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

!+флюорографию органов грудной клетки

?В противотуберкулезных учреждениях диспансерному наблюдению подлежат

!+больные активной формой туберкулеза любой локализации

!лица с остаточными посттуберкулезными изменениями

!группы риска по неспецифическим заболеваниям органов дыхания

!контингенты больных, находящихся под наблюдением врачей поликлиник общей лечебной сети

?Дифференциальную диагностику милиарного туберкулеза проводят с

!хроническим бронхитом

!туберкулезной интоксикацией

!аспергиллезом

!+брюшным тифом

?К форме туберкулеза легких, характеризующей резервуар туберкулезной инфекции относят\_\_\_\_\_\_\_ туберкулез легких

!инфильтративный

!цирротический

!+фиброзно-кавернозный

!диссеминированный

?Первичное посещение очага туберкулеза проводится с момента регистрации не позднее (в сутках)

!10

!1

!7

!+3

?Казеозная пневмония характеризуется \_\_\_\_ выделением микобактерий туберкулеза

!+обильным

!редким

!скудным

!однократным

?Методом общедоступной и срочной лабораторной диагностики микобактерий туберкулеза в лечебно-профилактических учреждениях является

!люминесцентная бактериоскопия

!+прямая бактериоскопия мазка мокроты

!бактериологическое исследование

!простая микроскопия методом флотации

?Ранний клинический признак туберкулезного спондилита проявляется

!болью в области позвоночника при ходьбе

!нарушением функции тазовых органов

!+болью в области позвоночника в покое

!ограничением подвижности в области позвоночника

?К комплексу лечебных мероприятий, которые могут привести к излечению фиброзно-кавернозного туберкулеза, относят патогенетическую терапию, специфическую химиотерапию и

!+хирургическое лечение

!искусственный пневмоторакс

!искусственный пневмоторакс

!пневмоперитонеум

?Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза является основным методом выявления туберкулеза среди больных с

!+хроническими заболеваниями легких

!хроническим алкоголизмом

!длительным приемом иммунодепрессантов

!сахарным диабетом

?На медико-социальную экспертизу при туберкулезе больного направляют не позднее \_\_\_\_\_\_\_\_ лечения

!4-х месяцев

!30-и дней

!+12-и месяцев

!10-и месяцев

?При туберкулезе особое эпидемиологическое значение имеет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ путь передачи инфекции

!алиментарный

!внутриутробный

!контактный

!+воздушно-капельный

?Группа повышенного риска заболевания туберкулезом включает больных

!рематоидным артритом

!переболевших острым респираторным заболеванием

!кишечной инфекцией

!+язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки

?К наиболее часто поражаемой группе периферических лимфатических узлов туберкулезом относят

!+шейную

!паховую

!надключичную

!подмышечную

?К защитной реакции организма человека от туберкулезной инфекции относят фактор

!+клеточный иммунитета

!неспецифический защиты

!гуморальный иммунитета

!клеточно-гуморальный

?Иммунологические реакции при туберкулезной инфекции обусловлены

!развитием толерантности

!антителообразованием

!+гиперчувствительностью замедленного типа

!гиперчувствительностью немедленного типа

?Препаратами выбора у пациентов с подагрой являются

!мочегонные

!бета-адреноблокаторы

!+сартаны

!препараты центрального действия

?Типичным поражением почек при системной красной волчанке является

!поликистоз

!амилоидоз

!+гломерулонефрит

!пиелонефрит

?Наиболее частой причиной полиартрита с поражением дистальных межфаланговых суставов кистей является

!острая ревматическая лихорадка

!ревматоидный артрит

!системная красная волчанка

!+псориатическая артропатия

?Диагностическое значение при дерматомиозите имеет

!повышение уровня белков острой фазы

!умеренный лейкоцитоз

!наличие гемолитической анемии

!+высокая активность креатинфосфокиназы

?Для болезни Рейтера в диагностике характерно

!+обнаружение хламидий

!появление протеинурии

!повышение ревматоидного фактора

!повышение СОЭ

?К серонегативным спондилоартритам относят

!деформирующий остеоартроз

!+псориатический артрит

!ревматоидный артрит

!подагрический артрит

?Типичной для системной красной волчанки является малая триада симптомов

!+полиартрит, полисерозит,дерматит

!олигоартрит, пневмония, полимиоклонус

!олигоартрит, атрофия мышц, демодекоз

!полиартрит, хронический тонзиллит, уретрит,

?Персистирующий односторонний сакроилеит характерен для

!подагры

!болезни Бехтерева

!остеоартроза

!+синдрома Рейтера

?Отличительным признаком системной склеродермии от системной красной волчанки является

!+наличие в крови антител к антигену Scl-70

!поражение легких

!обнаружение ревматоидного фактора

!присутствие в крови единичных LE-клеток

?Характерным признаком дерматомиозита является

!остеолиз ногтевых фаланг

!«бабочка» на лице

!+резкая мышечная слабость

!деформация суставов

?При системной склеродермии симптомы сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, отсутствия слезы характерны для синдрома

!+Шегрена

!Жакку

!Рейно

!Тибъерже-Вайссенбаха

?К диагностическим критериям гранулематоза с полиангиитом относят

!полинейропатию

!миокардит

!ишемический колит

!+ринит, фарингит

?Самым частым вариантом поражения почек при системной красной волчанке является

!+гломерулонефрит

!амилоидоз

!энзимопатия

!тубулопатия

?Синдром Рейно чаще является первым проявлением

!узелкового полиартериита

!ревматоидного артрита

!дерматомиозита

!+системной склеродермии

?Для системной склеродермии характерно наличие

!геморрагической сыпи

!уртикарной сыпи

!гелиотропной эритемы

!+синдрома Рейно

?Критерием диагноза узелкового полиартрита является

!развитие полиартрита

!+наличие вируса гепатита В

!легочное кровотечение

!поражение верхних дыхательных путей

?Противопоказанием к назначению тиазидных диуретиков является

!сахарный диабет

!инсульт в анамнезе

!ИБС

!+подагра

?При системной красной волчанке наиболее частыми проявлениями поражения системы крови являются

!+гипохромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения

!дизэритропоэтическая анемия, нейтрофилез,тромбофилия

!сидероахрестическая анемия, лимфоцитоз, тромбоцитоз

!гемолитическая анемия, лейкоцитоз,тромбоцитопатия

?Для кожной формы красной волчанки характерен симптом

!Кёбнера

!Асбо-Хансена

!Никольского

!+Бенье-Мещерского

?Критерием диагноза системной красной волчанки является

!+серозит

!пульмонит

!гепатит

!полинейропатия

?К ортезам относятся

!давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей

!циркулярные (сплошные) повязки, применяемые для иммобилизации конечности и туловища при переломах

!средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки)

!+функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, туторы, бандажи, пояса и т.д.)

?Остеоартроз характеризуется наличием

!+нормальных показателей крови

!тромбоцитоза

!анемии

!лейкоцитоза

?При частичном разрыве скелетных мышц первая помощь не включает

!+изометрическую лечебную гимнастику и теплые ванны

!иммобилизацию конечности гипсовой лангетой или тугого бинтования в области повреждения мышцы

!футлярной новокаиновой блокады выше места повреждения

!отсасывающий массаж

?У больных артритами и артрозами на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает

!+лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу

!динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол

!динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол

!изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры

?Периодическое «заклинивание» сустава наиболее характерно для

!псориатической артропатии

!ревматоидного артрита

!подагры

!+остеоартроза

?Лабораторным маркером серонегативных спондилоартритов является:

!+HLAB27

!АЦЦП

!АНЦА

!АНФ

?Клинический и биохимический анализы крови при остеоартрите, как правило, демонстрируют:

!гипохромную анемию

!+нормальные показатели

!увеличение трансаминаз

!интенсивное воспаление

?К методам лечения, не входящим в комплекс лечения идиопатического сколиоза, относится:

!+медикаментозная терапия

!лечебная физкультура

!массаж

!мануальная терапия

?Узелки Гебердена и Бушара характерны для:

!болезни Бехтерева

!+остеоартроза

!ревматоидного артрита

!болезни Рейно

?Выявление болезненности в области крестцово-подвздошных суставов у больного с длительно текущим рецидивирующим моноартритом крупного сустава осевого скелета свидетельствует о

!псориатическом артрите

!ревматоидном артрите

!пояснично-крестцовом остеохондрозе

!+анкилозирующем спондилите

?Рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева) является:

!округлый дефект костей черепа

!остеофит пяточных костей и костей таза

!+двусторонний сакроилеит

!односторонний сакроилеит

?Наиболее частой причиной полиартрита с поражением дистальных межфаланговых суставов кистей является:

!системная красная волчанка

!острая ревматическая лихорадка

!ревматоидный артрит

!+псориатическая артропатия

?При анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева) первыми вовлекаются суставы:

!+корневые

!дистальные межфаланговые

!коленные

!проксимальные межфаланговые

?Примерные сроки нетрудоспособности после перенесенной ветряной оспы составляют (в днях):

!90

!60

!30

!+10

?Усреднённые показатели частоты предоставления и кратности применения видов лечебного питания включены в:

!+стандарты медицинской помощи

!клинические рекомендации

!порядки оказания медицинской помощи

!протоколы ведения пациентов

?Выдавать листок нетрудоспособности имеют право врачи:

!+поликлиник

!подстанций скорой помощи

!домов отдыха

!бюро судебно-медицинской экспертизы

?Выдавать листок нетрудоспособности имеют право врачи:

!+больниц

!бюро судебно-медицинской экспертизы

!подстанций скорой помощи

!домов отдыха

?Для расчёта инфекционной заболеваемости необходимы данные о числе инфекционных заболеваний, зарегистрированных в данном году, и:

!социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году

!заболеваний.выявленных впервые в жизни

!+среднегодовой численности населения

!заболеваний, зарегистрированных на данной территории

?Для решения организационных задач в здравоохранении применяется \_\_\_\_\_\_ подход:

!кадрово-финансовый

!статистический

!+системный управленческий

!социологический

?Страховщиком при обязательном медицинском страховании является:

!орган исполнительной власти субъектов РФ

!медицинская организация

!организация или индивидуальный предприниматель

!+Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

?Оборот койки определяется отношением числа госпитализированных больных к:

!числу дней в году

!+среднегодовому числу коек

!среднему времени пребывания больного на койке

!числу дней работы койки в году

?Абсолютную эффективность финансовой деятельности медицинской организации характеризует

!доход

!+рентабельность

!выручка

!прибыль

?Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степенью выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами

!II (в диапазоне от 40 до 70 %)

!+III (в диапазоне от 70 до 80 %)

!II (в диапазоне от 40 до 60 %)

!III (в диапазоне от 70 до 90 %)

?После выдачи листка нетрудоспособности больной направляется на врачебную комиссию через (день)

!20

!10

!+15

!30

?Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия‚ то договор считается

!заключенным на срок не менее одного года

!заключенным на срок не менее двух лет

!недействительным

!+заключенным на неопределенный срок

?Причина инвалидности с формулировкой «инвалид с детства» устанавливается гражданам, у которых инвалидность наступила в возрасте до достижения (в годах)

!16

!+18

!17

!21

?Реабилитация инвалидов -это система и процесс полного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ деятельности

!или частичного восстановления способности инвалида к бытовой и общественной

!+или частичного восстановления способности инвалида к бытовой,общественной и профессиональной

!восстановления способности инвалида к бытовой, общественной и профессиональной

!восстановления способности инвалида к бытовой

?Титульный лист амбулаторной карты пациента оформляется первично

!+в регистратуре

!при проведении диспансеризации

!на дому

!на приеме врача

?От фонда оплаты труда предприятия, учреждения и организации отчисляют в ФОНД ОМС (в %)

!2,1

!1,1

!3,1

!+5,1

?Паспортная часть медицинской карты амбулаторного больного (форма №025/у) заполняется

!+медицинским регистратором

!врачом-статистиком

!врачом-терапевтом

!медицинской сестрой

?Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья

!со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности

!со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты

!с временным расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности

!+со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты

?Лечащий врач может единолично и единовременно выдавать листок нетрудоспособности на срок до (в днях)

!5

!+15

!7

!20

?Категория «ребенок-инвалид» устанавливается

!+на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет

!бессрочно после первого освидетельствования

!на 2 года либо до достижения гражданином возраста 16 лет

!на 1 год либо до достижения гражданином возраста 16 лет

?На медико-социальную экспертную комиссию при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе больного направляют не позднее\_\_\_\_\_\_\_\_ лечения

!10-и месяцев

!+120-и дней

!12-и месяцев

!30-и дней

?Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте 18 лет и старше является нарушение здоровья с/со\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами

!IV (от 90 до 100 %)

!I и более (от 10 до 100 %)

!+II и более (от 40 до 100 %)

!III и более (от 70 до 100 %)

?Страхователем для неработающих граждан в обязательном медицинском страховании является

!страховое учреждение

!+орган исполнительной власти субъектов РФ

!организация или индивидуальный предприниматель

!медицинская организация

?Выделяют \_\_\_\_\_ степени выраженности стойких нарушений функций организма человека

!5

!3

!2

!+4

?Для получения листка нетрудоспособности пациент должен предоставить

!страховой медицинский полис

!медицинскую карту амбулаторного больного

!+паспорт

!письменное разрешение главного врача поликлиники

?При очевидном благоприятном клиническом и трудовом прогнозе после травм и реконструктивных операций пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы не позднее \_\_\_ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

!9

!+10

!7

!8

?Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность, является

!медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре

!+листок нетрудоспособности

!страховой медицинский полис

!справка установленной формы

?Если руководитель советуется с подчинёнными, используя их компетентность по специальным вопросам, это \_\_\_\_\_\_\_ стиль руководства

!либеральный

!авторитарный

!+демократический

!иерархический

?Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования

!инвалидам по профессиональному заболеванию

!+инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами

!детям-инвалидам

!инвалидам I группы

?Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность граждан в период их пребывания за границей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ заменены на листок нетрудоспособности установленного в рф образца

!по решению врачебной комиссии должны быть

!+после легализированного перевода по решению врачебной комиссии могут быть

!по решению врачебной комиссии могут быть

!после легализированного перевода по решению врачебной комиссии должны быть

?В случае, если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности занят у нескольких работодателей, а в предшествующих 2-х календарных годах был занят у других работодателей, ему выдается

!несколько листков нетрудоспособности, для предъявления по каждому месту работы не зависимо от стажа работы

!один листок нетрудоспособности для предоставления по основному месту работы

!два листка нетрудоспособности

!+один листок нетрудоспособности для предоставления по одному из последних мест работы по выбору гражданина

?Порядки оказания медицинской помощи утверждаются на \_\_\_\_\_\_ уровне

!региональном

!+федеральном

!областном

!муниципальном

?Медицинская карта амбулаторного больного (форма №025/у) хранится

!у пациента

!у главного врача

!+в регистратуре

!в кабинете лечащего врача

?При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения, листки нетрудоспособности продлеваются на весь период

!санаторно-курортного лечения и время проезда, но не более, чем на 30 календарных дней

!+санаторно-курортного лечения и время проезда, но не более, чем на 24 календарных дня

!санаторно-курортного лечения и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков

!санаторно-курортного лечения

?Листок нетрудоспособности может быть выдан

!находящимся под стражей

!проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов

!находящимся под административным арестом

!+обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если выявлены признаки временной нетрудоспособности

?К формам медицинской помощи относят

!+экстренную, неотложную, плановую

!амбулаторную, стационарную, дневной стационар

!первичную медико-санитарную, скорую, специализированную, паллиативную

!по врачебным специальностям

?Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники, войдёт в статистику

!патологической поражённости

!первичной заболеваемости

!профессиональной заболеваемости

!+общей заболеваемости

?Целью медицинского страхования в России является

!+гарантирование гражданам медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств

!упорядочение отчётности медицинских организаций

!усиление ответственности медицинских работников за качество медицинской помощи

!сохранение и укрепление здоровья населения

?Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в

!долях от целого

!десятичных долях

!+процентах

!субъективных характеристиках

?Этапы оказания медицинской помощи включены в

!клинические рекомендации

!+порядки оказания медицинской помощи

!стандарты медицинской помощи

!протоколы ведения пациентов

?Субъектами обязательного медицинского страхования являются

!орган управления здравоохранением, медицинское учреждение, граждане, страховая организация

!+фонд медицинского страхования, медицинское учреждение, граждане, страховая организация

!фонд медицинского страхования, орган управления здравоохранением, граждане, страховая организация

!фонд медицинского страхования, медицинское учреждение, граждане, орган управления здравоохранением

?Ко второй диспансерной группе онкобольных относят пациентов с

!запущенными формами рака

!предраковым заболеванием

!подозрением на рак

!+раком, подлежащим лечению

?Для расчёта патологической поражённости необходимы данные о числе случаев

!+заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

!конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний

!всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

!конкретного заболевания и среднегодовой численности населения

?III cтепень стойких нарушений функций организма - это выраженные нарушения в диапазоне от\_\_\_\_ до (в процентах)

!60; 70

!70; 85

!+70; 80

!60; 80

?Для расчёта конкретного вида заболеваемости необходимы данные о числе случаев конкретного заболевания и

!числе лиц, прошедших медосмотр

!+среднегодовой численности населения

!численности трудоспособного населения

!числе случаев заболеваний в предыдущие годы

?Показанием к госпитализации в отделение паллиативной помощи является

!необходимость проведения дезинтоксикационной терапии, нормализации показателей крови

!наличие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому

!+необходимость изоляции больного в связи с текущим инфекционным процессом

!необходимость проведения пациенту системной антибактериальной терапии

?Студентам в случае заболевания с утратой нетрудоспособности выдаётся

!справка произвольной формы

!листок нетрудоспособности

!выписной эпикриз

!+справка установленной формы

?Федеральный и территориальный ФОМС являются \_\_\_\_ организациями

!государственными бюджетными

!+некоммерческими

!коммерческими

!государственными казёнными

?К первичным факторам риска заболеваний относят

!сахарный диабет

!гиперхолестеринемию

!артериальную гипертензию

!+злоупотребление алкоголем

?Листок нетрудоспособности выполняет функции

!+юридическую, финансовую, статистическую

!государственную, финансовую, диагностическую

!государственную, юридическую

!финансовую, статистическую, диагностическую

?Срок действия санаторно-курортной карты составляет

!6 месяцев

!10 дней

!30 дней

!+2 месяца

?Современная система оплаты труда в здравоохранении является

!сдельной

!повременной

!+стимулирующей

!комиссионной

?В российской федерации зарегистрированы ТТС (трансдермальные терапевтические системы)

!морфина и фентанила

!морфина и бупренорфина

!+фентанила и бупренорфина

!фентанила и трамадола

?При нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения, выдаётся

!справка произвольной формы

!справка о нетрудоспособности

!+листок нетрудоспособности с отметкой

!выписной эпикриз

?Медицинское страхование является формой

!ответственности за неисполнение рекомендаций врача

!+социальной защиты интересов населения в охране здоровья

!обязательств по предоставлению пособий по нетрудоспособности

!охраны жизни, трудоспособности человека

?Согласие больного или его законного представителя на медицинское вмешательство следует получать всегда

!при проведении медицинского вмешательства

!+кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно

!когда медицинское вмешательство неотложно

!когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке

?Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10000 населения оценивается по

!заболеваемости

!соотношению врачебного и среднего медицинского персонала

!+штатным должностям

!численности населения на врачебных участках

?Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи должна включать

!+объём соответствующего вида медицинской помощи

!стандарт медицинской помощи

!порядок оказания медицинской помощи

!протоколы ведения пациентов

?Диагноз и все последующие разделы медицинской карты амбулаторного больного (форма №025/у) заполняются

!заведующим отделением

!+лечащим врачом

!медицинской сестрой

!медицинским регистратором

?Основным документом стационара является

!годовой отчёт больницы

!экстренное извещение об остром инфекционном заболевании

!+медицинская карта стационарного больного

!информированное добровольное согласие пациента

?Иностранным гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности выдаётся

!выписной эпикриз

!справка произвольной формы

!+листок нетрудоспособности

!справка установленной формы

?Уровнями экспертизы временной нетрудоспособности являются

!лечащий врач, заведующий отделением, зам. главного врача по КЭР

!лечащий врач, врачебная комиссия учреждения, первичное бюро медико-социальной экспертизы

!+лечащий врач и врачебная комиссия учреждения

!врачебная комиссия медицинской организации и департамент здравоохранения города

?Среднее число дней работы койки в году определяется отношением числа \_\_\_\_\_\_ к числу

!+койко-дней; выписанных больных

!койко-дней; коек

!койко-дней; дней в году

!выписанных больных; коек

?Высокотехнологичная помощь является частью помощи

!+специализированной

!первичной медико-санитарной

!паллиативной

!скорой

?Дата закрытия листка нетрудоспособности пациента, явившегося на прием к врачу с опозданием на 5 дней, будет соответствовать дню

!предшествующему дню явки

!когда он должен был явиться на прием

!когда он должен был явиться на прием с отметкой о нарушении режима

!+явки с отметкой о нарушении режима

?Правила организации деятельности медицинской организации (её структурного подразделения, врача) включены в

!стандарты медицинской помощи

!+порядки оказания медицинской помощи

!клинические рекомендации

!протоколы ведения пациентов

?Медицинские заключения выдаются без согласия гражданина или его законного представителя

!работодателю

!родителям

!+органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе

!мужу или жене

?В перечень медицинских услуг в системе ОМС входят

!медицинские услуги с учётом затрат на их выполнение врачебным и средним медицинским персоналом

!все медицинские услуги, выполняемые в учреждении здравоохранения

!+медицинские услуги, оплачиваемые из средств ОМС

!медицинские организации, оказывающие услуги из средств ОМС

?Частнопрактикующий врач имеет право продлить листок нетрудоспособности до (в днях)

!+15

!7

!20

!5

?К видам медицинской помощи относится

!+скорая

!экстренная

!неотложная

!плановая

?На медико-социальную экспертизу пациента направляет

!консилиум специалистов

!+врачебная комиссия

!лечащий врач

!главный врач

?К методам реабилитации при хроническом синусите у детей на 1-м этапе относят

!+магнитотерапию

!терренкур

!импульсные токи

!аэроионотерапию

?Оптимальным сроком назначения физиотерапевтического лечения гинекологических больных является\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ менструального цикла

!до начала

!+5-7 день

!через одну неделю после окончания цикла

!через две недели после окончания

?Специальным приемом массажа для уменьшения отека при травме является

!+выжимание

!прерывистая вибрация

!поглаживание

!разминание

?В комплексное лечение детского церебрального паралича (ДЦП) входят лечение положением,

!ЛФК, физиотерапия

!ЛФК, гипноз

!+ЛФК, массаж

!физиотерапия, гипноз

?Проведение акупунктуры нежелательно сочетать с

!нестероидными противовоспалительными препаратами

!+ганглиоблокаторами, гормонами

!антибиотиками

!антихолинэстеразными препаратами

?В лечебной гимнастике больных поясничным остеохондрозом при затухающем обострении не включают

!упражнения на расслабление мышц

!статические напряжения мышц спины и живота

!+динамические упражнения в поясничном отделе с максимальной амплитудой и упражнения с гантелями

!упражнения на растяжение позвоночника и статические напряжения мышц спины и живота

?Для лиц в пожилом возрасте характерными реакциями на физическую нагрузку являются

!+медленная врабатываемость, удлинение восстановительного периода после нагрузки, низкий функциональный резерв

!медленная врабатываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв

!быстрая врабатываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв

!средняя врабатываемость, средняя продолжительность восстановительного периода после нагрузки, средний функциональный резерв

?У больных артритами и артрозами на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура исключает

!ходьбу

!гимнастику в бассейне

!лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств

!+волейбол

?К принципам рефлексотерапии при аллергических дерматитах относят

!+стимуляцию сегментарных и местных точек, прогревание очагов поражения

!прогревание местных точек

!прогревание точек общего действия

!стимуляцию точек общего действия

?Оценка эффективности ЛФК у больных с невритом лучевого нерва не определяется

!+изменением чувствительности

!амплитудой движений в суставах кисти и пальцев

!силой мышц-разгибателей кисти (по данным динамометрии)

!динамикой симптома свисающей кисти

?У больных артритами и артрозами на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает

!динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол

!динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол

!изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры

!+лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу

?Реабилитационные мероприятия включают

!только проведение восстановительной терапии и санаторно-курортного лечения

!санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование, обеспечение собаками-проводниками, специализированными автомобилями, психологическую реабилитацию

!+восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование, обеспечение профессиональной ориентации инвалидов

!снабжение техническими средствами реабилитации и психологическую реабилитацию

?Бальнеология основана на использовании

!физических упражнений

!растительных экстрактов в виде эссенций или эфирных масел

!особенностей климата

!+минеральных вод и лечебных грязей

?При амбулаторном проведении цитостатической терапии необходимо проводить

!ежедневный осмотр гематолога

!+регулярные анализы крови

!регулярные анализы мочи

!профилактическое назначение антибиотиков

?Первый период ЛФК при спланхноптозе продолжается \_\_\_\_\_\_\_недель/ недели

!10

!+4-6

!2-3

!до 15

?В периоде иммобилизации у больных острой травмой не применяют

!+упражнения на равновесие и на выносливость

!идиомоторные упражнения

!динамические упражнения для здоровых суставов

!изометрическое напряжение мышц травмированной зоны (статические упражнения под гипсом)

?К принципам рефлексотерапии при аллергических дерматитах относят

!прогревание точек общего действия

!стимуляцию точек общего действия

!прогревание местных точек

!+стимуляцию сегментарных и местных точек, прогревание очагов поражения

?Больному нейроциркуляторной дистонией целесообразно назначить ПЕМП на воротниковую область и

!лазеротерапию на область сердца, грязелечение на воротниковую область

!+общие йодобромные ванны, лечебную гимнастику в бассейне, контрастные ванны

!подводный душ-массаж, общую криотерапию

!скипидарные ванны, велотренировки

?В лечебной гимнастике больных шейным остеохондрозом с синдромом вертебро-базилярной артерии не применяют упражнения

!на тренировку равновесия

!статического напряжения мышц шеи и головы

!+с максимальной амплитудой в шейном отделе позвоночника

!на координацию движений

?К показаниям к лечебной физкультуре при гинекологических заболеваниях относят

!острые воспалительные процессы женских половых органов

!+хронические аднекситы

!маточное кровотечение

!наличие кисты на ножке

?При лечении травмы в периоде иммобилизации не используют

!+лечебную гимнастику в воде

!лечебную гимнастику

!занятия физическими упражнениями по заданию

!обучение двигательным навыкам бытового характера

?При нейровертеброгенных синдромах применение аурикулопунктуры целесообразно

!через несколько дней от манифестации болей и в ходе всего курса лечения

!+с момента развития болевого синдрома и в ходе всего курса лечения

!с момента развития болей, но всего несколько процедур

!через несколько дней от манифестации болей

?Оценка эффективности ЛФК у больных с невритом лучевого нерва не определяется

!динамикой симптома свисающей кисти

!силой мышц-разгибателей кисти (по данным динамометрии)

!амплитудой движений в суставах кисти и пальцев

!+изменением чувствительности

?Задачи ЛФК при болезнях суставов исключают

!улучшение кровообращения и питания сустава

!противодействие развитию тугоподвижности сустава

!повышение работоспособности больного

!+снятие болей в покое

?Интенсивность массажа в возрасте от 60 лет и старше в начале курса

!умеренная

!не имеет значения

!сильная

!+слабая

?К противопоказаниям для контрастного умывания относят

!ринит вне стадии обострения

!хронический тонзиллит

!+острые синусит, тонзиллит

!синусит вне стадии обострения

?В лечебной гимнастике больных шейным остеохондрозом с синдромом плече-лопаточного периартрита не применяют упражнения

!с гантелями весом до 1 кг

!+на тренировку равновесия

!на гребном тренажере

!на расслабление мышц рук и плечевого пояса

?В ходе лечения больного с рефлекторным нейро-сосудистым поясничным синдромом целесообразна стимуляция

!алгических и точек шейно-воротниковой зоны

!алгических и отдаленных «антиспастических» точек

!исключительно алгических точек

!+алгических, «антиспастических» и точек шейно-воротниковой зоны

?Наиболее вероятным фактором риска венозных тромбоэмболических осложнений является:

!+Длительная иммобилизация

!Ожирение

!Варикозное расширение вен

!Дегидратация

?Дабигатран этексилат является

!+прямым ингибитором тромбина

!ингибитором фактора Ха

!ингибитором фактора VII

!ингибитором фактора свертывания II

?Ривароксабан является

!прямым ингибитором тромбина

!+ингибитором фактора Ха

!ингибитором фактора VII

!ингибитором фактора свертывания II

?Апиксабан является:

!прямым ингибитором тромбина

!+ингибитором фактора Ха

!ингибитором фактора VII

!ингибитором фактора свертывания II

?Варфарин является:

!ингибитором фактора Ха

!прямым ингибитором тромбина

!+блокатором образования факторов свертывания крови II, VII, IX и Х

!стимулятором образования факторов свертывания крови II, VII, IX и Х

?Потенциальным источником кардиогенной эмболии является:

!+фибрилляция предсердий любой этиологии

!иммобилизация

!травма

!беременность

?Большие плановые хирургические вмешательства целесообразно проводить на фоне отмены варфарина за

!+5 дней

!3 дня

!4 дня

!2 дня

?Ривароксабан и апиксабан до планового хирургического вмешательства достаточно отменить за

!12 часов

!+24 часа

!6 часов

!3 часа

?Перед плановыми хирургическими вмешательствами дабигатран отменяют при СКФ>80мл/мин и обычном риске кровотечений за:

!12 часов

!6 часов

!+24 часа

!48 часов

?Абсолютным противопоказанием к антикоагулянтной терапии является ишемический инсульт давностью:

!+менее 3- х дней

!менее 2 –х дней

!в 1-й день

!в первые 12 часов

?Если после операции был обеспечен адекватный гемостаз, то прием варфарина может быть возобновлен через

!+12-24 часа

!3 часа

!6 часов

!4 часа

?При тяжелых/жизнеугрожающих кровотечениях на фоне приема НОАК активированный уголь показан и эффективен в течение \_\_\_\_\_ после приема препарата

!+1-2 часов

!3 часов

!4 часов

!5 часов

?Отмена варфарина производится перед таким плановым хирургическим вмешательством, как:

!экстракция катаракты

!удаление папилломы

!экстракция зуба

!+грыжесечение

?К оперативным вмешательствам, не требующим в обязательном порядке отмены антикоагулянтов относятся:

!+аппендэктомия

!вскрытие абсцесса

!вмешательства по поводу глаукомы

!позиционирование импланта

?К операциям с обычным риском кровотечений относятся:

!люмбальная диагностическая пункция

!+ангиография

!биопсия печени

!полостная операция

?Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец

!Т.

!+Q.

!R.

!S.

?Над зоной Q-инфаркта миокарда в острый период на ЭКГ выявляется

!+патологический зубец Q;

!конкордантный подъем сегмента ST;

!низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях.

!депрессия сегмента ST

?Зону ишемии на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец

!+Т.

!Q.

!R.

!S.

?Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если имеются

!+комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6

!регресс амплитуды зубца R

!зазубрины на вершине зубца R в отведениях V 5-V6

!зазубрины на вершине зубца R в отведениях I, AVL

?Наиболее информативным ЭКГ-признаком для диагностики инфаркта правого желудочка является подъем сегмента ST в отведениях

!V3 и V4

!V1R и V2R

!+V3R и V4R

!III и AVF

?Подострая стадия инфаркта миокарда на ЭКГ характеризуется

!появлением патологического зубца Q

!появлением отрицательного зубца Т

!+смещением сегмента ST к изолинии

!уменьшением амплитуды отрицательного зубца Т

?Продолжительность острейшей стадии инфаркта миокарда до \_\_\_\_ часов

!+6

!3

!2

!4

?Для инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка ведущими являются следующие отведения

!I,II, А VL,

!+II, III, А VF

!V1 – V6

!V1-V3

?Наиболее характерным признаком острого трансмурального инфаркта миокарда является

!отрицательный зубец Т

!+наличие комплекса QS и монофазный подъем сегмента ST

!регресс амплитуды зубца R

!глубокий патологический зубец Q

?На ЭКГ острейшая стадия инфаркта миокарда характеризуется

!формированием отрицательного зубца Т

!+монофазным подъемом сегмента ST

!регрессом амплитуды зубца R

!наличием комплекса QS

?Для инфаркта миокарда боковой стенки левого желудочка ведущими являются следующие отведения:

!III, АVR, VI-У2

!+I, АУL, V 5- V 6

!II, III, АVR, V 3-V4

!II, III

?Абсолютным ЭКГ признаком перенесенного инфаркта миокарда считается

!+глубокий патологический зубец Q

!отрицательный зубец Т

!подъем сегмента SТ

!депрессия сегмента SТ

?Что такое лейкозы:

!региональное опухолевое заболевание кроветворной ткани

!злокачественная опухоль на эпителии

!+системное опухолевое заболевание кроветворной ткани

!злокачественная опухоль из мезенхимы

?К острому лейкозуотносят:

!лимфогранулематоз

!+лимфобластный

!миеломную болезнь

!лимфоцитарный

?Гисто (цито)-генетической формой хронического лейкоза является:

!острый

!хронический

!лейкемический

!+миелоцитарный

? Лейкозыклассифицируют по:

!длительности течения

!+степени дифференцировки опухолевых клеток и характеру течения

!локализации лейкемических инфильтратов

!особенности клинического течения

?В состав лейкемических инфильтратов при хроническом миелоидном лейкозе преимущественно входят:

!миелобласты

!+миелоцитарные опухолевые клетки

!миеломные клетки

!лимфобласты

?В состав лейкемических инфильтратов при остром лимфолейкозе преимущественно входят:

!лимфоциты

!+лимфобласты

!миелобласты

!ретикулярные клетки

?Характерным проявлением острого лейкоза является:

!+некротическая ангина

!кахексия

!хроническая сердечная недостаточность

!острая почечная недостаточность

?В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит:

!длительность течения

!+степень дифференцировки опухолевых клеток и характер течения

!гисто (цито)-генез лейкозных клеток

!количество лейкоцитов в периферической крови

?К острому лейкозу относится:

!+недифференцированныйлейкоз

!миеломная болезнь

!миелоцитарный лейкоз

!лимфоцитарный лейкоз

?Признаком, характерным для обострения лейкоза является:

!желтуха

!+бластный криз

!острая сердечная недостаточность

!острая почечная недостаточность

?Частым осложнением острого лейкоза является:

!кахексия

!ожирение

!+некротическая ангина

!амилоидоз

?К хроническому лейкозу относится:

!лимфогранулематоз

!+лимфоцитарный

!лимфобластный

!лимфосаркома

?В органах кроветворения при остром лейкозе обнаруживается:

!лейкозные инфильтраты из зрелых («цитарных») элементов

!склероз

!атрофия

!+лейкозные инфильтраты из бластных клеток

?Объективное исследование пищеварительной системы начинают:

!+с осмотра ротовой полости

!оценки состояния зубов

!с осмотра живота

!с оценки формы живота

?При язвенной болезни язык:

!имеет влажную бархатистую поверхность

!сухой, шершавый, как щетка

!+напоминает внешне сочную спелую ягодку

!гладкий, как бы полированный

?Частный признак хронического гастрита:

!+обложенный язык с налётом белого цвета

!обложенный язык бело-желтовато цвета

!язык с диффузно-красным окрашиванием

!язык равномерно розового цвета с беловатой окраской у корня

?При ожирении ширина складки в околопупочной области составляет:

!1 см

!2-3 см

!+4-5 см

!менее 1 см

?Поверхностная пальпация живота проводится для решения одной из следующих задач:

!+выявление зон болезненности передней брюшной стенки

!прощупывание органов брюшной полости в определенной последовательности

!исследование паренхиматозных органов (печени, селезёнки и почек)

!выявление пальпаторных изменений тонкой кишки при разных патологических состояниях

?При висцероптозе живот имеет форму:

!полушария, не изменяющегося при перемене положения тела

!"лягушачьего живота" с выбухающим пупком

!+в виде отвислого живота, напоминающего "свисающий фартук"

!шара со сглаженным пупком

?Исследование желудочной секреции проводится с помощью желудочного зондирования:

!+утром натощак после 12 часового голодания

!после применения пробного завтрака

!после аспирации желудочного содержания

!после промывания желудка физиологическим раствором

?К основному методу диагностики хронического гастрита относится:

!желудочного зондирование

!рентгеноскопию

!ФЭГДС

!+гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка

?Нормальные показатели объёма базальной желудочной секреции в мл/ч составляют:

!+50

!50 - 100

!100 - 140

!180 – 220

? Дебит свободной HCl в ммоль/ч по субмаксимальной стимуляции гистамином составляют:

!0,5 - 1,0

!1 – 2

!+6,5 - 12

!16 – 24

? Показатель рН желудочного содержимого при гиперацидном характере кислотопродукции равен:

!1,3 - 1,7

!1,7 - 3,0

!3,5 - 4,0

!+1,0 - 1,3

?Обзорная рентгенограмма брюшной полости проводится при наличии у пациента:

!язвенной болезни желудка

!язвенной болезни 12-ти перстной кишки

!+симптомов острого живота

!хронического панкреатита

?Основной рентгенологический признак язвы:

!задержка эвакуации контрастной массы из желудка

!ригидность и утолщение стенок антрального отдела желудка

!+симптом "ниши" (контура или рельефа) с воспалительным валиком вокруг нее.

!грубый ячеистый и неравномерный рисунок рельефа слизистой ("зернистый рельеф")

?Укажите, какой из приведенных способов рентгенологического исследования желудка и 12-ти перстной кишкииспользуются наиболее часто:

!обзорная рентгенография брюшной полости

!+искусственное контрастирование желудка путем приема внутрь "контрастного завтрака"

!пневмография желудка

!паристография желудка

?Паристография желудка это:

!введение бариевой взвеси в условиях гипотонии желудка и 12-ти перстной кишки, вызванной действием фармакологических средств

!+раздувание желудка газом в сочетании с введением газа в брюшную полость

!раздувание желудка газом

!раздувание желудка и 12-ти перстной кишкивоздухом после введения в них небольшого количества бариевой взвеси

?"Золотым стандартом" диагностики Н pylori считается:

!дыхательный уреазный тест с мочевиной меченной изотопом углерода С13

!исследование биоптапа методом фазово-контрастной микроскопии

!+цитологический метод выявления Н pylori в мазках отпечатках с гастробиоптата

!выявление антител к Н pylori в крови

?Задачи отделения паллиативной помощи:

!проведение консультаций и обучения родственников уходу за больными ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими и/или психическими нарушениями

!+комплексная поддержка умирающих больных, подбор терапии, решение социальных вопросов и оказание духовной поддержки, проведение консультаций

!решения социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях

!проведении обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными больными ВИЧ-инфекцией

?Первый хоспис по инициативе и активном личном участии проф. Виноградовой Е.Н.был открыт \_\_\_\_\_\_году.

!2000

!2001

!+2002

!1999

?Лица, осуществляющие уход за пациентом с ВИЧ, должны знать и понимать следующее положение:

!+риск заражения ВИЧ

!опасность заражения только при бытовых контактах

!риска заражения нет

!в процессе ухода не обязательно надевать перчатки, использовать моющие средства и т.д.

?Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает:

!+профилактику и ранее их выявление

!философский подход

!гигиенические действия

!превентивные меры

?Препарат, применяющийся при сильных болях при онкологии:

!дезоморфин

!героин

!+морфин

!панангин

?Паллиативная помощь-это:

!помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт

!помощь, обеспечивающая, функциональность и социальную поддержку пациентам

!+помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно

!помощь, обеспечивающая духовную поддержку пациентам

?Как обычно больные попадают в хоспис?

!+по направлению лечащего врача онкодиспансера или районного онколога по месту жительства

!сами приходят

!госпитализируются скорой медицинской помощью

!по рекомендациям знакомых

?Какие службы есть у хосписа?

!выездная (патронажная) служба

!+выездная (патронаж) служба и стационар

!стационар

!дневное посещение стационара

? Целью паллиативной помощи является облегчение страданий \_\_\_\_\_\_ больного.

!+инкурабельного

!онкологического

!ВИЧ-инфицированного

!страдающего злокачественными новообразованиями

?Возбуждение и беспокойное поведение больного сопровождающееся стонами и гримасами часто истолковывают как свидетельство:

!+физической боли

!постепенного угасания сознания

!душевной боли

!признаков депрессии

?Этическим долгом медицинских работников в области паллиативной медицины является:

!+облегчение страданий больного

!отношение к нему с сочувствием и уважением

!понимание потребности больного

!удовлетворение его социальных потребностей

?Целью паллиативной помощи является:

!активная всесторонняя помощь пациентам

!внедрение мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание

!психосоциальная и духовная поддержка пациента

!+достижение наилучшего качества жизни больных и их семей

?Основными физическими проблемами инкурабельного больного и членов его семьи являются:

!+боль и другие симптомы, раны, питание

!контроль основного заболевания и сопутствующей патологии

!беспокойство, страхи, злость

!потеря, горечь страдания

?Активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной это:

!симптоматическое лечение

!активная поддерживающая терапия

!+паллиативная помощь

!наружная лучевая терапия

?Главной целью паллиативной медицинской помощи является:

!+достижение качества жизни умирающего пациента, максимально приближенного к качеству жизни здорового человека

!психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников

!удовлетворение духовных потребностей больного и его близких

!решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью

?Облегчение страданий при онкологии это:

!+действие, направленное на уменьшении боли при онкологии

!этический долг медицинских работников

!помощь в гигиенических процедурах

!помощь в кормлении пациента

?Пациенты с онкологией испытают сильную боль на \_\_\_\_\_стадии.

!+на каждой

!на 2

!на 3

!на 4

?Хоспис – это:

!платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком

!бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком

!платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала

!+бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала

?Основой успеха паллиативной помощи является:

!+длительное профессиональное постоянное наблюдение за больным

!профессионализм персонала

!сила воли пациента

!обеспеченность требующимися медикаментами

?В основании концепции хосписа лежитидея:

!собрать всех больных в одном месте

!+паллиативной помощи

!изоляции больных от общества

!помочь родственникам больного

?Паллиативное лечение не решает задачу:

!обеспечить уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов

!психологической и духовной поддержки больного

!по поддержанию у больного способности как можно более длительно вести активную жизнь

!+по оказанию помощи семье больного во время его болезни

?Синонимом слова инкурабельный больной является \_\_\_\_\_\_ больной.

!+неизлечимый

!страдающий

!умирающий

!онкологический

?В последние дни и часы жизни в организме происходит ряд физиологических изменений таких как:

!+прекращение приема пищи и жидкости

!потребность поворачиваться

!возникновение целого спектра эмоций и страхов

!отсутствие боли

?Изменения, связанные с процессом умирания, обусловлены рядом одновременно происходящих необратимых\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ процессов.

!+Неврологических

!психологических

!физических

!социальных

?Основная помощь больному состоитв:

!+постоянном общении

!понимании потребности больного

!отношении к нему с сочувствием и уважением

!удовлетворении его психических, социальных и духовных потребностей

?К жизнеподдерживающему лечению относятся:

!+искусственная вентиляция легких, экстракорпоральный диализ с помощью аппарата «искусственная почка», искусственное питание

!купирование тягостных симптомов

!обезболивание

!психологическая поддержка

?Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает:

!+профилактику и ранее их выявление

!философский подход

!гигиенические действия

!превентивные меры

?Концепция хронической болезни почек предложена группой экспертов (США) в\_\_\_\_\_ году.

!2000

!+2002

!2007

!2010

?В России средний возраст больных, получающих заместительную почечную терапию составляет \_\_\_\_\_ лет.

!35

!+47

!55

!60

?С целью унификации подходов к диагностикехронической болезни почек рекомендуется оценивать СКФпо:

!формуле Кокрофта-Голта

!формуле МДRД

!пробе Реберга-Тареева

!+по методому СКД-EPI

?Нормальным уровнем альбуминурии считается мочевая экскреция альбумина \_\_\_ мг/сут.

!> 30

!20

!15

!+10

?Исследование экскреции альбумина с мочой следует проводить при уровне протеинурии:

!2 г/сутки

!1 г/сутки

!0,5 г/сутки

!+< 0,5 г/сутки

?К немодифицируемым факторам риска ХБП относится:

!+пожилой возраст

!табакокурение

!системные инфекции

!ожирение

?Пациентам с ХБП и АГ следует назначить:

!допегит

!альфа-адреноблокаторы

!+иАПФ

!антагонисты альдостерона

?Коррозивный гастрит возникает в результате попадания в желудок:

!+солей тяжелых металлов

!НПВП

!желчных кислот

!панкреатических ферментов

?Распространенность хронического гастрита среди заболеваний желудка составляет \_\_\_%.

!40

!50

!75

!+85

?Хронический гастрит типа A характеризуется:

!нормальным уровнем гастрина в крови

!сниженным уровнем гастрина в крови

!+высоким уровнем гастрина в крови

!снижением выработки гастрина G клетками антрального отдела желудка

?Местные расстройства при хроническом гастрите характеризуются следующими симптомами:

!+тяжестью и чувством давления в подложечной области

!язвенноподобными болями

!заедами в углах рта

!жжением в подложечной области

?Хронический антральный гастрит протекает:

!с гипосекрецией соляной кислоты

!с ахилией

!+с гиперсекрецией соляной кислоты

!с нормальной секрецией кислоты

?К ингибиторам протоновой помпы относится:

!+омепразол

!фамотидин

!маалокс

!циметидин

?В качестве мер, позволяющих повысить эффективность стандартной тройной терапии рекомендуется добавить к данной схеме:

!сукральфат

!ребамипид

!+висмута трикалия дицитрат

!фосфалюгель

?При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после эрадикационной терапии H pylori целесообразно продолжить прием:

!ингибиторов протоновой помпы в течение 8 недель

!+висмута трикалия дицитрата до 4-8 недель

!итоприда гидрохлорида 6-8 недель

!сукральфата до 8 недель

?Наиболее достоверным методом диагностики хронического гастрита является:

!осмотр пациента

!лабораторное исследование

!+эндоскопическое исследование с биопсией

!внутрижелудочковая рН-метрия

?Эозинофильный гастрит встречается при:

!болезни Крона

!туберкулезе

!+системном аллергозе

!саркоидозе

?Причиной гранулематозного гастрита являются:

!+микозы

!системные аллергозы

!лимфомы желудка

!дефекты в иммунной системе слизистых оболочек

?Какие из лабораторных данных исследования периферической крови и сыворотки крови информативны при оценке активности саркоидоза?

!эозинофилы, базофилы, уровень щелочной фосфатазы

!эритроциты, гемоглобин, гамма-глутамилтрансфераза

!базофилы, калий, натрий, медь

!тропонины, цинк, амилаза

!+кальций, ангиотензин-превращающий фермент

?Наиболее характерным поражением глаз при саркоидозе является:

!быстро прогрессирующая близорукость

!некорригируемый астигматизм

!+задний и передний увеит

!прогрессирующая катаракта

?Наиболее информативным методом диагностики саркоидоза является:

!торакоскопическая биопсия лёгких

!исследование мокроты.

!+трансбронхиальная биопсия лимфатических узлов и лёгких.

!спирография

?Наиболее характерными поражениями опорно-двигательного аппарата при саркоидозе являются:

!дисплазия ребер

!+кистозные и литические поражения малых костей рук и ног

!анкилозирующие процессы в локтевых суставах

!поражения крупных трубчатых костей

?В первой стадии саркоидоза при отсутствии симптомов больному рекомендуется:

!госпитализация и лечение преднизолоном

!альтернативная терапия цитостатиками

!трансбронхиальное удаление лимфатических узлов

!+наблюдение без лечения

?В диагностике опухоли пищевода используется:

!медиастиноскопия

!PH-метрию пищевода

!рентгенография органов грудной клетки

!+ФЭГДС

?Причиной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

!+недостаточность кардиального жома

!рефлюкс желудочного содержимого в пищевод

!пептический эзофагит

!спазм пищевода

?К патологическому механизму, обусловливающему характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы относится:

!нарушение проходимости комка пищи

!растяжение грыжевого мешка

!+рефлюкс в пищевод

!спазм пищевода.

?Дивертикул Ценкера - это:

!дивертикул пищевода в средней его части

!+дивертикул, локализующийся на задней стенке глотки и пищевода

!пульсионный дивертикул

!ложный дивертикул, когда через дефект мышечного слоя выпячивается только слизистая оболочка

?Для диагностики дивертикула Ценкера рекомендуется:

!+рентгеновское исследование пищевода с барием

!эндоскопическое исследование

!манометрия пищевода

!pH-метрия пищевода

?Более эффективным методом лечения дивертикула Ценкера является:

!дренаж и промывание пищевода и дивертикула теплой водой

!прием антацидов

!+хирургическое устранение дивертикула, аллопластика

!назначение прокинетиков

?Пищевод Барретта характеризуется:

!+наличием желудочной метаплазии слизистой оболочки пищевода проксимальнее 2,5 см. от кардии (желудочно-пищеводного соединения)

!кандидозным поражением слизистой пищевода с проявлением плотных налетов

! наличием эрозивно-язвенногорефлюкс-эзофагита

!склеротическими и кистозными изменениями в слизистой оболочке, десквамацией и складчатостью эпителия, венозным застоем и микрогематомами

?Показанием к оперативному лечению грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

!пептическая язва пищевода

!+стриктура пищевода

!эрозивный эзофагит

!одинофагия

?Появление дисфагии при употреблении плотной пищи при аксиальной (скользящей) грыже пищеводного отверстия диафрагмыможет указывать на развитие:

!+рака пищевода

!рефлюкс эзофагита

!эзофагоспазма

!ахалазии пищевода

?Наиболее сходную рентгеновскую картину дают следующие заболевания пищевода:

!варикозное расширение вен и рак

!чашеподобная карцинома и рак

!+стенозирующий кардиоэзофагеальный рак пищевода и ахалазия кардии

!рубцовое сужение после ожога и при склеродермии

?Стриктура пищевода обычно обусловлена:

!+пептической язвой пищевода

!язвенной болезнью

!катаральным рефлюкс эзофагитом

!ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

?Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии применяются:

!нитроглицерин

!+антациды

!ЭКГ

!эзофагоскопия

?Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются:

!+ощущением комка в горле

!дисфагией при употреблении жирной пищи

!дисфагией при употреблении плотной пищи

!постоянной дисфагией

?Дисфагия может наблюдаться при:

!атрофическом гастрите

!нейроциркуляторной дистонии

!+склеродермии

!стенокардии

?Основным методом диагностики ахалазии кардии является:

!рентгенологический метод

!+ФЭГДС

!эзофаготонокимография

!манометрия пищевода

?Какое из перечисленных заболеваний не относится к внепищеводным проявлениям ГЭРБ:

!нарушение ритма сердца

!бронхиальная астма

!ларингит

!+ИБС

?Достоверная информация о ГЭРБ следующая:

!в России в целом стала встречаться гораздо чаще

!чаще встречается в Японии, чем в Западной Европе и США

!чаще встречается у мужчин, чем у женщин

!+может способствовать появлению аденокарциномы пищевода

?Какое из перечисленных поражений пищевода чаще всего характеризуется дисфагией твердой и жирной пищи:

!рак пищевода

!ахалазия кардии

!грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

!+доброкачественная стриктура пищевода

!пищевод Барретта

? Для лечения рефлюкс-эзофагита применяется:

!+ребагит

!атропин

!гастроцепин

!вентер

?Основным симптомом ГЭРБ является:

!+изжога

!тошнота

!вздутие живота

!анорексия

?Причиной эзофагогастродуоденального кровотечения и кровавой рвоты является:

!язва желудка

!эрозивно-язвенный пептический эзофагит

!язва12 п/кишки

!+дивертикул пищевода

?Наиболее мощное угнетающее действие на желудочную секрециюоказывает:

!+рабепрозол

!ранитидин

!атропин

!трикалия висмута дицитрат

?Какое внепищеводное проявление ГЭРБ встречаетс редко:

!деминерализация зубов (кариес)

!воспаление носоглотки и подъязычной миндалины

!грубый лающий кашель

!+халитоз

?При ГЭРБ давление в области нижнего пищеводного сфинктера составляет \_\_\_\_ мм рт.ст.:

!15

!25

!10

!+менее 10

?PH в дистальном отделе пищевода при ГЭРБ составляет \_\_\_\_\_ ед.:

!6,0

!7,0

!8,0

!+4,0

?Продолжительность рефлюкса при ГЭРБ не должна превышать\_\_\_ мин.

!2

!3

!4

!+5

?«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ является:

!+эндоскопия

!рентгеноскопия

!pH-метрия

!манометрия

?«Золотым стандартом» лечения ГЭРБ является:

!+ингибиторы протонной помпы

!H2-гистаминоблокаторы

!антациды

!ребагит

?Омепразоловый тест, используемый для диагностики ГЭРБ заключается в назначении омепразола в течение \_\_\_\_ дней.

!+1-2

!3-4

!5-7

!8-10

?К наиболее часто встречающимся осложнением ГЭРБ является:

!формирование пищевода Барретта

!язвенное поражение пищевода

!+стриктуры пищевода

!рак пищевода

?К средству, повышающую тонус пищевода относится:

!секретин

!нейротензин

!+гастрин

!прогестерон

?Развитию гипотонии нижнего пищеводного сфинктера способствует:

!церукал

!бомбезин

!гистамин

!+амлодипин

?Бронхолегочный синдром ГЭРБ проявляется:

!ларингеальным крупом

!стенозированием гортани

!+хроническим рецидивирующим бронхитом

!фарингитом

?Островозникшая АВ-блокада I степени чаще всего локализуется в:

!+АВ-узле

!стволе пучка Гиса

!ножках пучка Гиса

!синусовом узле.

?Для АВ-блокады II степени по типу Мобитц II характерно:

!+постоянство интервала РQ

!отсутствие паузы в возбуждении желудочков, продолжительность которой равна 2 нормальным расстояниям РР или кратна им

!отсутствие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков

!удлинение интервала РQ, с последующим выпадением

?При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается:

!выпадение комплексов QRS

!выпадение зубцов Р

!+удлинение интервала PR

!атриовентрикулярная диссоциация

?Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I (мобитц-I) характерно:

!постоянство интервала PR

!+прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS

!частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса

!выпадение зубцов Р

?Абсолютным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является:

!+приступ Морганьи-Адамс-Стокса в анамнезе (хотя бы однократно)

!асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту

!предсердно-желудочковая блокада I степени

!бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа (проксимальной)

?Относительным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является:

!блокада обеих ножек пучка Гиса или полная АВ-блокада при наличии симптоматичной брадикардии

!+асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту

!АВ-блокада II или III степени

!АВ-блокада III степени, постоянная или перемежающаяся

!дистальная (на уровне или ниже пучка Гиса по данным гистографии) АВ-блокада II степени (типа Мобитц I или II).

?Противопоказанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является:

!АВ-блокада типа Мобитц II

!АВ-блокада II или III степени

!+бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа проксимальной)

!асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов

!сочетание блокады правой ножки пучка Гиса и задней ветви левой ножки пучка Гиса

?При полной АВ-блокаде гетеротопный ритм исходит из

!пучка Гиса или изболее нижних отделов проводящей системы

!АВ-узла, так и из пучка Гиса и волокон Пуркинье

!атринодальных (предсердие-АВ-узел) проводящих путей

!+желудочков

?К β2- агонистам короткого действия относится:

!ипратропия бромид

!тиотропия бромид

!+сальбутамол

!сальметерол

?Ингибитор фосфадиэстерды 4 это:

!монтелукаст

!+рофлумиласт

!омализумаб

!индокатерол

?Ингаляционные ГКС назначаются при:

!ХОБЛ GOLD – I

!ХОБЛ GOLD - II

!+ХОБЛ GOLD - III

!необструктивном бронхите

?Формотерол является:

!Антихолинергическим препаратом длительного действия

!β2 агонистом короткого действия

!метилксантиновым препаратом короткого действия

!+β2 агонистом 12 часового действия

?Гликопирроний бромид входит в состав фиксированной комбинации:

!Аноро-эллипта

!+Ультибро

!Спиолто

!Серетида

?Спиолто – это фиксированная комбинация:

!+тиотропия бромида + олодатерола

!умакледиция бромида + вилантерола

!гликопирроний бромида + индактерола

!аклидинийя+формотерола

?Ипрамол – это сочетание:

!+атровента и сальбутамола

!атровента и фенотерола

!будесинида и атровента

!тиотропия и формотерола

?Беродуал – это комбинация:

!сальбутамола и атровента

!+фенотерола и атровента

!сальбутамола и флутиказона

!сальметерола и флутиказона

?Индакатерол обладает продолжительностью действия в течение\_\_\_\_\_ часов.

!6

!12

!18

!+24

?Назначение глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ предпочтительно:

!ингаляционно

!внутримышечно

!внутривенно

!+перорально

?Система доставки Ультибро называется:

!Хандихалером

!Респиматом

!+Бризхалером

!Эллиптой

?Спиолто Респимат применяется в суточной дозе \_\_\_\_\_ мкг.

!2,5

!+5,0

!10,0

!20,0

?Пульмикорт – это:

!Бекламетазон дипроплонат

!Флутиказон пропионат

!Флутиказон фуроат

!+Будесонид

?Рофлумиласт (Даксас) назначается по \_\_\_\_ мкг \_\_\_\_ в сутки.

!500 3 раза

!1000 2 раза

!+500 1 раз

!1000 1 раз

?Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является:

!+резкое отклонение электрической оси влево

!отклонение электрической оси вправо

!деформация комплекса QRS

!расширение комплекса QRS > 0,10"

?Наиболее характерный признак блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса - это:

!Отклонение электрической оси вправо.

!+Резкое отклонение электрической оси вправо.

!Расширение комплекса QRS > 0,10".

!Деформация комплекса QRS.

!Изменение конечной части желудочкового комплекса.

?На блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный\_\_\_\_\_ градусам:

!0

!-10

!+45

!100

?На блокаду задней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный\_\_\_\_\_градусам.

!0

!15

!90

!+120

?К двухпучковым блокадам относится:

!блокада задней ветви левой ножкипучка Гиса

!блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса

!+блокада левой ножки пучка Гиса

!блокада правой ножки пучка Гиса

?К препаратам, рекомендованным ВНОК и ОССН для лечения ХСН из

дополнительной группы относятся:

!ингибиторы АПФ

!+непрямые антикоагулянты

!диуретики

!сартаны

?К препаратам рекомендованным ВНОК и ОССН для лечения ХСН из вспомогательной группы относятся:

!ингибиторы АПФ

!сартаны

!Бета-адреноблокаторы

!+Периферические вазодилататоры

?Эффекты ингибиторов АПФ тормозятся:

!+нестероидными противовоспалительными средствами

!антагонистами кальция

!периферическими вазодилататорами

!петлевыми дуретиками

?При лечении сердечной недостаточности у больных ИБС назначение\_\_\_\_\_\_ увеличивает их выживаемость.

!диуретиков

!сердечных гликозидов

!нитратов

!+ингибиторы АПФ

?К побочным эффектам при применении периндоприла относятся:

!тахикардия

!отеки

!+сухой кашель.

!брадикардия

!нарушения ритма

?При диастолической сердечной недостаточности увеличивают диастолическое расслабление:

!В-блокаторы

!статины

!+антагонисты кальция

!диуретики

?Диуретики при ХСН:

!повышают тонус сосудов

!активизируют систему брадикинина

!+уменьшают ОЦК, одышку, периферические отеки, дилатацию полостей сердцаза счет усиления выведения из организма натрия, хлоридов и воды

!повышают уровень простагландинов

?Сердечные гликозиды нельзя назначать с

!тиазидными диуретиками

!верошпироном

!нитросорбидом

!+препаратами кальция

?В наибольшей степени увеличивают продолжительность и качество жизни больных с недостаточностью кровообращения

!сердечные гликозиды

!диуретики

!+ингибиторы АПФ

!препараты, улучшающие метаболизм миокарда

?При ХСН следуетизбегатьназначение:

!иАПФ

!+глюкокортикоидов

!диуретиков

!статинов

?При диастолической сердечной недостаточности из-за уменьшения преднагрузки и сердечного выброса применяют с осторожностью

!сердечные гликозиды

!антагонисты кальция

!+диуретики

!иАПФ

?Больным с ХСН противопоказаны:

!+антиаритмики I и IV классов

!антиаритмики II класса

!антиаритмики III класса

!омега- 3- полиненасыщенные жирные кислоты

?Больным с систолической сердечной недостаточностью противопоказаны:

!+атенолол и метопролол тартрат

!атенолол и метопролол сукцинат

!небиволол и бисопролол

!бисопролол и метопролол сукцинат

?Какие препараты не назначают совместно с иАПФ:

!диуретики

!+препараты калия

!статины

!омега- 3- полиненасыщенные жирные кислоты

?Основным этиологическим факторомострого гломерулонефрита является:

!стафилококк

!клебсиэлла

!+бета-гемолитический стрептококк группы А

!синегнойная палочка

?После перенесенной инфекции острый гломерулонефрит развивается через:

!+10-12 дней

!3-4 дня

!неделю

!месяц

?При остром гломерулонефритепоказано:

!+ограничение хлорида натрия до1,5 г/сутки

!увеличение потребления хлорида натрия

!увеличение количества потребляемой жидкости

!повышение потребления К+ - содержащих продуктов

?Заболеванию острым гломерулонефритом подверженавозрастная группа:

!до 2 лет

!+с 2-летнего возраста и до 40 лет

!периода менопаузы

!пубертантного периода

?При остром гломерулонефрите гемодинамические нарушения обусловлены:

!+гиперволемией

!гиповолемией

!гиперренинемией

!повышением концентрации простагландинов

?Классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя:

!+отеки, гипертонию, гематурию

!одышку, зуд кожных покровов, набухание шейных вен

!зуд кожных покровов, набухание шейных вен, гипертонию

!одышку, набухание шейных вен,сердцебиение

?Клиническими проявлениями facies nefritica являются:

!+отеки лица

!акроцианоз

!пустулы на лице

!землистый оттенок кожи

?Характерным гемодинамическим расстройством при остром гломерулонефрите является:

!+расширение полостей сердца

!акцент II тона над аортой

!низкое диастолическое давление

!низкое пульсовое давление

?Ведущее значение в патогенезе гипертонии при остром гломерулонефрите придается:

!+задержке натрия и воды

!снижению ОЦК и ударного объема сердца

!сужению почечных артерий (вазо-ренальный механизм)

!увеличению уровня кортизола в крови

?Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите могут быть связаны с:

! наличием конкрементов в мочевыводящей системе

!апостематозными изменениями паренхимы почек

!+нарушением уродинамики

!ишемическим инфарктом почек

?Какой признак является характерным для острого гломерулонефрита?

!изостенурия

!+щелочная реакция мочи

!увеличение нейтрофилов в моче

!увеличение лимфоцитов в моче

?При постстрептококковом гломерулонефрите наблюдается:

!+высокий титр антител к антигенам стрептококка

!повышение титра почечных аутоантител

!наличие антинуклеарных антител

!понижение титра почечных аутоантител

?Осложнением острого гломерулонефрита является:

!+олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН

!массивное почечное кровотечение

!шок

!тромбоэмболический синдром

?Показанием для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите является:

!отеки

!+наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии

!артериальная гипертония

!макрогематурия

?Антикоагулянты и дезагреганты при остром гломерулонефрите назначают сцелью:

!профилактики коронарного тромбоза

!профилактики тромбоэмболического синдрома

!+воздействия на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции

!профилактики тромбоза почечной артерии

?Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии:

!массивной протеинурии ˃ 3,5 г/сутки

!+длительно персистирующего острого нефротического синдрома

!массивной эритроцитурии с умеренной протериинурией

!стойкой высокой артериальной гипертензии

?Неактивный нефротический тип хронического гломерулонефрита характеризуется:

!отсутствием эритроцитурии

!+гематурией разной выраженности

!лейкоцитурией

!стойкой высокой артериальной гипертензией

?Наиболее прогностически благоприятным является хронический гломерулонефрит:

!+нефротический

!нефротически-гипертонический

!максимально активный нефротический

!активный нефротический

?Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время используются:

!статины

!тромболитики

!антибиотики

!+цитостатики

?Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:

!несколько недель

!2-3 месяца

!6 месяцев

!+6 месяцев – 2 года

Выберите один правильный ответ.

?Хронический гломерулонефрит развивается как исход острого гломерулонефрита в \_\_\_\_\_ % случаев.

!80-90

!50

!100

!+10-20

?При светооптическом исследовании не обнаруживают изменения структур при \_\_\_\_\_\_хроническом гломерулонефрите.

!мезангиопролиферативном

!мезангиокапилярном

!мембранозном

!+минимальных изменениях клубочков

?Самым часто встречающимся клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является:

!гематурический

!+латентный

!нефротический

!гипертонический

?Для мочевого синдрома при хроническом гломерулонефрите характерна:

!низкая протеинурия

!высокая протеинурия

!+гематурия

!наличие в моче клеток Штернгеймера-Мальбина

?Для хронического гломерулонефритахарактерна\_\_\_\_\_\_ протеинурия

!+гломерулярная

!тубулярная

!«переполнения»

!напряжения

?Для гипертонического варианта хронического гломерулонефрита характерен \_\_\_\_\_ синдром.

!выраженный мочевой

!+гипертонический

!отечный

!болевой

?Снижение клубочковой фильтрации при хронического гломерулонефрите выявляет проба:

!по Нечипоренко

!+Зимницкого

!Аддиса- Каковского

!Амбюрже

? Хронический гломерулонефрит часто проявляется рецидивирующим остронефротическим синдромом при \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ варианте.

!мезангиопролиферативном

!+мезангиокапиллярном

!мембранозном

!фибропластическом

?Главным признаком нефротического синдрома является:

!лейкоцитурия

!+протеринурия

!гематурия

!циллиндрурия

?Сущность термина «болезненность» - это:

!вновь выявленные заболевания в данном году

!+все заболевания, зарегистрированные в данном году

!заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах

!длительность временной нетрудоспособности

?Международная классификация болезней – это:

!перечень наименований болезней в определенном порядке

!перечень диагнозов в определенном порядке

!перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

!+система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

?Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

!врач станции скорой помощи

!врач станции переливания крови

!врач бальнеолечебницы

!+врач приемного покоя больницы

?Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:

!руководители ЛПУ и поликлиник

!лечащий врач самостоятельно

!лечащий врач с утверждения заведующего отделением

!+лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ

?Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

!несовершеннолетним детям

!при несчастных случаях, травмах, отравлениях

!лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ

!+лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих

?Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

!в территориальной поликлинике

!+в любой поликлинике населенного пункта

!в любой поликлинике Российской Федерации

!в любом медицинском учреждении СНГ

?В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме:

!+сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали

!отсутствие нормативной базы в здравоохранении

!поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне

!расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений

?Не дают право администрации сразу расторгнуть договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

!+систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей

!прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин

!появление на работе в нетрезвом состоянии

!совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности

?Отпуск до истечения 11 месяцев с момента приема на работу не предоставляется:

!женщинам перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него

!военнослужащим, уволенным в запас и направленным на работу в порядке организованного набора, по истечении трех месяцев работы

!+работникам вредных производств

!работникам принятым на работу в порядке перевода из одного учреждения в другое, если в сумме набирается 11 месяцев

?Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать о:

!присоединении вирусного гепатита

!некрозе гепатоцитов

!печеночной недостаточности

!+циррозе – раке

?Основной задачей поликлиники не является:

!лечебно – диагностическое обслуживание населения

!+организация работы по пропаганде здорового образа жизни

!профилактическая работа

!экспертиза временной нетрудоспособности

?Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

!суставов поясничного отдела позвоночника

!симфиза

!тазобедренных суставов

!+илеоцекальных сочленений

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

!ревматизма

!системной красной волчанки

!+дерматомиозита

!системной склеродермии

?Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

!локтевых суставах

!плечевых суставах

!+проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах

!коленных суставах

?У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

!+гигантоклеточный артериит

!геморрагический васкулит

!узелковый периартериит

!болезнь Бюргера

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

!лица, пальцев кистей и стоп

!+туловища и проксимальных отделов конечностей

!туловища

!лица

?Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

!бета-адреноблокатор

!+ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

!нативная плазма

!глюкокортикостероиды

?Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

!+параорбитальный отек с лиловой («гелиотропной») эритемой верхнего века и синдром Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами)

!эритема на открытых участках кожи

!пойкилодермия

!синдром Рейно

?Наиболее частыми осложнениями терапии НПВС препаратами являются:

!гепатотоксические

!нефротоксические

!гематологические

!+желудочно-кишечные

?Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

!укорочение пальцев в результате остеолитического процесса

!+ульнарная девиация

!в виде «шеи лебедя»

!в виде «молоткообразного пальца»

?Причина анемии при ревматоидном артрите:

!дефицит железа в организме

!аутоиммунный процесс

!дефицит фолиевой кислоты

!+неизвестна

?Самой частой причиной смерти при ревматизме является:

!некротизирующий васкулит с вовлечением жизненноважных органов

!поражение легких

!подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга

!+осложнения лекарственной терапии.

?Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:

!+ирит и иридоциклит

!склерит

!конъюктивит

!блефарит

?Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

!реактивной гиперемией кожи пальцев кистей

!цианозом дистальных отделов конечностей

!+«побелением» пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции

!парастезиями по всей руке, ноге

?Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:

!напроксен

!пироксикам

!+бутадион

!вольтарен

?Наиболее типичным для псориатического артрита является:

!+эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах

!латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике

!анкилозирование межпозвоночных суставов

!первые признаки заболевания – кожные

?При остеоартрозе наиболее инвалидизирующая является следующая локализация патологического процесса:

!+тазобедренные суставы

!коленные суставы

!дистальные межфаланговые суставы кистей

!плечевые суставы

?Развитие ревматизма связано с инфицированием:

!вирусом

!стафиллококком

!+бетта-гемолитическим стрептококком группы А

!сальмонелла.

?К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится:

!околосуставной остеопароз

!узурация суставных поверхностей эпифиза

!кисты в эпифизах

!+сужение суставной щели.

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

!тест муцинового сгустка

!определение глюкозы в синовиальной жидкости

!определение комплемента в синовиальной жидкости

!+микроскопическое исследование синовиальной жидкости

?Характерным признаком двустороннего коксартроза является:

!протрузия вертлужных впадин

!укорочение нижних конечностей

!сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме

!+нарушение внутренней и наружной ротации бедер

?При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:

!+артериолы и капилляры

!сосуды среднего калибра

!крупные сосуды

!венозные сосуды

?Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:

!+длительная воспалительная активность процесса

!длительный прием цитостатиков

!длительные периоды без лечения

!сопутствующие заболевания почек

?Поражение позвоночника при болезни Бехтерева начинается с:

!шейного отдела

!поясничного отдела

!+крестцово-подвздошных суставов

!грудного отдела

?Какое поражение характерно для болезни Рейтера:

!ирит и иридоциклит

!склерит

!+конъюктивит

!катаракта

?Для суставного синдрома Рейтера характерно:

!+генерализованный полиартрит

!сосискообразная дефигурация пальцев стоп

!сосискообразная дефигурация пальцев рук

!артрит суставов 1-го пальца стоп

?Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

!гемофилической артропатии

!псевдоподагре

!+псориатичеком артрите

!ревматоидном артрите

?Укажите не характерный признак инфекционного артрита:

!лихорадка, озноб

!в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево

!синовиальная жидкость – высокий цитоз, 90% нейтрофилов

!+полиартрит

?Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусоов:

!в области крестца

!+в области разгибательной поверхности локтевого сустава

!в области коленных суставов

!хрящи носа

?При хондрокальцинозе чаще всего поражаются следующие суставы:

!плюснефаланговые

!голеностопные

!+коленные

!тазобедренные

?Ниаболее эффективные лечебные мероприятия при простом тендините мышц плеча:

!абсолютный покой в течение всего периода болезни

!оперативные вмешательства

!нестероидные противовоспалительные препараты

!+локальное введение глюкокортикостероидов

?Выберите лабораторный тест, который наиболее информативен для подтверждения диагноза полимиозита:

!антинуклеарный фактор

!ревматоидный фактор

!антитела к мышечным антигенам

!+повышение в крови уровня креатинкиназы

?Наиболее важным рентгенологическим признаком остеохондроза позвоночника является:

!формирование синдесмофито между телами позвонков

!кальцификация межпозвоночных дисков

!+уменьшение промежутков между телами позвонков

!усиление грудного кифоза.

?Главными признаками болезни накопления гликогена являются сочетания:

!гепатомегалии гипергликемии

!спленомегалии и гипергликемии

!макроглоссии и гипогликемии

!+гепатомегалии и гипогликемии.

?При болезни накопления гликогена преимущественно поражаются:

!+печень и мышцы

!печень и головной мозг

!поджелудочная железа и головной мозг

!мышцы и кости.

?Цистинурия чаще всего сочетается с:

!выраженной умственной отсталостью

!+наличием гексагональных криталлов в моче

!нарушением питания вследствие потери цистина с мочой

!гидроцефалией.

?Диагноз амилоидоза лучше всего подтверждается:

!наличием в моче белка Бен – Джонса

!исследованием костного мозга

!+гистологическим исследованием биоптата прямой кишки

!клиническими признаками.

?Наибольшее отложение железа при гемохроматозе наблюдается в:

!коже

!волосах

!селезенке

!+печени.

?Причиной сахарного диабета при гемохроматозе является:

!малый выброс инсулина

!повреждение печени

!+склероз островков Лангерганса

!отложение железа в островковых клетках поджелудочной железы.

?Основной причиной смерти при гемохроматозе является:

!печеночная кома

!пневмония

!диабетическая кома

!+острая сердечная недостаточность.

?Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является:

!+аллергическая реакция немедленного типа

!аллергическая реакция замедленного типа

!аллергическая реакция немедленного и замедленного типа

!аутоиммунный механизм

?В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают:

!альвеолярные макрофаги

!лимфоциты

!+эозинофилы

!плазматические клетки

?Из перечисленных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно:

!бронхоспазм

!отек стенки бронха

!острое вздутие легких

!+гиперсекреции

?Показанием к ингаляции кромогликата натрия является:

!лечение астматического статуса

!лечение острого приступа бронхиальной астмы

!лечение острых инфекций верхних дыхательных путей

!+профилактика приступа бронхиальной астмы

?Для атопической бронхиальной астмы характерно:

!+эффект элиминации

!непереносимость препаратов пиразолонового ряда

!рецидивирующий полипоз носа

!постепенной развитие приступа

?К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится:

!ацетилхолин

!гистамин

!+лейкотриены

!серотонин

?Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является:

!+домашняя пыль

!споры плесневых грибов

!продукты жизнедеятельности бактерий, находящиеся в воздухе

!гельминты

?Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:

!+связывании свободного гистамина

!высвобождении гистамина

!торможении образования гистамина

!усиленном выведении гистамина

?Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагинам соответсвует:

!+IgE

!IgD

!IgM

!IgG

?В понятие пищевой аллергии входит:

!токсико – аллергическое действие пищевых продуктов

!токсическое действие пищевых продуктов

!непереносимость пищевых продуктов

!+аллергические реакции на пищевые аллергены

?Специфичеким гипосенсибилизирующим методом лечения пищевой аллергии является:

!назначение антигистаминных препаратов

!назначение энтеросорбентов

!назначение гистоглобулина

!+элиминационные диеты

?Понятие о сывороточной болезни включает:

!аллергическую реакцию не медикаменты

!токсическую реакцию на медикаменты

!токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки

!+аллергическую реакцию на белок чужеродной сыворотки

?В механизме развития сывороточной болезни принимает участие:

!IgG

!IgE

!+IgG, IgM, IgE, комплементарная система

!IgA

?Действие этамизола состоит в:

!стимуляции надпочечников

!подавленииT – лимфоцитов – супрессоров

!стимуляции T – лимфоцитов – супрессоров

!+активации адренокортикотропной функции гипофиза

?Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к:

!аспирину и пиразолоновым производным

!сульфаниламидным препаратам

!препаратам фенотиазинового ряда

!+лекарствам растительного происхождения

?При поллинозах развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

!молоку и молочным продуктам

!мясу птицы

!рыбе

!+меду

?Для пыльцевой бронхиальной астмы хакрактерно:

!обострение в зимнее время года

!круглогодичное течение процесса

!обострение при уборке квартиры

!+обострение в весеннее-летнее время года

?При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена:

!+все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются

!сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года

!сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода

!сохраняются нарушения вентиляции по рестрективному типу

?Наиболее эффектифным методом профилактики обострения поллиноза является:

!иглорефлексотерапия

!назначение антимедиаторных препаратов

!назначение глюкокортикостероидов

!+специфическая иммунотерапия

?В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие:

!неиммунных механизмов

!IgA

!сенсибилизированных лимфоцитов

!+IgE.

?В патогенезе хронической аллергической крапивницы и отека Квинке имеют значение:

!сенсибилизированные лимфоциты

!неиммунные механизмы

!наследственный дефект в системе комплемента

!+IgE.

?Патогенез псевдоаллергических форм отека Квинке и крапивницы обусловлен:

!участием IgE,IgM

!участием сенсибилизированных лимфоцитов

!участием Т –зависимых и В – зависимых аллергических реакций

!+нарушениями в системе комплемента

?При рецидиве наследственного ангионевротического отека Квинке в плазме обнаруживаются следующие изменения в системе комплемента:

!антивирусныйС1

!взаимодействиеС1сС4 и С2

!+уменьшениеС2, С4

!увеличениеС2, С4

?При неспецифическом лечении холинергической крапивницы наиболее эффективны:

!антигистаминные препараты

!глюкокортикостероидные препараты

!гистоглобулин

!+холинергические препараты.

?Первичный иммуногенный ответ в крови после введения антигена развивается через:

!1-2 дня

!+3-4 дня

!5-6 дней

!7-10 дней

? У человека существует \_\_\_\_\_\_\_\_ типов иммуноглобулинов.

!4

!+5

!6

!7

?Основной клеткой-мишенью, играющей ведущую роль в развитии гиперчувствительности немедленного типа, является:

!макрофаг

!лимфоцит

!нейтрофил

!+тучная клетка

?Основной клеткой, принимающей участие в развитии гиперчувствительности замедленного типа, является:

!базофил

!макрофаг

!В-лимфоцит

!+Т-лимфоцит

?При ВИЧ – ифекции иммунодефицит связан с поражением клеток:

!+Т-хелперов

!Т-супрессоров

!В-лимфоцитов

!макрофагов

?При дефектах клеточного иммунитета нарушается характер иммунного ответа на:

!внутриклеточные паразитарные инфекции

!вирусные инфекции

!трансформированные клетки собственного организма

!+чужеродные антигены

?При дефектах гуморального иммунитета нарушается формирование иммуного ответа против:

!простейших

!вирусов

!чужеродных клеток

!+чужеродных растворимых антигенов

?При остром отравлении хлором поражаются:

!система крови

!кости и суставы

!+органы дыхания

!органы мочевыделения

?Наиболее эффективным лекарственным средством при свинцовой колике является:

!глюкоза

!витамины группы В

!+комплексоны

!сернокислая магнезия

?При выполнении сварочных работ может возникнуть:

!острый ринит

!острый гемолиз

!острый живот

!+литейная лихорадка

?К действию локальной (местной) вибрации наиболее чувствительны:

!органы дыхания

!система крови

!+нервная система

!органы мочевыделения.

?Исход реанимации является наиболее благоприятным при:

!при первичной остановке кровообращения

!первичной остановке дыхания

!+первичном поражении центральной нервной системы

!первичном поражении нейроэндокринной системы

?При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:

!на верхней трети грудины

!на границе верхней и средней трети грудины

!+на границе средней и нижней трети грудины

!над мечевидным отростком грудины

?При остановке кровообращения развивается:

!метаболический алкалоз

!+метаболический ацидоз

!респираторный алкалоз

!респираторный ацидоз

?Выживаемость больного после гипоксемии увеличивают:

!+барбитураты

!эфир

!фторотан

!гипертермия

?При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение:

!атропина

!норадреналина

!изадрина

!+зонда – электрода в правый желудочек

?При анафилактическом шоке показано:

!+внутривенное введение больших доз глюкокортикостероидных гормонов

!подкожное введение аминазина

!внутримышечное введение кофеина-бензоата натрия и кордиамина

!интубация трахеи для снятия бронхоспазма

?Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

!снижение АД и учащение пульса

!снижение АД и урежение пульса

!+повышение АД и учащение пульса

!повышение АД и урежение пульса

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

!кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови

!+кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови

!отравлении фосфорорганическими соединениями

?Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

!снижение артериального давления

!+повышение центрального венозного давления (ЦВД)

!снижение ЦВД

!анемия

?Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока равна \_\_\_\_\_\_\_\_ %.

!10-20

!+20-30

!30-40

!40-50

?Наибольшим «волемическим коэффициентом» (при переливании одного и того же объема циркулирующей крови) обладает:

!полиглюкин

!+реополиглюкин

!гемодез

!сухая плазма

?Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:

! коллапс легкого

!+наличие воздуха в плевральной полости

!смещение средостения в здоровую сторону

!повышение прозрачности легочного рисунка

?Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее \_\_\_\_ %.

!70

!+80

!90

!100

?У пациентов с нелеченной кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является:

!только потеря воды

!только потеря натрия

!потеря и натрия, и воды

!+гипокалиемия

?При гипофибриногенемии, сопровождающейся анемией, наиболее показано применение:

!+свежей крови

!фибриногена

!тромбоцитной массы

!полиглюкина

?При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:

!норадреналин

!преднизолон

!хлористый кальций

!+адреналин

?После первичной остановки сердца сознание исчезает через\_\_\_\_\_\_\_ секунд.

!+10

!30

!60

!3

?Для остановки наружного капиллярного кровотечения необходимо выполнить:

!тампонаду раны

!орошение раны раствором перекиси водорода

!наложение жгута

!+аппликацию на рану гемостатической губкой

?При открытом пневмотораксе на грудную стенку накладывают:

!давящую повязку

!фиксирующую повязку

!+окклюзионную повязку

!крестообразную повязку

?При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить:

!давящую повязку

!+тампонаду раны

!пальцевое прижатие артерии к поперечным отросткам нижних шейных позвонков

!максимальное сгибание головы

?При переломах бедра, осуществляя транспортную иммобилизацию, следуетобездвижить:

!коленный и тазобедренный суставы

!голеностопный и коленный суставы

!коленный сустав

!+голеностопный, коленный и тазобедренный суставы

?При переломах костей таза транспортная иммобилизация заключается в:

!наложении шины Дитерихса

!укладывании больного на щит и подкладывании жесткого валика под поясницу

!+укладывании больного на спину с согнутыми и разведенными бедрами и подкладывании в подколенные области валика из одеяла, подушки, одежды

!укладывании больного на щит и фиксации к последнему.

?Вагосимпатическая блокада показана при:

!переломе ключицы

!+множественных переломах ребер со значительным расстройством дыхания

!переломе одного ребра

!травматическом разрыве селезенки

?Показанием к венесекции является:

!необходимость длительного введения лекарственных средств внутривенно

!клиническая смерть

!необходимость переливания крови

!+техническая невозможность венепункции

?Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является:

!коллапс

!высокая температура тела

!учащенный пульс

!+застойные явления в малом круге кровообращения

?При определении группы крови оказалось положительной реакция изогемагглютинации со стандартными сыворотками О (I) В (III)групп. Следовательно исследуемая кровь относится к группе:

!О (I)

!А(II)

!АВ(IV)

!+В (III)

?Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

!сывороткой донора и кровью реципиента

!+сывороткой реципиента и кровью донора

!форменными элементами крови реципиента и кровью донора

!форменными элементами крови донора и кровью реципиента

?Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца:

!левая половина грудной клетки

!рукоятка грудины

!+нижняя треть грудины

!мечевидный отросток

?Непрямой массаж сердца у взрослых проводится в ритме \_\_\_\_ надавливаний в минуту:

!10-20

!30-50

!+60-80

!90-120

?Универсальным противоядием при проглатывании яда является:

!молоко и яйца

!кофе с молоком

!дубильная кислота, окись магния и древесный уголь

!+древесный уголь, смешанный с молоком