

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

1-АЯ КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ
СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ВОПРОСОВ**

для студентов 5 курса лечебного факультета и
факультета иностранных учащихся (русскоязычные)

Гродно 2013

УДК
ББК

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом УО «ГрГМУ» (протокол № ... от ... 20... г.).

Авторы: зав. 1-й каф. внутренних болезней, проф., д.м.н. В.М. Пырочкин;
доц., к.м.н. И.Р. Ерш;
доц., к.м.н. А.В. Раков;
доц., к.м.н. Е.В. Мирончик;
доц., к.м.н. В.И. Скавронский;
доц., к.м.н. Е.Н. Хотим;
ассистент, к.м.н. Е.С. Пелеса;
ассистент, к.м.н. А.М. Жигальцов;
ассистент, к.м.н. А.Т. Фиясь;
ассистент, к.м.н. М.М. Чирко;
ассистент Ю.И. Полухович

Рецензент: зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, доцент, к.м.н.
Т.П.Пронько

Внутренние болезни: сборник тестовых вопросов для студентов лечебного факультета и факультета иностранных учащихся / В.М. Пырочкин, И.Р. Ерш, А.В. Раков, Е.С. Пелеса, А.М. Жигальцов и др. - Гродно: ГрГМУ, 2013.- 62 с.

Данное издание представляет собой сборник тестовых вопросов и ответов по внутренним болезням, предназначенный для совершенствования знаний, подготовки к экзаменам и экзаменационного тест контроля студентов V курса лечебного факультета и факультета иностранных учащихся (русскоязычные).

ОГЛАВЛЕНИЕ

КОЛЛАГЕНОВЫ БОЛЕЗНИ	4
МИОКАРДИОДИСТРОФИИ, ПОРОКИ СЕРДЦА, КАРДИОМИОПАТИИ	12
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ	18
МИОКАРДИТЫ, ПЕРИКАРДИТЫ, ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ	26
ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА	33
ВАСКУЛИТЫ	36
ГЕМАТОЛОГИЯ	42
НЕФРОЛОГИЯ	48
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	56

КОЛЛАГЕНОВЫЕ БОЛЕЗНИ

1. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и ревматоидного артрита в пользу дерматомиозита-полимиозита?
 1. Выраженная утренняя скованность.
 2. Отсутствие узур суставных поверхностей в пораженных суставах.
 3. Симметричное поражение суставов кистей.
 4. Можно использовать все указанные критерии.
 5. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.
2. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и системного склероза в пользу дерматомиозита-полимиозита?
 1. Отсутствует сращение склерозированной кожи с подлежащими фасциями, надкостницей.
 2. Отсутствует эрозивный или фиброзирующий артрит мелких суставов кистей рук.
 3. Отсутствуют признаки укорочения концевых фаланг пальцев кисти.
 4. Можно использовать все указанные критерии.
 5. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.
3. При биопсии кожно-мышечного лоскута у больных дерматомиозитом-полимиозитом может выявляться:
 1. Миозит с потерей поперечной исчерченности, фрагментацией миофибрилл.
 2. Базофилия саркоплазматического ретикулума миоцитов.
 3. Очаги некроза, фиброза.
 4. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация мышечной ткани.
 5. Все перечисленные.
4. 4. Какие изменения ЭКГ наблюдаются у больных с дерматомиозитом-полимиозитом?
 1. Уменьшение амплитуды GRS-комплексов.
 2. Диффузные изменения миокарда левого и правого желудочков.
 3. Политопная экстрасистолия.
 4. А-В-блокады различной степени.
 5. Все перечисленное характерно для данного заболевания.
5. Какие результаты электромиографического исследования характерны для дерматомиозита-полимиозита?
 1. Нормальная электрическая активность при расслабленных мышцах.
 2. Низкоамплитудная электрическая активность при произвольных сокращениях.
 3. Короткие, полифазные потенциалы моторных единиц.
 4. Спонтанные потенциалы фибрилляции.
 5. Все перечисленные изменения характерны для данного заболевания.
6. Какие изменения в моче могут выявляться у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
 1. Небольшая протеинурия (редко).
 2. Увеличение содержания креатинина.
 3. Увеличение содержания миоглобина.
 4. Все упомянутые изменения типичны для данного заболевания.
 5. Все упомянутые изменения не типичны для данного заболевания.
7. Какие симптомы свидетельствуют о поражении легких у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
 1. Непродуктивный кашель.
 2. Диффузный цианоз.
 3. Одышка.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
8. В форме какого синдрома чаще всего проявляется иммунокомплексный васкулит мелких сосудов у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
 1. Синдром Шегрена.
 2. Синдром Рейно.
 3. Синдром Лайела.
 4. Синдром Шенлейн-Геноха.

5. Синдром Фелти.

9. У больных дерматомиозитом-полимиозитом в первую очередь поражаются следующие мышцы:
 1. Глазодвигательные.
 2. Проксимальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
 3. Дистальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
 4. Все упомянутые группы мышц.
 5. Ни одна из упомянутых групп мышц.

10. Типичными клиническими проявлениями дерматомиозита являются:
 1. Миопатия.
 2. Поражение кожи.
 3. Артропатия.
 4. Васкулит.
 5. Все перечисленные.

11. Какие формы клинического течения не характерны для дерматомиозита-полимиозита?
 1. Латентная.
 2. Острая.
 3. Подострая.
 4. Хроническая.
 5. Все упомянутые формы клинического течения характерны.

12. К предрасполагающим факторам развития дерматомиозитом-полимиозитом относятся:
 1. Наличие антигена гистосовместимости HLA B8.
 2. Наличие антигена гистосовместимости DR3.
 3. Латентное течение опухолевого поражения у пожилых людей.
 4. Любой из упомянутых факторов.
 5. Ни один из упомянутых факторов.

13. Что может являться этиологическим фактором дерматомиозита-полимиозита?
 1. Инфекция кариновирусами.
 2. Инфекция вирусами группы Коксаки.
 3. Опухолевый процесс в организме.
 4. Любой из упомянутых факторов.
 5. Ни один из упомянутых факторов.

14. Какая формулировка наиболее полно соответствует определению дерматомиозита-полимиозита?
 1. Системное воспалительное заболевание гладкой и скелетной мускулатуры, кожи, сосудов с поражением сердца, формированием эрозивного полиартрита.
 2. Системное воспалительное заболевание с деструктивным поражением мышц, суставов, кожи, сердца, почек.
 3. Системное воспалительное заболевание с замещением пораженных тканей фиброзными структурами с преимущественным вовлечением в патологический процесс скелетной и гладкой мускулатуры, кожи, мелких сосудов.
 4. Системный коллагеноз с фиброзирующим васкулитом мелких сосудов кожи, мышц, внутренних органов, эрозивно-язвенным артритом.
 5. Системное заболевание опорно-двигательного аппарата воспалительной природы с прогрессирующим фиброзом кожи, гладких и скелетных мышц, эрозивным полиартритом.

15. Какие методы местного лечения показаны при системном склерозе?
 1. Аппликации раствора димексида на пораженные участки кожи.
 2. Смазывание кожи мазями, содержащими сульфатированные гликозаминогликаны.
 3. Обкалывание пораженной кожи лидазой.
 4. Электрофорез, фонофорез лидазы в индуративно измененные участки кожи.
 5. Все перечисленные методы показаны для применения при данном заболевании.

16. Для лечения миалгий, суставного синдрома у больных системным склерозом с эрозивно-язвенными поражениями пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки предпочтительно следует использовать:
 1. Диклофенак-натрия.
 2. Ибупрофен.
 3. Напроксен.

4. Нимесулид.
 5. Любой из перечисленных препаратов.
17. Для лечения артралгий и суставного синдрома у больных системным склерозом предпочтительно следует использовать?
1. Диклофенак-натрия.
 2. Ибупрофен.
 3. Напроксен.
 4. Нимесулид.
 5. Любой из перечисленных препаратов.
18. Какие препараты следует применять в комплексном лечении системного склероза для улучшения периферического кровоснабжения?
1. Нифедипин.
 2. Лизиноприл.
 3. Курантил.
 4. Все указанные.
 5. Ни один из указанных выше.
19. Какие препараты целесообразно назначать при диффузной форме системного склероза с выраженными и тяжелыми системными проявлениями, высокой активности патологического процесса?
1. D-пеницилламин.
 2. Колхицин.
 3. Делагил.
 4. Преднизолон.
 5. Все обозначенные.
20. Какие препараты и сочетания препаратов эффективны при лечении системного склероза?
1. D-пеницилламин с преднизолоном.
 2. Колхицин.
 3. Делагил.
 4. Азатиоприн с преднизолоном.
 5. Все обозначенные.
21. Какие критерии позволяют дифференцировать диффузный вариант системного склероза и системную красную волчанку в пользу системного склероза?
1. Поражение почек.
 2. Поражение легких.
 3. Присутствие в крови единичных LE-клеток.
 4. Положительный тест на ревматоидный фактор.
 5. Присутствие в крови антител к антигену Scl-70.
22. Какие критерии позволяют дифференцировать системный склероз и системную красную волчанку в пользу системного склероза?
1. Фиброзирующий, деформирующий артрит мелких суставов кистей рук.
 2. Отсутствие анкилоза пораженных суставов.
 3. Симметричный артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей рук
 4. Выраженная утренняя скованность.
 5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
23. Какие критерии позволяют дифференцировать системный склероз и ревматоидный артрит в пользу системного склероза?
1. Эрозивный полиартрит мелких суставов кистей.
 2. Выраженная утренняя скованность.
 3. Склонность к анкилозированиям суставов
 4. Выявление ревматоидного фактора в крови.
 5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
24. Какие критерии позволяют дифференцировать системный склероз и ревматоидный артрит в пользу системного склероза?
1. Анкилозирующий полиартрит мелких суставов кистей.
 2. Выраженная утренняя скованность.

3. Сращение капсулы сустава, сухожилий с индуративно измененной кожей
 4. Все приведенные критерии позволяют провести дифференциальную диагностику.
 5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
25. При каких формах системного склероза поражается кожа лица в виде "кисета"?
1. Каплевидная.
 2. Бляшечная.
 3. Линейная.
 4. Кольцевидная.
 5. CREST-синдром.
26. Какие из приведенных показателей соответствуют III ст. активности системного склероза?
1. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
 2. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ 20-35 мм/час.
 3. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
 4. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
 5. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.
27. Какие из приведенных показателей соответствуют II ст. активности системного склероза?
1. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час
 2. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
 3. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ 20-35 мм/час.
 4. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
 5. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.
28. Какие из приведенных показателей соответствуют I ст. активности системного склероза?
1. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
 2. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
 3. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
 4. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ 20-35 мм/час.
 5. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.
29. Какие отклонения ЭКГ могут выявляться у больных системным склерозом?
1. Признаки миокардиодистрофии.
 2. Признаки ишемии.
 3. Нарушения проводимости и возбудимости.
 4. Гипертрофия миокарда левого желудочка и левого предсердия.
 5. Любые из упомянутых отклонений.
30. Какие отклонения результатов биопсии кожного-мышечного лоскута характерны для системного склероза?
1. Облитерирующий васкулит мелких сосудов, фиброзно-склеротические изменения структуры тканей.
 2. Гранулематозный васкулит мелких артерий, периваскулярная инфильтрация тканей.
 3. Гигантоклеточный васкулит сосудов, тромбоз сосудов, периваскулярная инфильтрация.
 4. Все упомянутые отклонения характерны.
 5. Ни одно из упомянутых отклонений не характерно.
31. Какие отклонения общего анализа крови характерны для острой формы клинического течения системного склероза с высокой активностью патологического процесса?
1. Увеличенная СОЭ.

2. Умеренный лейкоцитоз.
 3. Умеренная гипохромная анемия.
 4. Все упомянутые отклонения типичны.
 5. Ни одно из упомянутых отклонений не типично.
32. Какие поражения почек типичны для системного склероза?
1. Поражаются сосуды почек.
 2. Поражаются клубочки.
 3. Поражается интерстициальная ткань.
 4. Все поражения типичны.
 5. Ни одно из упомянутых поражений не типично.
33. Какие поражения сердца не типичны для системного склероза?
1. Миокардит.
 2. Миокардиальный фиброз.
 3. Облитерирующий эндокардит коронарных артерий с ишемией миокарда.
 4. Недостаточность митрального клапана.
 5. Бородавчатый эндокардит.
34. Какие проявления мышечной патологии типичны для системного склероза?
1. Мышечная слабость.
 2. Атрофия мышц.
 3. Невоспалительный мышечный фиброз.
 4. Воспалительная миопатия.
 5. Все перечисленные варианты.
35. Какие формы суставного синдрома типичны для больных системным склерозом?
1. Полиартралгии.
 2. Фиброзирующий полиартрит мелких суставов пальцев кистей рук.
 3. Псевдоартрит.
 4. Указанные варианты не типичны для данного заболевания.
 5. Все упомянутые формы суставного синдрома типичны для данного заболевания.
36. С каким синдромом связано появление у больных системным склерозом сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, неспособности плакать?
1. Синдром Рейно.
 2. Синдром Шегрена.
 3. Синдром Жакку.
 4. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха.
 5. CREST-синдром.
37. Какие особенности поражения кожи лица не типичны для системной склеродермии?
1. Периорбитальный отек.
 2. Радиальные складки вокруг рта ("кисет").
 3. Маскообразное лицо.
 4. Заостренный нос ("птичий клюв").
 5. Очаги телеангиоэктазий.
38. Укажите не характерные поражения кожи у больных системным склерозом?
1. Гиперемированная, горячая на ощупь.
 2. Сухая, гладкая, блестящая.
 3. Не берется в складку.
 4. Спаяна с подлежащими фасциями, суставными сумками, надкостницей.
 5. Отсутствует пушковый волос.
39. Какие патологические процессы характерны для начального периода системного склероза?
1. Поражение кожи пальцев рук до пястно-фалангового сустава.
 2. Симметричное поражение обеих кистей.
 3. Поражение кожи лица в начале заболевания.
 4. Все патологические отклонения характерны.
 5. Ни одно из перечисленных отклонений не характерно.

40. Какие особенности типичны для хронического течения системного склероза?
1. Формирование CREST-синдрома.
 2. Склонность к формированию склеродермической почки.
 3. Отсутствие склонности к фиброзу легких.
 4. Не характерно поражение легочной артерии.
 5. Все особенности типичны для хронического течения данного заболевания.
41. Что характерно для подострой формы клинического течения системного склероза?
1. Постепенное развитие кожных и системных поражений.
 2. Обязательное формирование синдрома Рейно.
 3. Отклонения лабораторных и биохимических показателей, типичных для умеренной активности патологического процесса.
 4. Всё упомянутое характерно для этой формы заболевания.
 5. Ничего из упомянутого не характерно для этой формы заболевания.
42. Что относится к определению CREST-синдрома?
1. Это ограниченная (лимитированная) форма системной склеродермии.
 2. Повреждения внутренних органов возникают редко.
 3. Возникает склеродермическое поражение только кожи лица и кистей рук дистальнее пястно-фаланговых суставов.
 4. Сопровождается формированием склеродактилии.
 5. Все перечисленное относится к определению данного синдрома.
43. Какие факторы предположительно могут иметь значение в этиологии системного склероза?
1. Инфицирование неизвестным РНК-содержащим вирусом.
 2. Профессиональный контакт с поливинилхлоридом.
 3. Длительная работа в условиях вибрации.
 4. Ни один из перечисленных факторов.
 5. Все перечисленные факторы.
44. Под каким названием зарегистрирована системная склеродермия в международной классификации МКБ 10?
1. Системная склеродерма.
 2. Системная склеродермия.
 3. Системный склероз.
 4. Дерматосклероз.
 5. Фиброзный дерматит.
45. Какое определение системного склероза является наиболее полным?
1. Системный коллагеноз с прогрессирующим фиброзом внутренних органов, облитерирующим васкулитом мелких артерий.
 2. Диффузное заболевание соединительной ткани с очаговым и системным фиброзом внутренних органов.
 3. Диффузное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких сосудов, суставов, кожи, почек и легких.
 4. Диффузное заболевание соединительной ткани с фиброзно-склеротическими изменениями кожи и внутренних органов, васкулитом мелких сосудов в форме облитерирующего эндартериита.
 5. Системное заболевание соединительной ткани с поражением кожи, мышц, суставов, вовлечением в патологический процесс внутренних органов.
46. Какой метод лечения позволяет быстро удалить избыток иммунных комплексов из организма больного системной красной волчанкой?
1. прием плаквенила 0,2 по 2 таблетки в день.
 2. прием циклофосфана 1-4 мг/кг/сутки перорально.
 3. прием азатиоприна 2,5 мг/кг/сутки внутрь.
 4. Плазмаферез.
 5. Все перечисленные.
47. При остром и подостром клиническом течении системной красной волчанки с II или III ст. активности показано:
1. Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.

2. Пероральный прием преднизолона 1-1,3 мг/кг/сутки с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей.
 3. Пульс-терапия парентеральным введением в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
48. При хроническом течении СКВ с минимальной активностью иммунного воспаления показано:
1. Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.
 2. Пероральный прием преднизолона в дозе 1 мг/кг/сутки.
 3. Пульс-терапия парентеральным введением в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона внутривенно капельно в течение 30 минут.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
49. Какие препараты не применяются для подавления гиперреактивности иммунных механизмов, иммунного воспаления, иммунокомплексных поражений у больных системной красной волчанкой?
1. Глюкокортикостероиды.
 2. Нестероидные противовоспалительные препараты.
 3. Иммунодепрессанты (цитостатики).
 4. Аминохинолиновые препараты.
 5. Эфферентные методы (плазмаферез, гемосорбция).
50. Какие иммунологические исследования являются обязательными для диагностики системной красной волчанки?
1. LE-клетки.
 2. Циркулирующие иммунные комплексы.
 3. Антитела к Sm-антигену.
 4. Антинуклеарный фактор.
 5. Все обязательны.
51. Укажите степень активности системной красной волчанки при следующих показателях: лихорадка менее 38 град. С, умеренное похудение, на коже неспецифическая эритема, подострый полиартрит, сухой перикардит, умеренно выраженный миокардит, сухой плеврит, диффузный гломерулонефрит смешанного типа с артериальной гипертензией; гематурией, протеинурией; энцефалоневрит; гемоглобин 100-110 г/л, СОЭ 30-40 мм/час, фибриноген 5-6 г/л., гамма-глобулины 24-25%, LE-клетки 1-4 на 100 лейкоцитов, антинуклеарный фактор 1:64, титр антител к ДНК средний, уровень ЦИК средний.
1. Отсутствует активность.
 2. I ст. - минимальная активность.
 3. II ст. - умеренная активность.
 4. III ст. - максимальная активность.
 5. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.
52. 52. Что можно обнаружить при эхокардиографическом исследовании сердца у больных системной красной волчанкой?
1. Выпот в полости перикарда.
 2. Дилатацию камер сердца.
 3. Недостаточность митрального клапана и/или клапанов устья аорты.
 4. Уменьшение фракции выброса левого желудочка.
 5. Любое отклонение из перечисленных.
53. Что можно обнаружить при ультразвуковом исследовании внутренних органов у больных системной красной волчанкой?
1. Выпот в плевральных полостях.
 2. Спленомегалию.
 3. Гепатомегалию.
 4. Нефрит.
 5. Все перечисленное.
54. Какие рентгенологические изменения суставов типичны для системной красной волчанки?
1. Умеренно выраженный остеопороз.

2. Узурь суставных поверхностей,
 3. Сужение суставной щели, анкилозы.
 4. Все изменения типичны.
 5. Ни одно из указанных изменений не типично.
55. От выраженности какого синдрома зависит присутствие ревматоидного фактора в крови больного системной красной волчанкой?
1. Антифосфолипидного.
 2. Суставного.
 3. Гемолитического.
 4. Тромбоцитопенического.
 5. Любого из перечисленных.
56. Какие иммунологические показатели типичны для системной красной волчанки?
1. Антифосфолипидные антитела.
 2. Антинуклеарный фактор.
 3. Антитела к нативной ДНК.
 4. LE-клетки.
 5. Все перечисленные показатели типичны.

МИОКАРДИОДИСТРОФИИ, ПОРОКИ СЕРДЦА, КАРДИОМИОПАТИИ

1. Что общего между ИБС и миокардиодистрофией?
 1. Зависимость нарушений метаболизма миокарда от коронарной гемодинамики.
 2. Формирование очагов кардиосклероза.
 3. Нарушение проводимости и возбудимости миокарда.
 4. Преимущественное поражение левого желудочка.
 5. Все перечисленное.

2. Что общего между миокардиодистрофией и миокардитом?
 1. Воспалительный процесс в миокарде.
 2. Метаболические нарушения в миокардиоцитах.
 3. Аллергическая реактивность.
 4. Эффективность лечения аминохинолиновыми препаратами.
 5. Все выше перечисленное.

3. Какие лабораторные показатели дают основание предполагать наличие миокардиодистрофии?
 1. Лейкоцитоз.
 2. Увеличенная СОЭ.
 3. Высокий уровень фибриногена и фибрина в крови.
 4. Все перечисленное.
 5. Ничего из перечисленного.

4. Какие заболевания могут сопровождаться миокардиодистрофией?
 1. Алкоголизм.
 2. Хроническая почечная недостаточность.
 3. Тиреотоксикоз.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни одно из перечисленных.

5. Какие патологические состояния вызывают миокардиодистрофию?
 1. Голодание.
 2. Физическое переутомление.
 3. Климакс.
 4. Хронический тонзиллит.
 5. Все перечисленные.

6. Какие признаки отличают миокардиодистрофию от других заболеваний сердца?
 1. Наличие воспалительного процесса в миокарде.
 2. Сочетание нарушений метаболических процессов и воспаления в миокарде.
 3. Патологические изменения метаболизма миокардиоцитов.
 4. Нарушений коронарной гемодинамики.
 5. Иммуноаллергическое поражение миокарда.

7. Чем обусловлены нарушения внутрисердечной гемодинамики при рестриктивной кардиомиопатии?
 1. Невозможностью расслабления миокарда желудочков.
 2. Невозможностью диастолического наполнения желудочков.
 3. Уменьшением ударного объема сердца.
 4. Недостаточностью митрального, трикуспидального клапанов.
 5. Всеми перечисленными причинами.

8. Какие заболевания не имеют отношения к рестриктивной кардиомиопатии?
 1. Эндомиокардиальный фиброз.
 2. Африканская облитерирующая кардиопатия Беккера.
 3. Parietalный фибропластический эозинофильный эндокардит Леффлера.
 4. Миокардит Абрамова-Фидлера.
 5. Все имеют отношение.

9. Как называется хроническое заболевание сердца с возникновением патологической ригидности миокарда желудочков, препятствующей их диастолическому наполнению?
 1. Дилатационная кардиомиопатия.
 2. Гипертрофическая кардиомиопатия.

3. Рестриктивная кардиомиопатия.
 4. Постинфарктный кардиосклероз.
10. Какие препараты нежелательно применять при лечении гипертрофической кардиомиопатии?
1. Амiodарон.
 2. Пропранолол.
 3. Верапамил.
 4. Нитроглицерин.
 5. Все можно применять.
11. Какие клинические особенности типичны для гипертрофической кардиомиопатии?
1. Систолический шум в III-IV межреберье по левому краю грудины, усиливающийся при надувании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.
 2. Систолический шум во II-III межреберье по правому краю грудины, ослабевающий при надувании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.
 3. Систолический шум проводится на сосуды шеи.
 4. II тон над аортой ослаблен.
 5. Все типичны.
12. Какие обстоятельства могут способствовать уменьшению или даже полному смыканию полости левого желудочка у больных с гипертрофической кардиомиопатией?
1. Уменьшение преднагрузки - потока крови, притекающей к левому желудочку.
 2. Увеличение постнагрузки - сопротивлению току крови в аорте и периферических артериях.
 3. Повышение артериального давления.
 4. Увеличение объема циркулирующей крови.
 5. Прием бета-адреноблокаторов.
13. Какие причины играют роль в возникновении гипертрофической кардиомиопатии?
1. Аутосомно-доминантный генетический дефект с неполной пенетрантностью.
 2. Алкоголизм.
 3. Внутриутробно перенесенная вирусная инфекция.
 4. Воздействие ионизирующей радиации.
 5. Все причины играют этиологическую роль.
14. К какому заболеванию относится первично хроническое поражение сердца, проявляющееся выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка при отсутствии стенозов аорты, повышенного артериального давления с обязательной массивной гипертрофией межжелудочковой перегородки?
1. Дилатационная кардиомиопатия.
 2. Гипертрофическая кардиомиопатия.
 3. Рестриктивная кардиомиопатия.
 4. Миокардит
 5. ИБС.
15. Какие препараты нет смысла применять для лечения сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией?
1. Метапролол.
 2. Верошпирон.
 3. Молсидамин.
 4. Ретаболил.
 5. Циклофосфан.
16. Какие группы препаратов нет смысла применять для лечения сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией?
1. Сердечные гликозиды.
 2. Ингибиторы АПФ.
 3. Мочегонные.
 4. Конкурентные антагонисты альдостерона- верошпирон.
 5. Глюкокортикоидные гормоны.
17. Какие патологические процессы не участвуют в формировании клинической картины дилатационной кардиомиопатии?
1. Нарушения ритма.

2. Сердечная недостаточность.
 3. Тромбоэмболические осложнения.
 4. Все участвуют.
 5. Все не участвуют.
18. Как называется первично хроническое некоронарогенное, невоспалительное, не связанное с нарушениями метаболических процессов заболевание сердца, проявляющееся диффузным поражением миокарда с резким снижением его сократительной способности и прогрессирующей дилатацией полостей.
1. Рестриктивная кардиомиопатия.
 2. Гипертрофическая кардиомиопатия.
 3. Дилатационная кардиомиопатия.
 4. ИБС.
 5. Миокардит.
19. Какой препарат является универсальным средством купирования и лечения нарушений ритма у больных с многоклапанными пороками сердца?
1. Пропранолол.
 2. Амидорон.
 3. Верапамил.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
20. В каких случаях показано применение сердечных гликозидов у больных с пороками сердца?
1. При возникновении сердечной недостаточности у больных с преобладанием стеноза устья аорты.
 2. При возникновении сердечной недостаточности у больных с преобладанием недостаточности клапанов устья аорты.
 3. При возникновении тахисистолической формы мерцательной аритмии
 4. Во всех упомянутых случаях.
 5. Ни в одном из упомянутых случаев.
21. С каким функциональным классом недостаточности кровообращения больным показана исключительно консервативная, медикаментозная коррекция гемодинамических нарушений, связанных с многоклапанным пороком сердца?
1. ФК-I
 2. ФК-II
 3. ФК-III
 4. ФК-IV
 5. С любым функциональным классом.
22. Какие клинические особенности типичны для митрально-аортальной недостаточности?
1. Большой разбег систолического и диастолического артериального давления
 2. Низкое или равное нулю значение диастолического артериального давления
 3. Интенсивная пульсация сосудов на шее "пляска каротид"
 4. Пульсирующие головные боли.
 5. Все типичны.
23. Какие особенности патогенеза типичны для сочетания митрального стеноза и недостаточности аортального клапана с преобладанием митрального стеноза?
1. Митральный стеноз ограничивает объемную перегрузку левого желудочка
 2. Митральный стеноз усугубляет гемодинамические сдвиги, вызываемые недостаточностью аортального клапана
 3. Митральный стеноз ускоряет возникновение декомпенсации левого желудочка, вызываемой недостаточностью аортального клапана
 4. Все типичны
 5. Все не типичны
24. Чем проявляется застой в легочных венах у больных с митрально-аортальным пороком?
1. Кашлем с отхождением ржавой мокроты.
 2. Появление прожилок крови в мокроте.
 3. Приступы удушья с отхождением розоватой, пенистой мокроты.
 4. Всеми упомянутыми симптомами.

5. Ни одним из упомянутых симптомов.
25. К чему в первую очередь приведет относительная недостаточность трикуспидального клапана у больных с митрально-аортальным пороком?
 1. К венозному застою в сосудах портальной системы и в венах большого круга.
 2. К отеку легкого.
 3. К фиброзу печени.
 4. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
 5. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
26. К чему в первую очередь приведет относительная недостаточность клапанов устья легочной артерии у больных с митрально-аортальным пороком?
 1. К венозному застою в большом круге кровообращения.
 2. К формированию относительной недостаточности трикуспидального клапана.
 3. К отеку легкого.
 4. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
 5. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
27. К чему в первую очередь приведет склероз легочных артерий у больных с митрально-аортальным пороком?
 1. К венозному застою в большом круге кровообращения.
 2. К перегрузке и декомпенсации функции правого желудочка.
 3. К фиброзу печени.
 4. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
 5. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
28. К чему в первую очередь приведет спазм легочных артерий у больных с митрально-аортальным пороком?
 1. К венозному застою в большом круге кровообращения.
 2. К перегрузке и декомпенсации функции правого желудочка.
 3. К склерозу легочных артерий.
 4. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
 5. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
29. К чему в первую очередь приведет повышение давления в легочных венах у больных с митрально-аортальным пороком?
 1. К отеку легких.
 2. К спазму легочных артерий.
 3. К склерозу легочных артерий.
 4. К венозному застою в большом круге кровообращения.
 5. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
 6. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
30. Какое патологическое значение имеет незаращение овального отверстия?
 1. Приводит к патологическому сбросу крови слева - направо с тяжелыми гемодинамическими последствиями.
 2. Приводит к патологическому сбросу крови справа - налево с тяжелыми гемодинамическими последствиями.
 3. Значительно утяжеляет клиническое течение ДМПП типа (ostium secundum).
 4. Значительно утяжеляет клиническое течение ДМПП типа (ostium primum).
 5. Не угрожает здоровью.
31. В каком месте чаще всего располагается коарктация аорты?
 1. Восходящая часть.
 2. Переход дуги аорты в нисходящую часть.
 3. Нисходящая часть.
 4. Грудная аорта.
 5. Брюшная аорта.
32. Что не типично для результатов зондирования полостей сердца у больных с дефектом межжелудочковой перегородки?
 1. Зонд легко попадает из правого желудочка в левый.

2. Выявление оксигенированной крови в правом желудочке, но не в правом предсердии.
 3. Выявление оксигенированной крови в правом предсердии, но не в правом желудочке.
 4. Увеличенное давление в полости правого желудочка.
 5. Все не типично.
33. Какие возможности имеет ЭхоКТ для диагностики врожденного порока - дефекта межжелудочковой перегородки?
1. Визуализация и измерения величины больших и средних дефектов перегородки.
 2. Выявление методом цветового доплеровского картирования фенестрации перегородки.
 3. Оценка направления потока крови через дефект доплеровским методом.
 4. Оценка степени гипертрофии миокарда и дилатации камер сердца.
 5. Имеет все обозначенные возможности.
34. Какие особенности патогенеза типичны для большого дефекта межжелудочковой перегородки в склеротическую фазу легочной гипертензии?
1. Сброс крови справа - налево вызывает гипоксемию, компенсаторный эритроцитоз.
 2. Выраженный застой в легких вызывает мучительный кашель, кровохарканье.
 3. Выраженная дилатация левого предсердия является причиной формирования мерцательной аритмии.
 4. Все типичны.
 5. Все не типичны.
35. По какому критерию диагностируется дефект межпредсердной перегородки при катетеризации полостей сердца?
1. Повышенное давление в левом предсердии.
 2. Повышенное давление в правом предсердии.
 3. Увеличенное насыщение крови кислородом в правом предсердии.
 4. По всем упомянутым критериям.
 5. Ни по одному из упомянутых критериев.
36. Что является причиной возникновения диффузного цианоза у больных врожденным пороком - дефектом межпредсердной перегородки?
1. Более высокое давление в правом предсердии, чем в левом.
 2. Декомпенсация функции левого предсердия.
 3. Декомпенсация функции правого предсердия.
 4. Мерцательная аритмия.
 5. Все перечисленное.
37. Какие патологические процессы не характерны для компенсированного периода врожденного порока - дефекта межпредсердной перегородки?
1. Сброс артериальной крови из левого предсердия в правое.
 2. Объемная перегрузка левого предсердия.
 3. Объемная перегрузка правого предсердия.
 4. Объемная перегрузка левого желудочка.
 5. Объемная перегрузка правого желудочка.
38. Где формируется дефект межпредсердной перегородки типа первичного отверстия (ostium primum)?
1. В верхней части межжелудочковой перегородки вблизи устья верхней полой вены.
 2. В средней части межпредсердной перегородки в овальной ямке.
 3. Вблизи основания створок атриовентрикулярных клапанов.
 4. Ни в одном из указанных мест.
 5. В любом из указанных мест.
39. Где формируется дефект межпредсердной перегородки типа вторичного отверстия (ostium secundum)?
1. В верхней части межжелудочковой перегородки вблизи устья верхней полой вены.
 2. В средней части межпредсердной перегородки в овальной ямке.
 3. Вблизи основания створок атриовентрикулярных клапанов.
 4. Ни в одном из указанных мест.
 5. В любом из указанных мест.

40. Каким препаратом можно достичь медикаментозно индуцированной облитерации открытого артериального протока у недоношенных детей?
1. Индометацин.
 2. Димедрол.
 3. Пропранолол.
 4. Фенобарбитал.
 5. Д-пенициламин.
41. В каких случаях можно применять способ медикаментозно индуцированной облитерации открытого артериального протока?
1. У недоношенных детей.
 2. В раннем младенческом возрасте.
 3. У подростков в период полового созревания.
 4. У взрослых людей.
 5. В любом из указанных случаев.
42. Какие признаки врожденного порока - открытого артериального протока - можно обнаружить с помощью ЭхоКГ?
1. Визуализировать открытый артериальный проток.
 2. Обнаружить признаки стеноза левого атриовентрикулярного соустья.
 3. Обнаружить признаки стеноза легочной артерии.
 4. Все перечисленные признаки.
 5. Ни один из перечисленных признаков.
43. При каких обстоятельствах исчезает аускультативная симптоматика врожденного порока - открытого артериального протока и он становится "афоничным"?
1. При выравнивании давления в легочной артерии и в аорте.
 2. При превышении давления в легочной артерии над давлением в аорте.
 3. При преобладании давления в аорте над давлением в легочной артерии.
 4. При всех указанных обстоятельствах.
 5. Ни при одном из указанных обстоятельствах.
44. В какой возрастной период формируется врожденный порок сердца – открытый артериальный проток?
1. Внутриутробно.
 2. После рождения.
 3. В период полового созревания.
 4. В зрелом возрасте.
 5. В пожилом возрасте.
45. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится коарктация аорты?
1. ВПС синего цвета с веноартериальным сбросом.
 2. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
 3. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
 4. Ни к одной из перечисленных.
 5. К любой из перечисленных.
46. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится тетрада Фалло?
1. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом.
 2. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
 3. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
 4. Ни к одной из перечисленных.
 5. К любой из перечисленных.
47. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится открытый артериальный проток?
1. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом
 2. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом
 3. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков
 4. Ни к одной из перечисленных
 5. К любой из перечисленных
48. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится дефект межпредсердной перегородки?

1. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом.
 2. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
 3. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
 4. Ни к одной из перечисленных.
 5. К любой из перечисленных.
49. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится дефект межжелудочковой перегородки?
1. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
 2. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом.
 3. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
 4. Ни к одной из перечисленных.
 5. К любой из перечисленных.
50. Что не может привести к формированию врожденного порока сердца?
1. Генетические дефекты.
 2. Внутриутробная вирусная инфекция.
 3. Алкоголизм матери.
 4. Прием тератогенных препаратов.
 5. Асфиксия во время родов.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

1. В этиологии первичного остеоартроза имеет значение:
 1. Реактивный артрит в анамнезе.
 2. Гиперурикемия.
 3. Травма сустава.
 4. Тяжелый физический труд.
 5. Все перечисленное верно.

2. Какие методы местной терапии применяются у больных ревматоидным артритом?
 1. Аппликации 0,5% раствора димексида.
 2. Местное нанесение мазей, содержащих НСПВ.
 3. Инфильтрация околосуставных тканей новокаином с преднизолоном.
 4. Электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств.
 5. Все упомянутые методы.

3. Наиболее эффективным методом быстрого выведения из организма избытка циркулирующих иммунных комплексов и ревматоидного фактора является:
 1. Гемодиализ.
 2. Гемосорбция.
 3. Плазмоферез.
 4. Все приведенные методы.
 5. Ни один из приведенных методов.

4. Какие препараты применяются для внутрисуставного введения при лечении больных ревматоидным артритом?
 1. Метилпреднизолон.
 2. Депомедрол.
 3. Гидрокортизон.
 4. Ни один из перечисленных.
 5. Все перечисленные.

5. В каких случаях желателен применение сульфаниламидных противовоспалительных препаратов для лечения больных ревматоидным артритом?
 1. У больных ревматоидным артритом с системными проявлениями.
 2. У больных ревматоидным артритом без системных проявлений.
 3. У больных с ревматоидным артритом, осложненным остеоартрозом.
 4. При всех упомянутых обстоятельствах.
 5. Ни в одной из упомянутых групп больных.

6. Какие из приведенных препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита не относятся к группе сульфаниламидных противовоспалительных средств?
 1. Сульфасалазин.
 2. Салазопиридазин.
 3. Солумедрол.
 4. Ни один из упомянутых не относится к этой группе.
 5. Все упомянутые относятся к этой группе.

7. Какие из перечисленных лекарственных средств являются иммунодепрессантами, применяемыми для лечения ревматоидного артрита?
 1. Метотрексат.
 2. Азатиоприн.
 3. Циклофосфан.
 4. Ни один из перечисленных.
 5. Все перечисленные.

8. Какие из перечисленных лекарственных средств являются иммунодепрессантами, применяемыми для лечения ревматоидного артрита?
 1. Кризанол.
 2. Циклофосфан.
 3. Тауредон.
 4. D-пеницилламин (купренил).
 5. Ауранофин.

9. Какие из перечисленных лекарственных средств, применяемых для лечения ревматоидного артрита, являются препаратами золота?
1. Кризанол.
 2. Тауредон.
 3. Ауранофин.
 4. Ни один из перечисленных.
 5. Все перечисленные.
10. Какие препараты входят в группу средств базисной терапии ревматоидного артрита?
1. Препараты золота.
 2. Иммунодепрессанты.
 3. D-пеницилламин (купренил).
 4. Сульфаниламидные противовоспалительные и аминохинолиновые препараты.
 5. Все упомянутые препараты.
11. Какие из перечисленных препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита, не относятся к группе нестероидных противовоспалительных средств?
1. Диклофенак-натрий.
 2. Делагил.
 3. Ибупрофен.
 4. Индометацин.
 5. Нимесулид.
12. Какой из приведенных критериев позволяет дифференцировать ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилоартрит в пользу ревматоидного артрита?
1. Преимущественное поражение суставов позвоночника.
 2. Сакроилеит в дебюте суставных проявлений заболевания.
 3. Последовательное вовлечение в воспалительный процесс голеностопных, коленных, тазобедренных суставов.
 4. Последовательное вовлечение в воспалительный процесс мелких суставов кистей рук локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставов.
 5. Характерная "поза просителя" у больного с согнутой спиной и наклоненной вниз головой.
13. Какой из приведенных критериев позволяет дифференцировать ревматоидный артрит и болезнь Рейтера в пользу ревматоидного артрита?
1. Сочетание артрита с хроническим хламидийным уретритом, конъюнктивитом
 2. Асимметричное поражение пястно-фалангового сустава первого пальца стопы, голеностопного, коленного суставов.
 3. Симметричное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей рук.
 4. Сакроилеит.
 5. Подошвенный фасциит.
14. Какие из приведенных критериев позволяют дифференцировать ревматоидный артрит и первичный остеоартроз в пользу ревматоидного артрита?
1. Поражение преимущественно "нагруженных" суставов - тазобедренных, коленных.
 2. Симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов без образования околосуставных узлов.
 3. Поражение дистальных межфаланговых суставов с образованием околосуставных узлов Гебердена.
 4. Все указанные критерии.
 5. Ни один из упомянутых критериев.
15. Какие из приведенных критериев позволяют дифференцировать ревматоидный артрит и острую ревматическую лихорадку в пользу последней?
1. Отсутствие деструктивных, анкилозирующих поражений суставов.
 2. Быстрый эффект нестероидных противовоспалительных препаратов при остром суставном синдроме.
 3. Преобладание симптомов сердечной недостаточности над суставной патологией.
 4. Все указанные критерии.
 5. Ни один из упомянутых критериев.

16. Укажите степень активности ревматоидного артрита, если у больного имеет место утренняя скованность продолжительностью до 60 минут; незначительные гипертермия и припухлость суставов; СОЭ до 20-24 мм/час; СРБ (+); альфа-2-глобулины менее 12%?
1. 0 ст.
 2. I ст.
 3. II ст.
 4. III ст.
 5. Сочетание приведенных признаков не используются для оценки активности ревматоидного артрита.
17. Укажите степень активности ревматоидного артрита, если у больного круглосуточная скованность, интенсивные, обездвиживающие боли в суставах; выраженный отек, гипертермия кожи над пораженными суставами; СОЭ свыше 40мм/час; гипохромная анемия; СРБ (+++); альфа-2-глобулины более 15%?
1. 0 ст.
 2. I ст.
 3. II ст.
 4. III ст.
 5. Сочетание приведенных признаков не используются для оценки активности ревматоидного артрита.
18. Какие изменения синовиальной жидкости из пораженных суставов не типичны для ревматоидного артрита?
1. Повышенная мутность, низкая вязкость синовиальной жидкости.
 2. Увеличенное количество клеточных элементов, нейтрофилов.
 3. Присутствие рагоцитов.
 4. Присутствие взвешенных мелких фрагментов суставного хряща.
 5. Присутствие ревматоидного фактора.
19. Свидетельством, какого синдрома являются отеки, гипопроотеинемия, протеинурия, гиперхолестеринемия, возникшие у больного ревматоидным артритом?
1. Легочного синдрома.
 2. Сердечного синдрома.
 3. Нефротического синдрома.
 4. Нейропатического синдрома.
 5. Анемического синдрома.
20. Какая причина гипохромной анемии у больных с ревматоидным артритом?
1. Дефицит железа.
 2. Перераспределение железа в организме.
 3. Гемолиз.
 4. Дефицит витаминов.
 5. Хроническая кровопотеря.
21. Какая патология почек у больных ревматоидным артритом чаще всего проявляется нефротическим синдромом?
1. Вторичный амилоидоз почек.
 2. Первичный амилоидоз почек.
 3. Мочекаменная болезнь.
 4. Хронический иммуннокомплексный гломерулонефрит.
22. Какая патология почек является наиболее типичной для ревматоидного артрита?
1. Тубулоинтерстициальный нефрит.
 2. Вторичный амилоидоз почек.
 3. Первичный амилоидоз почек.
 4. Мочекаменная болезнь.
 5. Нефроптоз.
23. Какие поражения сердца могут возникать у больных ревматоидным артритом?
1. Сухой перикардит.
 2. Очаговый гранулематозный миокардит с экстрасистолией, блокадами.
 3. Пороки клапанов устья аорты.
 4. Пороки митрального клапана.
 5. Все перечисленные.

24. Какие патологические процессы типичны для ревматоидного легкого?
1. Пневмонит.
 2. Фиброзирующий альвеолит.
 3. Плеврит.
 4. Ни один из перечисленных.
 5. Все перечисленные.
25. У больного ревматоидным артритом после опускания рук в холодную воду их кожа стала бледной, "обескровленной", а спустя небольшой промежуток времени синюшно-багровой, отечной - как называется такая реакция?
1. Синдром Рейтера.
 2. Синдром карпального канала.
 3. Синдром Шегрена.
 4. Синдром Фелти.
 5. Синдром Рейно.
26. Какие осложнения типичны для ревматоидного артрита?
1. Вторичный амилоидоз.
 2. Железоперераспределительная гипохромная анемия.
 3. Вторичный остеоартроз.
 4. Ни одно из перечисленных.
 5. Все перечисленные.
27. Какие системные поражения определяют клиническую картину ревматоидного артрита?
1. Ревматоидные узелки.
 2. Лимфаденопатия.
 3. Васкулит.
 4. Поражения легких.
 5. Все перечисленные.
28. Какие суставы крайне редко поражаются у больных ревматоидным артритом?
1. Дистальные межфаланговые суставы пальцев кисти.
 2. Проксимальный межфаланговый сустав мизинца кисти.
 3. Первый пястно-фаланговый сустав большого пальца кисти.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
29. Какие из перечисленных ниже признаков типичны для ревматоидного артрита?
1. Узелки Бушара на проксимальных межфаланговых суставах пальцев кисти.
 2. Узелки Гебердена на дистальных межфаланговых суставах пальцев кисти.
 3. Атрофия и западение мышц на тыле кисти (амиотрофия).
 4. Истонченная, не собирающаяся в складку кожа над суставами пальцев кисти.
 5. Петехиальная сыпь на коже над пораженными суставами.
30. Какая из перечисленных ниже формулировок соответствует характерному для ревматоидного артрита симптому "плавника моржа"?
1. Гипермобильность связочного аппарата кисти.
 2. Отклонение кисти в сторону лучевой кости предплечья.
 3. Отклонение кисти в сторону локтевой кости предплечья.
 4. Деформация пальцев кисти.
 5. Атрофия мышц тыла кисти.
31. Какие процессы вызывают атрофию мышц у больных ревматоидным артритом?
1. Воспаление мышечной ткани.
 2. Воспалительно-дегенеративные изменения периферических двигательных нервов.
 3. Физиологическая реакция на ограничение или отсутствие подвижности суставов.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
32. Какие процессы в суставах и окружающих тканях определяют клиническую картину позднего периода ревматоидного артрита?

1. Некротизирующие процессы (ишемия).
 2. Проллиферативные процессы.
 3. Экссудативные процессы.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
33. Какие процессы в суставах и окружающих тканях определяют клиническую картину начального периода ревматоидного артрита?
1. Некротизирующие процессы (ишемия).
 2. Проллиферативные процессы.
 3. Экссудативные процессы.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
34. Какое поражение суставов не типично для ревматоидного артрита?
1. Одностороннее воспаление лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов.
 2. Симметричное двустороннее воспаление лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов.
 3. Олиго- или моноартрит лучезапястных, локтевых, коленных суставов.
 4. Артрит тазобедренных, плечевых суставов.
 5. Артрит межпозвонковых сочленений.
35. Какие суставы поражаются в начальный период ревматоидного артрита?
1. Лучезапястные.
 2. Пястно-фаланговые.
 3. Проксимальные межфаланговые.
 4. Ни один из перечисленных.
 5. Все перечисленные.
36. Какие клинические проявления преобладают при остром начале ревматоидного артрита?
1. Нарушения общего самочувствия, слабость, лихорадка.
 2. Боли в суставах.
 3. Скованность по утрам.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни одно из перечисленных.
37. Какие из перечисленных вариантов ревматоидного артрита сопровождаются спленомегалией?
1. Синдром Фелти.
 2. Болезнь Стилла у взрослых.
 3. Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем.
 4. Ни один из перечисленных.
 5. Все перечисленные.
38. У кого можно обнаружить ревматоидный фактор в титре 1:32 реакции Ваалер-Роузе?
1. У здоровых лиц.
 2. При болезни Стилла у взрослых.
 3. У больных серопозитивным ревматоидным артритом.
 4. Ни в одной из упомянутых ситуаций.
 5. Во всех упомянутых ситуациях.
39. Где можно обнаружить ревматоидный фактор у больных с серонегативным ревматоидным артритом?
1. В синовиальной жидкости.
 2. В спинномозговой жидкости.
 3. В крови.
 4. Во всех упомянутых местах.
 5. Ни в одном из упомянутых мест.
40. Где выявляется ревматоидный фактор у больных с серопозитивным ревматоидным артритом?
1. В рагоцитах из синовиальной жидкости.
 2. В синовиальной жидкости.
 3. В крови.
 4. Во всех упомянутых местах.

5. Ни в одном из упомянутых мест.
41. Какой синдром формируется у больных с ревматоидным артритом, осложненным амилоидозом с преимущественным поражением почек?
 1. Гипертонический.
 2. Дизурический.
 3. Нефротический.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни один из перечисленных.
42. Поражение каких органов чаще всего возникает в результате вторичного амилоидоза у больных ревматоидным артритом?
 1. Почек.
 2. Печени.
 3. Кишечника.
 4. Всех упомянутых.
 5. Ни одного из упомянутых.
43. Какая причина вторичного амилоидоза у больных ревматоидным артритом?
 1. Нарушения липидтранспортной системы.
 2. Формирование моноклональной гипергаммаглобулинемии.
 3. Функциональная недостаточность протеолитических механизмов элиминации острофазовых белков и иммунных комплексов.
 4. Все упомянутые причины.
 5. Ни одна из упомянутых причин.
44. Какие вторичные заболевания возникают при длительном течении ревматоидного артрита?
 1. Сахарный диабет.
 2. Атеросклероз
 3. Амилоидоз.
 4. Все перечисленные.
 5. Ни одно из перечисленных.
45. Какие изменения не типичны для патогенеза ревматоидного артрита?
 1. Симметричное двустороннее поражение суставов.
 2. Деструктивное поражение суставов с вовлечением хряща, синовиальной оболочки и капсулы.
 3. Появление в полости сустава грануляционной ткани - паннуса.
 4. Разрушение синовиальной оболочки, хряща и эпифизов костей с образованием узур.
 5. Формирование субхондрального склероза и остеофитов.
46. Какие из перечисленных особенностей не относятся к патогенезу ревматоидного артрита?
 1. Симметричное двустороннее деструктивное поражение суставов с вовлечением хряща, синовиальной оболочки и капсулы.
 2. Разрастание грануляционной ткани-паннуса с последующим анкилозом сустава.
 3. Разрушение синовиальной оболочки, хряща и эпифизов костей с образованием узур.
 4. Первичное и преимущественное поражение крестцово-подвздошного сочленения.
 5. Все перечисленное не относится к патогенезу ревматоидного артрита.
47. Что из перечисленного относится к патогенезу ревматоидного артрита?
 1. Деструктивное поражение суставов с вовлечением хряща, синовиальной оболочки и капсулы.
 2. Разрушение синовиальной оболочки, хряща и эпифизов костей с образованием узур.
 3. Появление в полости сустава грануляционной ткани - паннуса.
 4. Анкилозирование суставов.
 5. Все перечисленное относится к патогенезу ревматоидного артрита.
48. Перечислите особенности патогенеза ревматоидного артрита?
 1. Преимущественное поражение крупных, нагруженных суставов (коленных, тазобедренных).
 2. Поражение позвоночника в начальный, острый период заболевания.
 3. Симметричное двустороннее поражение суставов.
 4. Асимметричное одностороннее поражение суставов.
 5. Всё перечисленное относится к патогенезу ревматоидного артрита.

49. Какой из перечисленных вариантов ревматоидного артрита не существует?
1. Серопозитивный.
 2. Серонегативный.
 3. Смешанный.
 4. Ревматоидная болезнь легкого.
 5. Ревматоидный васкулит.
50. Что такое ревматоидный фактор?
1. Анти-О-стрептолизин.
 2. Анти-О-стрептокиназа.
 3. Антигиалуронидаза.
 4. IgM и IgG антитела к PC фрагменту IgG.
 5. Иммунные комплексы.
51. Какие обстоятельства способствуют запуску патогенетических механизмов ревматоидного артрита?
1. Алкогольный эксцесс.
 2. Пищевая токсикоинфекция.
 3. Переохлаждение.
 4. Все перечисленные обстоятельства.
 5. Ни одно из перечисленных обстоятельств.
52. Какие факторы имеют значение в этиологии ревматоидного артрита?
1. Присутствие антигена гистосовместимости HBA.
 2. Инфицирование вирусом Эбштейн-Бар.
 3. Инфицирование цитомегаловирусом.
 4. Все упомянутые факторы.
 5. Ни один из упомянутых факторов.
53. Какие из нижеуказанных факторов имеют значение в этиологии ревматоидного артрита?
1. Микобактерии.
 2. Герпевиреус тип-3.
 3. Герпевиреус тип-5.
 4. Все перечисленные факторы.
 5. Ни один из перечисленных факторов.
54. Ревматоидному артриту соответствует одно из указанных определений.
1. Хроническое неинфекционное заболевание, приводящее к воспалительным заболеваниям суставов и околосуставных структур.
 2. Хроническое обменно-дистрофическое заболевание, приводящее к прогрессирующему разрушению суставных и околосуставных структур.
 3. Хроническое иммуннокомплексное заболевание, приводящее к прогрессирующему разрушению суставных и околосуставных структур, развитию системных нарушений.
 4. Хроническое иммунновоспалительное заболевание, проявляющееся гепатомегалией, спленомегалией, воспалительными изменениями суставных и околосуставных структур.
 5. Хроническое иммунновоспалительное заболевание, приводящее к прогрессирующему поражению позвоночника, развитию системных нарушений

МИОКАРДИТЫ, ПЕРИКАРДИТЫ, ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

1. Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:
 1. Вирусные.
 2. Бактериальные.
 3. Паразитарные.
 4. Грибковые.

2. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:
 1. Аллергических реакций.
 2. Токсических воздействий.
 3. Химических воздействий.
 4. Воздействий физических факторов.
 5. Всего перечисленного.

3. В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:
 1. Положительные результаты биопсии миокарда подтверждают диагноз.
 2. Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
 3. Оба ответа правильные.

4. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:
 1. Сцинтиграфии миокарда с таллием-201.
 2. Биопсии миокарда.
 3. Сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.
 4. Радионуклидной вентрикулографии.
 5. Всего перечисленного.

5. При установлении диагноза миокардита:
 1. Обязательно назначение "противовоспалительных препаратов".
 2. Лечение в большинстве случаев симптоматическое.
 3. Обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов.
 4. Обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде".
 5. Правильного ответа нет.

6. При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:
 1. Глюкокортикоидных гормонов.
 2. Азатиоприна.
 3. Оба ответа правильные.
 4. Правильного ответа нет.

7. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:
 1. Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.
 2. Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
 3. Оба ответа правильные.
 4. Правильного ответа нет.

8. Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:
 1. Туберкулез.
 2. Сифилис.
 3. Ревматизм.
 4. Ранения перикарда.
 5. Системные заболевания соединительной ткани.

9. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:
 1. Перикардиты при заболеваниях крови.
 2. Перикардиты при злокачественных опухолях.
 3. Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
 4. Все перечисленные формы.
 5. Ничего из перечисленного.

10. К асептическим перикардитам следует отнести:

1. Постинфарктный перикардит.
2. Посткомиссуротомный перикардит.
3. Уремический.
4. Все перечисленные.
5. Ничего из перечисленного.

11. В острой стадии перикардита происходит:

1. Выпадение нитей фибрина.
2. Накопление экссудата.
3. Ничего из перечисленного.
4. Все перечисленное.

12. При хроническом перикардите:

1. Происходит разрастание грануляционной ткани.
2. Формируются спайки между листками перикарда.
3. Происходит облитерация полости перикарда.
4. Имеет место все перечисленное.

13. Парадоксальный пульс - это:

1. Исчезновение пульса или уменьшение его наполнения при вдохе.
2. Низкая амплитуда пульсовой волны на периферических артериях при высокой амплитуде его на магистральных сосудах.
3. И то, и другое.
4. Ни то, ни другое.

14. Причиной “парадоксального пульса” при перикардите является:

1. Резкое снижение сердечного выброса на вдохе.
2. Повышение сердечного выброса на выдохе.
3. Нарушения ритма.
4. Все перечисленное.
5. Правильного ответа нет.

15. Центральное венозное давление при накоплении в перикарде жидкости:

1. Повышается.
2. Снижается.
3. Не изменяется.
4. Изменения не закономерны.

16. Нарушения гемодинамики при спаечном процессе в перикарде обусловлены:

1. Ограничением диастолического растяжения миокарда.
2. Снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки.
3. Сдавлением крупных вен.
4. Всем перечисленным.

17. Для острого фибринозного перикардита не характерны:

1. Брадикардия.
2. Повышение температуры тела.
3. Боль за грудиной.
4. Шум трения перикарда.
5. Дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

18. При остром фибринозном перикардите может наблюдаться:

1. Тахикардия.
2. Шум трения перикарда.
3. Боль за грудиной.
4. Снижение АД.
5. Все перечисленное.

19. Для диагностики острого фибринозного перикардита наиболее важным симптомом является:

1. Тахикардия.

2. Шум трения перикарда.
 3. Боль за грудиной.
 4. Дисфагия.
 5. Снижение АД.
20. Шум трения перикарда при фибринозном перикардите:
1. Лучше выслушивается в положении сидя.
 2. Не связан с дыханием.
 3. Усиливается при надавливании стетоскопа.
 4. Выслушивается в систолу и диастолу.
 5. Все ответы правильные.
21. Шум трения перикарда можно выслушать:
1. В межлопаточном пространстве.
 2. Над всей зоной абсолютной тупости сердца.
 3. На небольшом участке в IV межреберье слева.
 4. Все ответы правильные.
 5. Правильного ответа нет.
22. Наиболее информативным для диагностики фибринозного перикардита без выпота следует считать метод:
1. Рентгенографии.
 2. Эхокардиографии.
 3. Аускультации.
 4. Электрокардиографии.
23. Для болевого синдрома при остром перикардите не характерны:
1. Тупой, давящий характер боли.
 2. Продолжительность боли более 30 минут.
 3. Локализация болей за грудиной.
 4. Уменьшение боли после приема нитроглицерина.
 5. Зависимость боли от дыхания, движения, глотания, положения тела.
24. При фибринозном перикардите на ЭКГ обычно не бывает:
1. Конкордантного смещения сегмента ST во всех грудных отведения.
 2. Отрицательного зубца T.
 3. Отклонения электрической оси влево.
25. При экссудативном перикардите может наблюдаться:
1. Одышка.
 2. Глухость тонов сердца.
 3. Расширение границ сердечной тупости.
 4. Тахикардия и парадоксальный пульс.
 5. Все перечисленное.
26. Для экссудативного перикардита не характерны:
1. Вынужденное положение тела "поза глубокого наклона".
 2. Застойные явления в большом круге кровообращения.
 3. Брадикардия.
 4. Бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких.
 5. Парадоксальный пульс.
27. При тампонаде сердца наблюдается:
1. Резкая одышка.
 2. Цианоз.
 3. Тахикардия.
 4. Нитевидный пульс.
 5. Все перечисленное.
28. Рентгенологическими признаками экссудативного перикардита являются:
1. Увеличение размеров сердца.
 2. Ослабление пульсации.

3. Сглаженность контуров сердца.
 4. Все перечисленное.
29. Эндокардит могут вызывать:
1. Вирусы.
 2. Бациллы лихорадки Ку.
 3. Сальмонеллы.
 4. Все перечисленное.
 5. Ничего из перечисленного.
30. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать:
1. Преходящую бактеремию.
 2. Проведение гемодиализа.
 3. Наличие искусственных клапанов сердца.
 4. Все перечисленное.
 5. Ничего из перечисленного.
31. Инфекционный эндокардит чаще возникает:
1. У больных, имеющих поражение клапанного аппарата.
 2. При интактных клапанах.
 3. Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его.
32. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:
1. Лихорадка.
 2. Артралгии.
 3. Петехии на коже и слизистых.
 4. Изменения формы ногтей.
33. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
1. Миокардит.
 2. Васкулиты мелких сосудов.
 3. Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов.
 4. Все перечисленное.
 5. Ничего из перечисленного.
34. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:
1. Митрального клапана.
 2. Аортального клапана.
 3. Трехстворчатого клапана.
35. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен:
1. Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами.
 2. Поражением *vasa vasorum*.
 3. И тем, и другим.
 4. Ни тем, и ни другим.
36. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:
1. Диффузный гломерулонефрит.
 2. Инфаркт почки.
 3. Очаговый нефрит.
 4. Все перечисленное.
 5. Ничего из перечисленного.
37. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:
1. Боль в поясничной области.
 2. Гематурия.
 3. Дизурические явления.
 4. Все перечисленное.
 5. Правильного ответа нет.

38. При подостром инфекционном эндокардите анемия наблюдается:

1. У большинства больных.
2. Редко.
3. Не встречается.

39. Для острого инфекционного эндокардита характерно:

1. Наличие лихорадки, озноба.
2. Наличие лейкоцитоза.
3. Быстрое формирование порока сердца.
4. Быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
5. Все перечисленное.

40. Для больного с острым инфекционным эндокардитом характерно наличие:

1. Бактеремии.
2. Лейкоцитоза.
3. Увеличение СОЭ.
4. Все ответы правильные.

41. При остром инфекционном эндокардите могут наблюдаться:

1. Поражение ЦНС.
2. Поражение клапанов сердца.
3. Эмболия в различные органы с развитием гнойных метастатических очагов.
4. Почечная недостаточность.
5. Все перечисленное.

42. Наиболее часто при подостром инфекционном эндокардите поражается:

1. Митральный клапан.
2. Аортальный клапан.
3. Трехстворчатый клапан.

43. Для аускультативной картины поражения аортального клапана при подостром инфекционном эндокардите характерно наличие:

1. Систолического шума с максимумом во II межреберье справа.
2. Диастолического шума в точке Боткина.
3. Диастолического шума на верхушке.

44. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

1. Экстрасистолия.
2. Мерцательная аритмия.
3. Нарушения АВ проводимости.
4. Синусовая брадикардия или тахикардия.
5. Все перечисленное.

45. Инфекционный эндокардит может осложняться развитием:

1. Перикардита.
2. Миокардита.
3. Того, и другого.
4. Ни одного из них.

46. Наиболее специфичными для подострого инфекционного эндокардита является:

1. Увеличение СОЭ.
2. Анемия.
3. Лейкоцитопения.
4. Бактеремия.

47. Причиной отрицательного результата при посеве крови у больных с инфекционным эндокардитом может быть:

1. Вирусная природа эндокардита.
2. Неправильная методика взятия крови.
3. Использование недостаточного набора сред.
4. Все перечисленное.

48. Предрасполагающими факторами для инфекционного эндокардита являются:

1. Порок сердца.
2. Бактериемия.
3. Эмболии.
4. Все перечисленное.

49. Наиболее информативным инструментальным методом исследования при инфекционном эндокардите является:

1. Рентгенологическое исследование.
2. Электрокардиография.
3. Эхокардиография.
4. Радионуклидная вентрикулография.
5. Фонокардиография.

50. Вегетации при инфекционном эндокардите состоят из:

1. Тромбоцитов.
2. Фибрина.
3. Микроорганизмов.
4. Всего перечисленного.

51. Если причиной инфекционного эндокардита являются стрептококки, то чаще всего назначают:

1. Пенициллин.
2. Пенициллин в сочетании с гентамицином.
3. Ампициллин.
4. Ванкомицин.

52. Если причиной инфекционного эндокардита являются грамотрицательные бактерии, то следует назначить:

1. Пенициллин.
2. Пенициллин со стрептомицином.
3. Тетрациклины.
4. Гентамицин и/или ампициллин.
5. Амфотерицин В.

53. Если причиной эндокардита являются стафилококки, устойчивые к пенициллину, то следует назначить:

1. Оксациллин.
2. Метициллин.
3. Цефалоспорины.
4. Все перечисленное.

54. При эндокардите, вызванном грибами, показано назначение:

1. Ампициллина.
2. Тетрациклина.
3. Амфотерицина В.
4. Канамицина.
5. Карбенициллина.

55. Основными показаниями к хирургическому лечению инфекционного эндокардита являются:

1. Рефрактерная сердечная недостаточность.
2. Повторные тромбоэмболии.
3. Грибковая этиология эндокардита.
4. Все перечисленные.

56. Длительность лечения антибиотиками при инфекционном эндокардите, как правило, составляет:

1. 2 недели или меньше.
2. 4-6 недель.
3. Более 6 недель.
4. Правильного ответа нет.

57. Для профилактики инфекционного эндокардита при манипуляциях в полости рта и на верхних дыхательных путях целесообразно использовать:

1. Пенициллин.

2. Ампициллин с гентамицином.
3. Эритромицин.
4. Все перечисленное.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

1. Для острого ревматического миокардита характерны следующие электрокардиографические признаки:
 1. Уплотнение или инверсия зубца Т
 2. Низкий вольтаж желудочкового комплекса QRS
 3. Удлинение интервала QT
 4. Ничего из перечисленного

2. Какой признак не относится к главным критериям Киселя-Джонса-Нестерова?
 1. Значительное увеличение титров антистрептококковых антител в крови
 2. Кардит
 3. Полиартрит
 4. Хорея
 5. Узловатая эритема

3. Перечислите основные клинические признаки острой ревматической лихорадки?
 1. Кардит
 2. Полиартрит
 3. Хорея
 4. Кожные проявления (анулярная эритема, ревматические узелки)

4. Этиологический фактор острой ревматической лихорадки:
 1. Стафилококки
 2. Пневмококки
 3. Бета-гемолитические стрептококки типа А
 4. Вирусы
 5. Энтерококки

5. Назовите основные анамнестические критерии острой ревматической лихорадки:
 1. Наследственность
 2. Частые ангины
 3. Связь со стрептококковой инфекцией
 4. Ревматический анамнез

6. Шум Грехема-Стилла наблюдается при:
 1. Митральном стенозе и аортальной недостаточности
 2. Митральном стенозе и легочной гипертензии
 3. Недостаточности клапанов аорты
 4. Клапанном стенозе аорты
 5. Коарктации аорты

7. При каком пороке сердца определяется шум Флинта:
 1. Митральная недостаточность
 2. Недостаточность аортального клапана
 3. Стеноз устья аорты
 4. Стеноз легочной артерии
 5. Митральный стеноз

8. Какая из перечисленных аритмий наиболее часто встречается у больных с митральным стенозом:
 1. Пароксизмальная предсердная тахикардия
 2. Трепетание предсердий
 3. Фибрилляция предсердий
 4. Атриовентрикулярная диссоциация
 5. Левопредсердные ритмы

9. При каких пороках сердца компенсация кровообращения сохраняется длительное время:
 1. При митральном стенозе
 2. При недостаточности митрального клапана
 3. При тетраде Фалло
 4. При изолированном стенозе устья аорты
 5. Все ответы не правильны

10. Для какого порока характерен ритм перепела?
 1. Недостаточность митрального клапана
 2. Недостаточность клапана аорты
 3. Стеноз устья аорты
 4. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

11. Усиление I тона является диагностическим признаком:
 1. Недостаточности митрального клапана
 2. Стеноза устья аорты
 3. Экстрасистолии
 4. Недостаточности аортального клапана
 5. Стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

12. Назовите аускультативные признаки митрального стеноза:
 1. I тон хлюпающий
 2. Акцент II тона над легочной артерией
 3. Ритм перепела
 4. Диастолический шум на верхушке

13. Ведущим аускультативным признаком аортальной недостаточности является:
 1. Усиление I тона
 2. Акцент II тона над легочной артерией
 3. Протодиастолический шум над аортой
 4. Диастолический шум на верхушке
 5. Систолический шум над аортой

14. Назовите внекардиальные признаки аортальной недостаточности:
 1. Бледность кожных покровов
 2. Покачивание головы
 3. Пляска каротид
 4. Повышение систолического и снижение диастолического АД

15. Основным аускультативным критерием аортального стеноза является:
 1. Ослабление I тона на верхушке
 2. Отсутствие II тона над аортой
 3. Грубый систолический шум над аортой
 4. Акцент II тона над легочной артерией
 5. Акцент II тона над аортой

16. При инфекционном эндокардите наиболее часто поражается:
 1. Митральный клапан
 2. Аортальный клапан
 3. Трикуспидальный клапан
 4. Клапан легочной артерии

17. Основными препаратами для лечения инфекционных эндокардитов являются:
 1. Антибиотики в больших дозах
 2. Малые и средние дозы антибиотиков
 3. Нестероидные противовоспалительные средства
 4. Препараты, улучшающие метаболизм миокарда
 5. Глюкокортикостероиды
 6. Антикоагулянты и антиагреганты

18. Причиной недостаточности аортального клапана может быть:
 1. Синдром Морфана
 2. Сифилис аорты
 3. Ревматический процесс
 4. Расслаивающаяся аневризма аорты
 5. Коарктация аорты
 6. Все неверно

19. Шум Дюразье и двойной тон Траубе характерны для:
1. Тетрады Фалло
 2. Дефекта межжелудочковой перегородки
 3. Недостаточности аортального клапана
 4. Митрального стеноза
 5. Коарктации аорты
20. Признаком активности патологического процесса при ревматической лихорадке является:
1. Лейкопения
 2. Протеинурия
 3. Выявление антител к нативной ДНК в крови
 4. Выявление антинуклеарного фактора в крови
 5. Повышение титра антистрептолизина
21. Трехчленный ритм, выслушиваемый при митральном стенозе, обусловлен:
1. Появлением третьего тона:
 2. Появлением тона открытия митрального клапана
 3. Пролапсом митрального клапана (систолический щелчок)
 4. Расщеплением первого тона
 5. Расщеплением второго тона
22. При ультразвуковом исследовании сердца у пациента с митральным стенозом Вы ожидаете выявить:
1. Расширение левого желудочка
 2. Расширение левого предсердия
 3. Увеличение градиента давления на митральном клапане
 4. Увеличение градиента давления левый желудочек/аорта
 5. Повышение давления в легочной артерии

ВАСКУЛИТЫ

1. Какие препараты следует применять для купирования болевого синдрома у больных с ревматической полимиалгией?
 1. Нестероидные противовоспалительные препараты.
 2. Цитостатики.
 3. Наркотические анальгетики.
 4. Глюкокортикоидные препараты в малых (около 10 мг/день) дозах.
 5. Глюкокортикоидные препараты в средних и больших (60-100 мг/день) дозах.

2. Результаты какого исследования могут помочь в дифференциальной диагностике ревматической полимиалгии и остеоартроза?
 1. Рентгенография суставов.
 2. Определение активности креатинфосфокиназы в крови.
 3. Тест на присутствие белка Бенс-Джонса в моче.
 4. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка, толстой кишки.
 5. Морфологическое исследование биоптатов височных артерий.

3. Какие диагностические критерии типичны для ревматической полимиалгии?
 1. Возраст больных старше 50 лет.
 2. Двусторонние боли в плечевых суставах.
 3. Скованность в плечевых суставах утром более 1 часа при отсутствии рентгенологических признаков артрита.
 4. Отсутствие признаков воспаления мышечной ткани по данным биопсии, нормальный уровень креатинфосфокиназы в крови.
 5. Все приведенные критерии типичны.

4. Какие изменения в общем анализе крови наиболее типичны для ревматической полимиалгии?
 1. Резко увеличенная СОЭ.
 2. Выраженный нейтрофильный лейкоцитоз.
 3. Гипохромная анемия.
 4. Эозинофилия.
 5. Все перечисленное типично для данного заболевания.

5. Какой симптомокомплекс наиболее характерен для ревматической полимиалгии?
 1. Острое начало, лихорадка, общая слабость, депрессия, похудение, скованность, боли в мышцах не усиливающиеся при их пальпации.
 2. Постепенное начало, субфебрилитет, общая слабость, скованность, ограничение подвижности суставов, периартикулярный отек, резкие боли в суставах при попытке движения.
 3. Острое начало утром, лихорадка, интенсивные суставные боли, отек и гиперемия периартикулярных тканей, деформация суставов.
 4. Острое начало, лихорадка, похудение, резкая слабость, атрофия мышц, болезненность при пальпаторном исследовании мышц.

6. Какое заболевание часто возникает вместе с ревматической полимиалгией?
 1. Ревматоидный артрит.
 2. Гигантоклеточный височный артериит.
 3. Аортоартериит Такаясу.
 4. Узелковый полиартериит.
 5. Гранулематоз Вегенера.

7. В каком возрасте обычно развивается ревматическая полимиалгия?
 1. В любом возрасте.
 2. В подростковом возрасте.
 3. В возрасте от 18 до 30 лет.
 4. В возрасте от 30 до 50 лет.
 5. В возрасте старше 50 лет.

8. Какой метод диагностики является самым надежным для прижизненной верификации диагноза гигантоклеточного височного артериита?
 1. Селективная ангиография сонных и височных артерий.
 2. Двумерное УЗИ.
 3. Допплеровское УЗИ.

4. Биопсия фрагмента височной артерии.
 5. Биопсия кожно-мышечного лоскута.
9. Какая тактика применения преднизолона не является оптимальной при лечении больных гигантоклеточным височным артериитом?
1. Длительная монотерапия малыми (до 10 мг/сутки) дозами препарата.
 2. Назначение 60-80 мг/сут. в течение нескольких недель с дальнейшим постепенным снижением дозировки до минимальной, при которой возможна ремиссия.
 3. Комбинированное лечение преднизолоном и цитостатиками (метотрексат, азатиоприн).
 4. Пульс-терапия - 1000 мг/сутки 3 дня подряд с добавлением во второй день 1000 мг циклофосфана.
 5. Увеличение дозы преднизолона при появлении симптомов обострения заболевания.
10. Применение каких препаратов позволяет получить ремиссию у больных гигантоклеточным височным артериитом?
1. Ингибиторы АПФ.
 2. Глюкокортикоиды.
 3. Нестероидные противовоспалительные препараты.
 4. Мочегонные.
 5. Все перечисленные
11. При наличии каких симптомов можно полагать, что у больного не атеросклеротическое поражение артерий, а гигантоклеточный височный артериит?
1. Отсутствие пульса на лучевых артериях с одной или обеих сторон.
 2. Височные артерии набухшие, болезненные, не пульсируют.
 3. Несколько ослаблен пульс на артериях тыла стопы.
 4. По ходу подкожных артерий плотные, болезненные, пульсирующие узелки
12. При наличии каких симптомов можно полагать, что у больного не гигантоклеточный височный артериит, а ревматическая полимиалгия?
1. Боли, скованность в мышцах плечевого пояса, не деструктивный полиартрит лопаточно-ключичных и грудино-ключичных суставов.
 2. Отсутствие пульса на лучевых артериях с одной или обеих сторон.
 3. По ходу подкожных артерий плотные, болезненные, пульсирующие узелки.
 4. Височные артерии плотные, пульсирующие, безболезненные, при УЗИ - с пристеночными очагами, выступающими в просвет сосуда.
13. Какие объективные симптомы характерны для классического варианта гигантоклеточного височного артериита?
1. Височная артерия извитая, набухшая, без признаков пульсации, резко болезненная при пальпации.
 2. Височные артерии извитые, тонкие, плотные, безболезненные, без признаков пульсации.
 3. По ходу височных артерий пальпируются плотные, пульсирующие узелки (аневризмы).
 4. Любые из указанных симптомов могут иметь место при данном заболевании
14. Какая схема пульс-терапии используется при лечении больных неспецифическим аortoартериитом при возникновении угрожающих жизни сосудистых нарушений?
1. Ежедневно по 2000 мг преднизолона 3 дня подряд с введением во второй день 2000 мг цитофосамида.
 2. Ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона 3 дня подряд с введением во второй день 1000 мг циклофосамида.
 3. Ежедневно по 100 мг метилпреднизолона 3 дня подряд с введением во второй день 100 мг циклофосамида.
 4. Однократно 2000 мг преднизолона с введением в этот же день 2000 мг циклофосамида.
15. Какое лечение показано в острый период неспецифического аortoартериита?
1. Преднизолон 30-100 мг/сутки, с добавлением для увеличения эффективности лечения циклофосфана 2 мг/сутки.
 2. Постоянный прием небольших доз (10-15 мг/сутки) преднизолона.
 3. Постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов.
 4. Постоянный прием спазмолитиков.
16. Препараты каких групп нельзя применять для лечения артериальной гипертензии у больных неспецифическим аortoартериитом?

1. Блокаторы кальциевых каналов.
 2. Ингибиторы АПФ.
 3. Мочегонные.
 4. Бета-адреноблокаторы.
 5. Всех упомянутых групп.
17. Какие патологически сдвиги формируют синдром перемежающейся хромоты у больных неспецифическим аortoартериитом?
1. Стенозирующий васкулит подвздошных и бедренных артерий.
 2. Гранулематозный васкулит мелких артерий нижних конечностей.
 3. Тромбоз мелких сосудов микроциркуляторного русла в мышцах нижних конечностей.
 4. Поражение тазобедренных и коленных суставов.
18. Какие симптомы типичны для синдрома дуги аорты у больных неспецифическим аortoартериитом?
1. Зябкость рук, боли, слабость в мышцах верхних конечностей.
 2. Звездчатые телеангиоэктазии на коже верхнего плечевого пояса.
 3. Уменьшение или отсутствие пульса на лучевых артериях.
 4. Систолический шум над подключичными артериями.
 5. Разница артериального давления на правой и левой руках более 10 мм рт.ст.
19. Что является причиной повышения артериального давления у больных неспецифическим аortoартериитом?
1. Гломерулонефрит.
 2. Пиелонефрит.
 3. Нефросклероз.
 4. Стеноз почечных артерий.
 5. Поражение мозговых артерий.
20. Какие синдромы из представленных ниже типичны для неспецифического аortoартериита?
1. Синдром дуги аорты.
 2. Синдром бронхиальной обструкции.
 3. Синдром легочной гипертензии.
 4. Синдром поражения сердца.
 5. Синдром перемежающейся хромоты.
21. Какие существуют патоморфологические варианты неспецифического аortoартериита?
1. Артериит дуги аорты и ее ветвей: плечеголового ствола, левых общей сонной и подключичной артерий.
 2. Артериит грудного и брюшного отделов аорты с вовлечением почечных, чревной, верхней и нижней брыжеечной артерий.
 3. Тотальное поражение аорты со всеми отходящими от нее крупными артериальными стволами.
 4. Сочетанный артериит аорты и легочной артерии.
 5. Существуют все упомянутые варианты.
22. Какая из приведенных ниже формулировок соответствует определению неспецифического аortoартериита?
1. Системный негранулематозный васкулит, поражающий аорту и ее крупные ветви, легочную артерию.
 2. Системный гранулематозный васкулит, поражающий крупные артерии эластического типа - аорту и ее магистральные ветви, легочную артерию
 3. Системный негранулематозный васкулит, поражающий крупные артерии эластического типа - аорту и ее магистральные ветви, но не поражающий легочную артерию.
 4. Системный гранулематозный васкулит, поражающий только легочную артерию.
 5. Системный негранулематозный васкулит, поражающий сосуды легких и почек.
23. Какие методы применяются для лечения больных с ангиитом Чарга-Стросса?
1. Преднизолон 1мг/кг/день в течение месяца с последующим постепенным снижением дозы до минимальной, при которой возможна ремиссия.
 2. Преднизолон 1мг/кг/день в сочетании с циклофосфаном 2 мг/кг/день в течение месяца с последующим постепенным снижением дозировок препаратов до уровня, обеспечивающего ремиссию.
 3. Плазмоферез и гемосорбция.

4. Пульс-терапия: три дня подряд по 1000 мг метилпреднизолона в сутки, на второй день дополнительно вводят 1000 мг циклофосфана.
 5. Все упомянутые методы применимы при данном заболевании.
24. Какие признаки свидетельствуют о начале третьей фазы ангиита Чарга-Стросса?
1. Лихорадка с выраженной интоксикацией, миалгии, артралгии, быстрая потеря массы тела.
 2. Уменьшение тяжести клинических проявлений бронхиальной астмы.
 3. Эозинофильный миокардит с прогрессирующей сердечной недостаточностью.
 4. Очаги инфарктов кожи.
 5. Все указанные признаки.
25. Какой признак свидетельствует о начале второй фазы ангиита Чарга-Стросса?
1. Инфильтраты в легких, органах пищеварения, сердце, других органах.
 2. Гиперэозинофилия в периферической крови.
 3. Экссудативный плеврит.
 4. Крапивница и эритема на кожных покровах.
26. Какие особенности характерны для клинической картины первой, начальной фазы ангиита Чарга-Стросса?
1. Аллергический ринит.
 2. Полипоз слизистой носа.
 3. Синуситы.
 4. Бронхиальная астма с легочными инфильтратами.
 5. Высокая лихорадка, миалгии, артралгии, снижение массы тела.
27. Какая из представленных формулировок соответствует определению ангиита Чарга-Стросса?
1. Системный некротизирующий васкулит средних и мелких сосудов, включая артериолы, капилляры, вены, в сочетании с гранулематозным язвенно-некротическим поражением респираторного тракта, некротизирующим гломерулонефритом.
 2. Системное некротизирующее воспаление средних артерий мышечного типа, но без васкулита артериол капилляров, венул гломерулонефрита и без образования гранулем.
 3. Системный некротизирующий васкулит с преимущественным поражением мелких сосудов микроциркуляторного русла - артериол, капилляров, венул.
 4. Эозинофильный гранулематозный некротизирующий васкулит, поражающий сосуды мелкого и среднего калибра, сочетающийся с бронхиальной астмой.
28. Какой вариант общего анализа крови типичен для гранулематоза Вегенера?
1. Умеренная нормохромная анемия, увеличенная СОЭ, лейкоцитоз, гиперэозинофилия.
 2. Умеренная гипохромная анемия, увеличенная СОЭ, тромбоцитопения, лейкопения.
 3. Умеренная нормохромная анемия, увеличенная СОЭ, тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз.
 4. Все представленные варианты типичны для данного заболевания.
29. Какие поражения почек типичны для гранулематоза Вегенера?
1. Очаговый гломерулонефрит с легким течением, не приводящим к формированию декомпенсированной почечной недостаточности.
 2. Пиелонефрит.
 3. Фокально-сегментарный гломерулонефрит, способный быстро прогрессировать с исходом в декомпенсированную почечную недостаточность.
 4. Ишемия почек с вторичной артериальной гипертензией, почечной недостаточностью, обусловленная стенозирующим васкулитом крупных почечных артерий.
 5. Амилоидоз почек с нефротическим синдромом.
30. Симптомы какой патологии нельзя обнаружить у больных гранулематозом Вегенера?
1. Бронхиальная астма.
 2. Плеврит.
 3. Инфильтраты в легких.
 4. Полости распада в легких.
 5. Гломерулонефрит.
31. Какие жалобы характерны для гранулематоза Вегенера?
1. Жалобы на общую слабость, лихорадку, миалгии, артралгии, потерю массы тела.
 2. Жалобы на постоянный насморк, боли в носу, во рту, в горле, в ушах

3. Жалобы на гнойно-геморрагическое отделяемое из носа, рта, носоглотки.
 4. Жалобы на зуд кожных покровов.
 5. Жалобы на кашель с кровохарканьем
32. Какая из приведенных ниже стадий относится к клиническому течению гранулематоза Вегенера?
1. Риногенная стадия.
 2. Легочная стадия.
 3. Почечная стадия.
 4. Генерализованная стадия.
 5. Терминальная стадия.
33. Какие поражения характерны для гранулематоза Вегенера?
1. Язвенно-некротические изменения дыхательных путей.
 2. Инфильтративно-деструктивные процессы в легких.
 3. Фокально-сегментарный гломерулонефрит.
 4. Все упомянутые поражения типичны для гранулематоза Вегенера.
34. Какая формулировка соответствует определению гранулематоза Вегенера?
1. Эозинофильный гранулематозный некротизирующий васкулит, поражающий сосуды мелкого и среднего калибра, сочетающийся с бронхиальной астмой
 2. Системный некротизирующий васкулит средних и мелких сосудов, включая артериолы, капилляры, вены, в сочетании с гранулематозным язвенно-некротическим поражением респираторного тракта некротизирующим гломерулонефритом.
 3. Системный гранулематозный васкулит, возникающий у лиц пожилого возраста, при котором поражаются аорта и отходящие от нее крупные артерии.
 4. Аллергическое иммунокомплексное заболевание, сопровождающееся асептическим воспалением и дезорганизацией стенок артериол, капилляров, венул в сочетании с множественным тромбообразованием в мелких сосудах кожи и внутренних органов.
35. Какие методы используются для лечения больных узелковым полиартериитом?
1. Пульс-терапия высокими дозами метилпреднизолона - по 1000 мг в день в течение 3 дней с добавлением во второй день 1000 мг циклофосфана.
 2. Преднизолон в дозе 1 мг/кг в день в течение месяца, затем дозу постепенно снижают до уровня, обеспечивающего поддержку ремиссии.
 3. Преднизолон в дозе 1 мг/кг/день вместе с циклофосфаном 2 мг/кг/день в течение месяца, затем дозу постепенно снижают до уровня, обеспечивающего поддержку ремиссии.
 4. Иммуноглобулин О (сандоглобулин) по 1 г в день в течение 3 дней.
 5. Все указанные методы.
36. Какие критерии позволяют отличить узелковый полиартериит от ангиита Чарга-Стросса?
1. Аллергия,
 2. Изменения в придаточных пазухах носа.
 3. Летучие инфильтраты в легких, ассоциированные с гиперэозинофилией.
 4. Ни один из упомянутых критериев не свидетельствует в пользу узелкового полиартериита.
37. Какой из вариантов общего анализа крови типичен для узелкового полиартериита?
1. Гипохромная анемия увеличенная СОЭ, нормальный уровень лейкоцитов, тромбоцитов.
 2. Нормальный уровень содержания эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, увеличенная СОЭ.
 3. Умеренная нормохромная анемия, увеличенная СОЭ нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, умеренный тромбоцитоз,
 4. Все варианты типичны для данного заболевания.
38. Какие поражения типичны для узелкового полиартериита?
1. Стенозирующий артериит коронарных артерий с ишемией миокарда вплоть до инфаркта.
 2. Артериит средних артерий в системе чревного ствола с диспепсическими расстройствами, гастроуденальными язвами, кровотечениями.
 3. Артериит брыжеечных артерий среднего калибра с кровотечениями, гангреной кишечника.
 4. Все упомянутые поражения типичны для данного заболевания.
39. Какие поражения типичны для узелкового полиартериита?
1. Воспаление сосудов головного и спинного мозга с нарушениями чувствительности, парезами, эпилепсией.

2. Воспаление и стеноз тестикулярных артерий с мучительными болям в яичках.
 3. Васкулит артерий, питающих эндокринные железы, с нарушениями функции щитовидной железы, надпочечников.
 4. Воспаление капилляров и клубочков в почках, гломерулонефрит.
40. Какая причина поражения почек у больных с узелковым полиартериитом?
1. Диффузный иммуннокомплексный гломерулонефрит.
 2. Некротизирующий васкулит мелких артерий в сочетании фокально- сегментарным гломерулонефритом.
 3. Стенозирование почечных артерий.
 4. Всё упомянутое типично для поражения почек при данном заболевании.
41. Какие объективные проявления типичны для узелкового полиартериита?
1. Кожные покровы "мраморного" вида с эритематозными, папулезными, уртикарными высыпаниями.
 2. Некрозы кожи с изъязвлениями, образованием тканевых дефектов, пигментных пятен.
 3. Появление расположенных по ходу сосудистых стволов болезненных, пульсирующих узелков.
 4. Гангрена пальцев стопы с необходимостью их ампутации.
 5. Все упомянутые признаки типичны для данного заболевания.
42. Какие жалобы типичны для узелкового полиартериита?
1. Выраженная слабость, прогрессирующая потеря массы тела.
 2. Беспричинная длительная лихорадка.
 3. Зуд кожных покровов.
 4. Интенсивные боли в мышцах ног.
 5. Мигрирующие боли в крупных суставах
43. Какие этиологические факторы способствуют возникновению узелкового полиартериита?
1. Инфекция вирусом гепатита В.
 2. Инфекция герпесвирусом 1-го и 2-го типов -вирусы простого герпеса.
 3. Инфекция герпесвирусом 5-го типа -цитомегаловирус.
 4. Все упомянутые факторы имеют этиологическое значение при данном заболевании.
44. Какие системные васкулиты сопровождаются поражением легких?
1. Гранулематоз Вегенера.
 2. Микроскопический полиангиит.
 3. Ангиит Чарга-Стросса.
 4. При всех упомянутых васкулитах поражаются легкие.
45. При каких системных васкулитах поражаются мелкие сосуды микроциркуляторного русла?
1. Микроскопический полиангиит.
 2. Эссенциальный криоглобулинемический васкулит.
 3. Геморрагический васкулит Шенлейн-Геноха.
 4. Узелковый полиартериит.
 5. При всех упомянутых васкулитах поражаются сосуды микроциркуляторного русла.
46. При каких системных васкулитах поражаются преимущественно артерии среднего калибра?
1. Гранулематоз Вегенера.
 2. Узелковый полиартериит.
 3. Гигантоклеточный височный ангиит Хортон.
 4. При всех упомянутых васкулитах.
47. При каких системных васкулитах поражаются крупные артерии эластического типа?
1. Гигантоклеточный височный артериит Хортон.
 2. Узелковый полиартериит.
 3. Аортоартериит Такаясу.
 4. Все упомянутые васкулиты сопровождаются поражением крупных артерий.
 5. Ни один из упомянутых васкулитов не сопровождается поражением крупных артерий.

ГЕМАТОЛОГИЯ

1. Какие синдромы выделяют у больных В12-дефицитной анемией?
 1. Анемический.
 2. Желудочно-кишечный.
 3. Неврологический.
 4. Лимфаденопатический.
 5. Артралгический.

2. Какой характерный признак наблюдается в пунктате костного мозга при В-12 дефицитной анемии:
 1. Мегалобластический тип кроветворения.
 2. Тотальная бластная метаплазия.
 3. Раздражение красного ростка костного мозга.
 4. Раздражение белого ростка костного мозга.

3. Анемия при дефиците витамина В-12 характеризуется:
 1. Макроцитозом эритроцитов.
 2. Анизоцитозом и гипохромией эритроцитов.
 3. Увеличением цветового показателя.
 4. Снижением цветового показателя.
 5. Сопутствующими тромбоцитопенией и лейкопенией.
 6. Сопутствующими тромбоцитозом и лейкоцитозом.

4. Причинами развития В-12дефицитной анемии являются:
 1. Вегетарианство с полным исключением продуктов животного происхождения.
 2. Атрофический гастрит со снижением кислотообразующей функции.
 3. Гастрит с резко увеличенной кислотообразующей функцией желудка (напр., при синдроме Золлингера-Эллисона).
 4. Беременность.
 5. Глистные инвазии.

5. Причинами развития фолиево-дефицитной анемии являются могут явиться:
 1. Вегетарианство с полным исключением продуктов животного происхождения.
 2. Употребление мясомолочной пищи с консервированными овощными салатами.
 3. Хронический атрофический гастрит со снижением кислотообразующей функции.
 4. Беременность.
 5. Хронические заболевания тонкой кишки (целиакия, спру, бактериальный энтерит).

6. Для лечения желездефицитной анемии:
 1. Всем больным необходимо назначение железосодержащих препаратов внутрь.
 2. Всем больным необходимо назначение железосодержащих препаратов парентерально.
 3. Всем больным необходимо переливание эритроцитарной массы.
 4. При анемии легкой степени назначения препаратов железа не требуется, достаточно увеличить употребление в пищу продуктов с высоким содержанием железа.

7. Для дефицита железа характерны следующие клинические проявления:
 1. Сухость кожи, ломкость ногтей, мышечная слабость.
 2. Извращения вкуса и запаха.
 3. Дисфагия (синдром ПламмераВинсона).
 4. Ринит.
 5. Тромбоцитопения.
 6. Задержка мочеиспускания.
 7. Недержание мочи.

8. К какой анемии относится группа желездефицитных анемий?
 1. К гипохромной.
 2. К нормохромной.
 3. К гиперхромной.

9. Какой (ие) показатель (и) необходимо контролировать в первую очередь при лечении непрямыми антикоагулянтами, в частности, варфарином?
 1. Протромбин (ПТ).
 2. АЧТВ.
 3. МНО.
 4. INR.

1. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
 2. Протромбиновый индекс (ПИ).
 3. Международное нормализованное отношение (МНО).
 4. Время свертывания крови на по ЛиУайту.
10. Какой (ие) показатель (и) необходимо контролировать в первую очередь при лечении прямыми антикоагулянтами, в частности, гепарином?
1. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
 2. Протромбиновый индекс (ПИ).
 3. Международное нормализованное отношение (МНО).
 4. Время свертывания крови по ЛиУайту.
11. Первоочередными препаратами, назначаемыми при ДВС-синдроме любого происхождения, являются:
1. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин и др.) и свежезамороженная плазма.
 2. Антибиотики и глюкокортикоиды.
 3. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин и др.) и глюкокортикоиды.
 4. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин и др.) и антибиотики.
12. При каких ситуациях может развиваться ДВС-синдром?
1. Сепсис.
 2. Острый трансмуральный инфаркт миокарда.
 3. Острое респираторное вирусное заболевание (ОРВИ).
 4. Змеиный укус.
 5. Язвенное кровотечение.
13. Какой метод лечения аутоиммунной идиопатической тромбоцитопении является наиболее эффективным в отношении предотвращения рецидивов заболевания?
1. Спленэктомия.
 2. Назначение глюкокортикоидов на пожизненный прием.
 3. Назначение цитостатиков на пожизненный прием.
 4. Назначение глюкокортикоидов и цитостатиков на пожизненный прием.
14. При развитии аутоиммунной тромбоцитопении во всех случаях лечение начинают с:
1. Назначения глюкокортикоидов в максимальной дозе с последующим ее снижением.
 2. Назначения глюкокортикоидов в минимальной дозе с последующим ее увеличением при неэффективности.
 3. Назначения эритроцитарной массы и тромбоцитарной массы.
 4. Подготовки больного к спленэктомии.
15. Какой тип кровоточивости характерен для аутоиммунной тромбоцитопении?
1. Гематомный.
 2. Микроциркуляторный (петехиальнопятнистый, или петехиальносинячковый).
 3. Смешанный (гематомномикроциркуляторный).
 4. Васкулитнопурпурный.
 5. Ангиоматозный.
 6. Эритематозный.
16. Какие методы остановки кровотечения эффективны у больных гемофилией А?
1. Назначение криопреципитата внутривенно.
 2. Назначение свежезамороженной плазмы в больших количествах.
 3. Назначение викасола и аминокaproновой кислоты внутривенно.
 4. Назначение фибриногена внутривенно.
 5. Прямое воздействие на источник кровотечения (сдавление, электрокоагуляция, химическое прижигание).
17. Для гемофилии верными являются следующие положения:
1. Болеют лица мужского пола.
 2. Для заболевания характерен гематомный тип кровоточивости.
 3. В клинической картине преобладают кровоизлияния в полости крупных суставов.
 4. Для заболевания характерен смешанный тип кровоточивости.

5. В клинической картине преобладают мелкоточечные кровоизлияния в подкожножировую клетчатку.
6. Болеют лица обоих полов в одинаковой степени.

18. Какие методы остановки носового кровотечения наиболее эффективны у больных наследственной геморрагической телеангиэктазией?
 1. Механическое сдавление телеангиэктазий
 2. Орошения слизистой носа аминокaproновой кислотой с тромбином.
 3. Назначение криопреципитата.
 4. Назначение викасола.
 5. Назначение аминокaproновой кислоты внутривенно.

19. Для болезни Рандю-Ослера верными являются следующие положения:
 1. Болезнь характеризуется обильными носовыми и/или маточными кровотечениями.
 2. Болезнь наследуется по аутосомному (не сцеплено с полом) типу.
 3. Болезнь наследуется сцеплено с половой X-хромосомой.
 4. Проявлениями болезни являются телеангиэктазии на коже и слизистых оболочках.
 5. Проявлениями болезни являются петехии на коже и слизистых оболочках.
 6. В клинической картине преобладают кровоизлияния во внутренние органы.

20. При лечении геморрагического васкулита необходимо использовать:
 1. Гепарин или низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, эноксапарин).
 2. Глюкокортикоиды (0,50,7 мг/кг веса в сутки).
 3. Антигистаминные средства (фенкарол, кларитин и т.п.).
 4. Аминокaproновая кислота.
 5. Витамины группы В.
 6. Дезагреганты (аспирин в малой дозе, клопидогрель и т.п.).

21. Чем может осложниться геморрагический васкулит?
 1. ДВС-синдромом.
 2. Желудочно-кишечным кровотечением.
 3. Гемартрозом.
 4. Разрывом селезенки.

22. Какое поражение почек характерно для больных геморрагическим васкулитом?
 1. Нефрит (гломерулонефрит).
 2. Пиелонефрит.
 3. Мочекаменная болезнь.

23. Какие клинические формы выделяют при геморрагическом васкулите?
 1. Кожная.
 2. Суставная.
 3. Абдоминальная.
 4. Почечная.
 5. Смешанная.
 6. Церебральная.
 7. Спленомегалическая.

24. Геморрагические диатезы – это многочисленная группа заболеваний и состояний, которая характеризуется:
 1. Повышенной кровоточивостью.
 2. Непостоянным анемическим синдромом.
 3. Постоянным анемическим синдромом.
 4. Спленомегалией.
 5. Иммунодефицитом.

25. Какие из перечисленных заболеваний относятся к врожденным геморрагическим диатезам?
 1. Болезнь Рандю-Ослера.
 2. Болезнь Шенлейна-Геноха.
 3. Тромбастения Гланцмана.
 4. Болезнь Виллебрандта.
 5. Болезнь Вакеза.

26. Какие типы кровоточивости традиционно выделяют у больных с геморрагическими диатезами?
1. Гематомный.
 2. Микроциркуляторный (петехиально-пятнистый, или петехиально-синячковый).
 3. Смешанный (гематомно-микроциркуляторный).
 4. Васкулитно-пурпурный.
 5. Ангиоматозный.
 6. Эритематозный.
27. В гемостазе условно выделяют:
1. Первичный (сосудисто-тромбоцитарный) гемостаз.
 2. Вторичный (коагуляционный) гемостаз.
 3. Третичный (ретракционный) гемостаз.
28. Какие компоненты участвуют в системе гемостаза?
1. Стенки кровеносных сосудов (прежде всего, эндотелий).
 2. Клетки крови (прежде всего, тромбоциты).
 3. Свертывающая система.
 4. Фибринолитическая система.
 5. Калликреинкининовая система.
 6. Система комплемента.
 7. Ренин-ангиотензиноподобная система.
29. Какой патологический процесс лежит в основе миеломной нефропатии?
1. Восходящий нефросклероз.
 2. Хронический гломерулонефрит.
 3. Хронический пиелонефрит.
 4. Амилоидоз почек.
 5. Интерстициальный нефрит.
30. Какие изменения в анализе мочи характерны для миеломной нефропатии?
1. Протеинурия Бенс-Джонса.
 2. Гематурия.
 3. Гемоглобинурия.
 4. Лейкоцитурия.
31. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для миеломной болезни?
1. Гиперпротеинемия.
 2. Гиперальбуминемия.
 3. Гипергаммаглобулинемия.
 4. Гиперкальциемия.
 5. Гипопротеинемия.
 6. Гипокальциемия.
32. Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин $100 г/л$, тромбоциты $100 тыс.$, лейкоциты $56,0 \times 10^9/л$, формула: Эозинофилы 1%, Лимфоциты 92%, Моноциты 1%, сегментоядерные Нейтрофилы 6%. Ваше предположение о диагнозе.
1. Острый миелолейкоз.
 2. Хронический миелолейкоз.
 3. Острый лимфолейкоз.
 4. Хронический лимфолейкоз.
33. При каком лейкозе в анализе крови могут выявляться тельца Гумпрехта?
1. Хронический лимфолейкоз.
 2. Хронический миелолейкоз.
 3. Острый лимфобластный лейкоз.
 4. Острый миелобластный лейкоз.
34. Какие осложнения наблюдаются у больных хроническим лимфолейкозом вне зависимости от стадии и формы заболевания?
1. Инфекционные.
 2. Цитопенический синдром: анемия, тромбоцитопения.

3. Выраженная гепатоспленомегалия.
 4. Нейролейкемия.
35. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать эритремию?
1. Хроническая обструктивная болезнь легких.
 2. Дефект межпредсердной перегородки.
 3. Гипернефрома.
 4. Хронический лимфолейкоз.
 5. Язвенная болезнь 12ти перстной кишки.
36. Характерными признаками эритремии являются:
1. Эритроцитоз.
 2. Лейкоцитоз.
 3. Тромбоцитоз.
 4. Спленомегалия.
 5. Лимфаденопатия.
37. Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин $100г/л$, тромбоциты 100 тыс., лейкоциты $12,6 \times 10^9/л$, формула: Эозинофилы 7%, Базофилы 4%, Лимфоциты 10%, Моноциты 3%, Промиелоциты 3%, Миелоциты 4%, Метамиелоциты 15%, палочко-ядерные Нейтрофилы 12%, сегментоядерные Нейтрофилы 42%. Ваше предположение о диагнозе.
1. Острый миелолейкоз.
 2. Хронический миелолейкоз.
 3. Острый лимфолейкоз.
 4. О диагнозе нельзя высказаться даже предположительно до проведения стеральной пункции и изучения миелограммы.
38. Для какого лейкоза характерно наличие филадельфийской (Ph) хромосомы?
1. Хронический миелолейкоз.
 2. Острый миелолейкоз.
 3. Хронический лимфолейкоз.
 4. Острый лимфолейкоз.
39. Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин $100г/л$, тромбоциты 100 тыс., лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, формула: Эозинофилы 2%, Лимфоциты 10%, Моноциты 3%, Миелобласты 71%, сегментоядерные Нейтрофилы 14%. Ваше предположение о диагнозе.
1. Острый миелолейкоз.
 2. Хронический миелолейкоз.
 3. Острый лимфолейкоз.
 4. О диагнозе нельзя высказаться даже предположительно до проведения стеральной пункции и изучения миелограммы.
40. Какие этапы выделяют в лечении острых лейкозов?
1. Индукция ремиссии.
 2. Консолидация ремиссии.
 3. Поддерживающая терапия.
 4. Профилактика нейролейкемии.
 5. Профилактика анемии и тромбоцитопении.
 6. Профилактика спленомегалии.
41. Какие утверждения являются правильными в отношении периодов острого лейкоза?
1. Начальный период острого лейкоза конкретно определить не удастся.
 2. При выявлении необъяснимых (с точки зрения причины) изменений крови (анемия, тромбоцитопения и др.) и наличии 510% бластных клеток в миелограмме (в норме ~2%) следует начинать лечение цитостатиками.
 3. Развернутая стадия характеризуется угнетением нормального роста кроветворения и высоким бластозом (более 20%) костного мозга и периферической крови, хотя типичная клиническая картина может отсутствовать.
 4. Развернутая стадия характеризуется наличием типичной клинической картины, хотя может отсутствовать угнетение нормального роста кроветворения и высокий бластоз (более 20%) костного мозга и периферической крови.

42. Какие принципы химиотерапии острых лейкозов выделяются в настоящее время?
1. Необходимо использовать адекватные дозы цитостатических препаратов с соблюдением временных интервалов их введения.
 2. Необходимо использовать комбинации цитостатических препаратов.
 3. Необходимо использовать этапность терапии (терапия зависит от этапа и стадии патологического процесса).
 4. Необходимо как можно более раннее лечение (его следует начинать при постановке диагноза острого лейкоза еще до установления варианта последнего).
43. Какой основной принцип положен в основу современной классификации острых лейкозов (FAB, ВОЗ 2008, с дополнениями)?
1. Все принципы.
 2. Морфологический.
 3. Цитохимический.
 4. Возрастной.
 5. Иммуно-фенотипический.
 6. Цитогенетический.
 7. Кариотипический.
44. На основании чего выставляется и верифицируется диагноз острого лейкоза?
1. Общего анализа крови (обнаружение в периферической крови более 20% бластных клеток).
 2. Исследования пунктата костного мозга (обнаружение в пунктате более 20% бластных клеток).
 3. Типичной клинической картины (увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки, наличие кровоизлияний и инфекционных осложнений и др.).
 4. Общего анализа крови (анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз).
45. Какой признак лежит в основе деления лейкозов на острые и хронические?*
1. Морфологический (при остром лейкозе основная масса клеток представлена незрелыми клетками – бластами, при хроническом – зрелыми и созревающими).
 2. Длительность и скорость течения заболевания (острые лейкозы развиваются быстро и «бурно» в течение нескольких дней, недель, хронические – медленно и «исподволь» в течение месяцев, лет).
 3. Доброкачественность течения заболевания (острые лейкозы всегда злокачественные, хронические – всегда доброкачественные).
46. Какие утверждения верны в отношении лейкозов:
1. Лейкозы – это опухоли из кроветворной ткани с первичной их локализацией в костном мозге.
 2. Вся опухолевая масса клеток является потомством одной мутировавшей клетки (моноклональная теория происхождения опухоли).
 3. Лейкозы – это опухоли из кроветворной ткани с первичной их локализацией вне костного мозга.
 4. Мутации всех клеток, составляющих опухоль, происходят одновременно под влиянием этиологических факторов (поликлональная теория происхождения опухоли).
47. Агранулоцитозом называется:
1. Снижение количества лейкоцитов ниже $1,0 \times 10^9/\text{л}$.
 2. Снижение количества лейкоцитов ниже $4,0 \times 10^9/\text{л}$.
 3. Снижение количества лейкоцитов ниже $2,0 \times 10^9/\text{л}$.
 4. Снижение количества гранулоцитов ниже $1,0 \times 10^9/\text{л}$.
 5. Снижение количества гранулоцитов ниже $0,75 \times 10^9/\text{л}$.
48. Клиническая картина апластической анемии складывается из следующих синдромов:
1. Анемический.
 2. Тромбоцитопенический с наличием геморрагических проявлений.
 3. Инфекционных осложнений (от местных воспалительных процессов до сепсиса).
 4. Острая почечная недостаточность с развитием анурии.
49. Тяжелый гемолитический криз при аутоиммунной гемолитической анемии требует:
1. Назначения глюкокортикоидов.
 2. Переливания эритроцитарной массы всем больным вне зависимости от состояния гемодинамики.
 3. Срочной спленэктомии.
 4. Парентерального введения препаратов железа и витамина В12.
50. Диагностическими критериями аутоиммунной гемолитической анемии являются:

1. Прямой и непрямой тест Кумбса.
 2. Изменение цвета мочи – красная или черная.
 3. Изменение цвета мочи – темно-желтая или коричневая.
 4. Эритроцитурия.
 5. Гемоглобинурия.
51. Критериями гемолиза являются:
1. Гипербилирубинемия.
 2. Гемоглобинурия.
 3. Повышение содержания сывороточного железа.
 4. Тромбоцитоз.
 5. Лимфоцитоз.
52. Наиболее часто гемосидероз (отложение железа во внутренних органах) наблюдается при:
1. Талассемии.
 2. Железодефицитной анемии.
 3. Апластической анемии.
 4. В12-дефицитной анемии.
53. Дефицит какого фермента эритроцита, могущего привести к развитию гемолитической анемии, встречается наиболее часто (его дефицит наблюдается у сотен миллионов людей)?
1. Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа.
 2. Пируваткиназа.
 3. Глутатионредуктаза.
 4. 6-фосфоглюконатдегидрогеназа.
54. Гемолитический криз при врожденных гемолитических анемиях могут провоцировать:
1. Прием медикаментов.
 2. Острая респираторная вирусная инфекция.
 3. Кетоацидоз при сахарном диабете.
 4. Тяжелая физическая нагрузка.
55. Для врожденных гемолитических анемий характерно:
1. Снижение осмотической резистентности эритроцитов.
 2. Положительный тест Кумбса.
 3. Увеличение содержания общего билирубина в крови.
 4. Снижение содержания сывороточного железа.

НЕФРОЛОГИЯ

1. Какой участок нефрона участвует в концентрировании мочи:
 1. нефрон
 2. дистальный каналец
 3. петля Генле
 4. проксимальный каналец

2. Для каких заболеваний характерна моча красно-бурого цвета:
 1. застойная почка
 2. острый нефритический синдром
 3. хроническая почечная недостаточность
 4. гемолитическая анемия

3. Для каких состояний характерна массивная протеинурия:
 1. диабетическая нефропатия 4-5
 2. амилоидоз
 3. острый нефротический синдром
 4. гипернефрома

4. Какие колебания относительной плотности мочи в норме:
 1. 1011-1013
 2. 1015-1012
 3. 1006-1020
 4. 1010-1016

5. Противопоказания к проведению радиоизотопной ренографии является:
 1. непереносимость йода
 2. гепатит
 3. тиреотоксикоз
 4. артериальная гипертензия

6. Основные типы ренограмм:
 1. обструктивный
 2. паренхиматозный
 3. афункциональный

7. Характер мочевого осадка при остром нефротическом синдроме:
 1. гематурия + цилиндрурия
 2. гематурия + лейкоцитурия
 3. гематурия + цилиндрурия + протеинурия

8. Следует ли всегда назначать антибиотики при остром нефротическом синдроме:
 1. да, без исключения во всех случаях
 2. нет, показанием к назначению служат выявленные признаки инфекции в организме

9. Какой санаторий следует рекомендовать пациенту с хронической болезнью почек (ХБП):
 1. Южный берег Крыма
 2. Байрам-Али
 3. Мормин
 4. Закарпаты

10. Специальный метод диагностики диабетической нефропатии:
 1. микроальбуминурия
 2. УЗИ почек
 3. пиелография

11. Стадии диабетической нефропатии:
 1. доклиническая гиперфункция почек
 2. начальные структурные изменения
 3. начинающаяся диабетическая нефропатия
 4. клиническая стадия выраженной диабетической нефропатии

5. уремия
12. Диабетическая нефропатия III включает в себя:
 1. микроальбуминурия
 2. нормальное или умеренное повышение скорости клубочковой фильтрации
 3. гипертензия
 4. протеинурия
13. Диабетическая нефропатия IV выставляется при выявлении:
 1. микроальбуминурия
 2. нормальная скорость клубочковой фильтрации
 3. снижение скорости клубочковой фильтрации
 4. гипертензия
 5. протеинурия
14. Наиболее частый признак гипернефромы:
 1. ускоренная СОЭ
 2. протеинурия
 3. лейкоцитурия
 4. интермиттирующая микрогематурия
 5. артериальная гипертензия
15. Какой из приведенных состояний относится к большому диагностическому критерию СКВ:
 1. лимфаденопатия
 2. полиартрия
 3. люпус-нефрит
 4. тромбоцитопения
16. Для высокоселективной протеинурии характерно выделение с мочой:
 1. гамма-глобулинов
 2. бета-глобулинов
 3. альфа-глобулинов
 4. альбумины
17. Для неселективной протеинурии при остром нефротическом синдроме характерна потеря с мочой:
 1. гамма-глобулинов
 2. бета-глобулинов
 3. альфа-глобулинов
 4. альбуминов
18. Калий задерживают в организме:
 1. бета-блокаторы
 2. кальций-антагонисты
 3. иАПФ
19. При назначении иАПФ контролируют:
 1. скорость клубочковой фильтрации при снижении менее 30 мм/ч отменяют иАПФ
 2. уровень калия
 3. натрий крови
 4. хлор крови
20. К вторичным нефропатиям относятся:
 1. диабетическая нефропатия
 2. подагрическая почка
 3. контраст-индуцированная нефропатия
 4. паранеопластическая
21. Для нефротической стадии амилоидоза характерны изменения в моче:
 1. лейкоцитурия более $4 \times 10^6/\text{л}$
 2. протеинурия более 3,0 г/сутки
 3. эритроцитурия более $1 \times 10^6/\text{л}$
 4. цилиндрурия

5. наличие в моче клеток почечного эпителия
22. Развитие вторичного амилоидоза характерно для перечисленных заболеваний:
 1. системная склеродермия
 2. ревматоидный артрит
 3. неспецифический язвенный колит
 4. бронхоэктатическая болезнь
 5. миеломная болезнь
23. При ренопаренхиматозной гипертензии рекомендуются гипотензивные средства:
 1. изобарин
 2. допегит
 3. клофелин
 4. эналаприл
 5. амлодипин
24. Наиболее достоверный метод исследования для определения морфологического варианта хронического нефритического синдрома:
 1. радиоизотопная ренография (РРГ)
 2. экскреторная урография
 3. УЗИ почек
 4. проба Реберга
 5. пункционная нефробиопсия
25. Какой из перечисленных препаратов применяется для патогенетической терапии заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом?
 1. циклофосфан
 2. индометацин
 3. аминокaproновая кислота
 4. изобарин
 5. кетотифен
26. Диета больных с нефротическим синдромом предусматривает суточное содержание белка из расчета:
 1. 1 г/кг массы тела + величина суточной потери белка с мочой
 2. 1 г/кг массы тела
 3. 2 г/кг массы тела
 4. 1,5 г/кг массы тела
 5. 1 г/кг массы тела + удвоенная величина суточной потери белка с мочой
27. При какой форме хронического нефритического синдрома наиболее неблагоприятный прогноз:
 1. латентной
 2. нефротической
 3. смешанной
 4. гипертонической
28. Для заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом характерны осложнения:
 1. носовые кровотечения
 2. ишемический инсульт
 3. отек мозга
 4. отек легких
 5. тромбофлебит
29. Для какого заболевания характерно появление в моче белка Бенс-Джонса?
 1. миеломная болезнь
 2. первичный амилоидоз почек
 3. вторичный амилоидоз почек
 4. лимфогранулематоз
 5. болезнь Вальденстрема
30. Основные факторы патогенеза нефротического синдрома:
 1. циркулирующие иммунные комплексы и антитела к базальной мембране
 2. восходящая инфекция мочевыводящих путей

3. снижение концентрационной функции почек
 4. снижение почечного кровотока
 5. нарушение реологии мочи
31. Развитие нефротического синдрома характерно для следующих заболеваний почек:
1. острый пиелонефрит
 2. нефропатия беременных
 3. амилоидоз почек
 4. миеломная нефропатия
32. Для нефротического синдрома характерны показатели:
1. относительная гипоглобулинемия
 2. гипопротеинемия
 3. относительная альбуминемия
 4. абсолютная гипоальбуминемия
 5. гиперлипидемия
33. Основная причина диспротеинемии при нефротическом синдроме:
1. несоответствие между фракциями белков, выделенных с мочой и продуцированных гепатоцитами
 2. повышение катаболизма белков
 3. нарушение всасывания белка в кишечнике
 4. гиперлипидемия
 5. гипоонкия
34. Какой из перечисленных признаков не характерен для нефротического синдрома?
1. лейкоцитурия более $4 \times 10^6/\text{л}$
 2. протеинурия более 3,0 г/сут
 3. цилиндрурия
 4. гипопротеинемия
 5. диспротеинемия
35. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома:
1. протеинурия более 3,5 г/сут
 2. эритроцитурия $1 \times 10^5/\text{л}$ - $1 \times 10^6/\text{л}$
 3. лейкоцитурия более $4 \times 10^6/\text{л}$
 4. протеинурия более 100 мг/сут
 5. бактериурия более $1 \times 10^5/\text{мл}$
36. Какие из перечисленных показателей позволяет определить УЗИ почек?
1. размеры, форму, локализацию почек и их чашечно-лоханочной системы
 2. величину почечного кровотока
 3. величину почечного плазмотока
 4. функцию почечных клубочков
 5. функцию почечных канальцев
37. Методы, позволяющие определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы почек:
1. экскреторная урография
 2. радиоизотопная ренография (РРГ)
 3. обзорная рентгенография органов брюшной полости
 4. определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
 5. УЗИ почек
38. Какой изотоп используется для радиоизотопной ренографии:
1. ^{131}I -йод
 2. $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -технеций
 3. ^{51}Co -кобальт
 4. ^{29}P -фосфор
 5. ^{203}Hg -ртуть
39. С помощью какого из перечисленных методов исследования определяется клубочковая фильтрация:
1. клиренс эндогенного креатинина
 2. клиренс глюкозы

3. клиренс эндогенной мочевины
 4. клиренс мочево́й кислоты
 5. клиренс белка
40. Скорость клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина в норме:
1. 80 - 120 мл/мин
 2. 50 - 75 мл/мин
 3. 125 - 145 мл/мин
 4. 150 - 170 мл/мин
 5. 180 - 200 мл/мин
41. Какой из перечисленных факторов вызывает уменьшение клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин:
1. уменьшение количества функционирующих нефронов
 2. повышение артериального давления до 170/95 мм ртст
 3. снижение артериального давления до 110/65 мм ртст
 4. протеинурия более 100 мг/сутки
 5. эритроцитурия 106/л
42. Объем первичной мочи (клубочкового ультрафильтрата) в норме:
1. 180 - 200 л
 2. 250 - 300 л
 3. 150 - 170 л
 4. 130 - 140 л
 5. 100 - 120 л
43. В норме минимально допустимое соотношение дневного и ночного диуреза составляет:
1. 1,5/1
 2. 2,5/1
 3. 2/1
 4. 1/1
 5. 1/1,5
44. Что понимают под термином «дизурия»?
1. затрудненные, неприятные ощущения и болезненность при мочеиспускании, нарушение ритма мочеиспускания
 2. мочеиспускание в ночное время
 3. увеличение количества суточной мочи
 4. уменьшение количества суточной мочи
 5. нарушение соотношения дневного и ночного диуреза
45. Что понимают под термином «поллакиурия»?
1. учащенное мочеиспускание
 2. затрудненное мочеиспускание
 3. болезненное мочеиспускание
 4. редкое мочеиспускание
 5. мочеиспускание в ночное время
46. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?
1. 1010 - 1012
 2. 1005 - 1015
 3. 1012 - 1022
 4. 1010 - 1020
 5. 1020 - 1025
47. Что понимают под термином «гипостенурия»?
1. снижение удельной плотности мочи
 2. понижение минутного диуреза
 3. монотонность удельной плотности мочи
 4. повышение удельной плотности мочи
 5. понижение минутного диуреза при повышении удельной плотности мочи

48. Минимально допустимые колебания относительной плотности мочи в анализе по Зимницкому (суточный диурез 1200 мл, максимальная УП 1020):
1. 10 ед
 2. 20 ед
 3. 15 ед
 4. 8 ед
 5. 5 ед
49. Что представляет собой анализ мочи по Зимницкому?
1. определение колебаний к-ва и уд плотности в 3-часовых порциях мочи, выделенной в течение суток при обычном питьевом и пищевом режиме
 2. определение количества белка в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
 3. определение колебаний количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток в условиях сухоядения
 4. определение количества и удельной плотности суточной мочи
 5. определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
50. Что понимают под термином «полиурия»?
1. более 2 л мочи за сутки
 2. более 800 мл мочи за сутки
 3. более 1 л мочи за сутки
 4. более 1,8 л мочи за сутки
 5. более 1,5 л мочи за сутки
51. Предельно допустимое количество бактерий в 1 мл мочи в норме:
1. 10^5 /л
 2. 10^2 /л
 3. 10^3 /л
 4. 10^4 /л
 5. 10^6 /л
52. Предельно допустимое количество эритроцитов в 1 л мочи в норме:
1. 1×10^6 /л
 2. 1×10^3 /л
 3. 2×10^6 /л
 4. 4×10^5 /л
 5. 1×10^7 /л
53. Что представляет собой анализ мочи по Нечипоренко?
1. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 л мочи
 2. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за сутки
 3. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за час
 4. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за минуту
 5. определение количества мочи, выделенной за минуту
54. Что понимают под термином «олигурия»?
1. выделение за сутки менее 500 мл мочи
 2. выделение за сутки менее 1,5 л мочи
 3. выделение за сутки менее 1,2 л мочи
 4. выделение за сутки менее 1 л мочи
 5. выделение за сутки менее 300 мл мочи
55. В лечении больных нефротическим кризом целесообразно применение:
1. реополиглобулина
 2. глюкокортикоидов
 3. гепарина
 4. концентрированного раствора альбумина
 5. диуретиков
56. У больного с острой почечной недостаточностью: $p\text{CO}_2$ - 46 мм рт ст, стандартный бикарбонат - 12 ммоль/л. Что можно предположить в этой ситуации?

1. респираторный алкалоз
 2. метаболический ацидоз
 3. смешанный дыхательный и метаболический ацидоз
 4. смешанный дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
57. Острая почечная недостаточность является частым осложнением:
1. отравления солями тяжелых металлов
 2. острого тубулонтерстициального нефрита
 3. ожоговой болезни
 4. синдрома длительного раздавливания
 5. острой гемолитической анемии
 6. всех перечисленных ситуаций
58. При острой почечной недостаточности показанием к проведению экстренного гемодиализа служит:
1. наличие судорожного синдрома
 2. гиперкалиемия более 7,5 ммоль/л
 3. гипотензия
 4. снижение рН крови до 7,3 ммоль/л
59. Какие из перечисленных состояний могут быть причиной острой почечной недостаточности:
1. острый нефритический синдром
 2. прием препаратов, содержащих фенацетин
 3. шок
 4. синдром Гудпасчера
60. Что из перечисленного является показанием к экстренному гемодиализу при неэффективности терапии мочегонными средствами:
1. креатинин крови свыше 0,6 ммоль/л
 2. прогрессирующий ацидоз и гиперкалиемия более 7,5 ммоль/л
 3. артериальная гипертензия
 4. тошнота и рвота
61. Острая почечная недостаточность характеризуется:
1. гипохлоремическим алкалозом
 2. метаболическим ацидозом
 3. гиперкалиемией
 4. снижением гематокрита
62. Применение каких антибиотиков противопоказано при острой почечной недостаточности:
1. ампициллина
 2. стрептомицина
 3. амикацина
 4. гентамицина
 5. эритромицина
63. Лечение гиперкалиемии свыше 6,5 ммоль/л при острой почечной недостаточности включает все:
1. гемодиализа
 2. глюконата кальция
 3. бикарбоната натрия
 4. инсулина с раствором глюкозы
 5. глюкокортикоидов
64. К нефротоксинам, способным вызывать острую почечную недостаточность, относятся:
1. рентгеноконтрастные вещества
 2. нестероидные противовоспалительные препараты
 3. соли тяжелых металлов
 4. сердечные гликозиды
 5. аминогликозиды
65. Осложнениями острой почечной недостаточности считаются:
1. анемия
 2. желудочно-кишечные кровотечения

3. перикардит

66. Острая почечная недостаточность может наблюдаться при:

1. дегидратации
2. гипергидратации
3. узелковом периартериите
4. отравлении парацетамолом
5. отравлении атропином

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1. Какие клетки принимают основное участие в развитии воспаления при бронхиальной астме:
 1. эозинофилы
 2. тучные клетки
 3. нейтрофилы
 4. Т-лимфоциты
 5. тромбоциты
 6. эритроциты

2. Аллергическую форму бронхиальной астмы характеризуют реакции:
 1. цитотоксического типа
 2. реактинового типа
 3. все виды аллергических реакций
 4. замедленной аллергии
 5. повреждение иммунными комплексами

3. Одним из компонентов аспириновой триады является:
 1. гайморит
 2. тонзиллит
 3. полиноз носа
 4. бронхит
 5. пневмония

4. Наиболее частые причины смерти больных с бронхиальной астмой:
 1. астматический статус
 2. передозировка симпатомиметиков
 3. острая сердечная недостаточность
 4. развитие острой эмфиземы легких

5. Какие утверждения верны в отношении бронхиальной астмы?
 1. требует постоянного лечения
 2. гиперреактивность бронхов является обязательным признаком бронхиальной астмы
 3. всегда имеется аллергия к каким-либо аллергенам
 4. даже в период ремиссии в бронхах имеются признаки воспаления
 5. основным методом лечения является регулярный прием В2-агонистов

6. Назовите состояния, относящиеся к первичной гиперреактивности бронхов:
 1. астма физического усилия
 2. аспириновая астма
 3. адренергический вариант
 4. вагусзависимая астма

7. Назовите основные клинические проявления бронхиальной астмы:
 1. приступ удушья
 2. приступ кашля
 3. приступ затруднения дыхания
 4. приступ потери сознания

8. Какие препараты противопоказаны при астматическом статусе, связанном с передозировкой адреномиметиков:
 1. адреналин
 2. орципреналина сульфат
 3. изадрин
 4. эуфиллин
 5. гидрокортизон

9. Для лечения больного в астматическом статусе используется все перечисленное, за исключением:
 1. кислородотерапии
 2. эуфиллина
 3. кортикостероидов
 4. интала

5. вибрационного массажа

10. Показаниями для искусственной вентиляции легких при астматическом статусе является:

1. pO_2 в артериальной крови ниже 50 мм рт ст
2. повышение pCO_2 в артериальной крови выше 60 мм рт ст
3. утрата сознания

11. При анафилактической форме астматического статуса:

1. показано введение адреналина
2. адреномиметики противопоказаны во всех формах
3. необходима интенсивная кортикостероидная терапия
4. ИВЛ противопоказана
5. целесообразно введение эуфиллина и антигистаминных препаратов

12. Для 2-й стадии астматического статуса характерным симптомом является:

1. «немые» зоны в легком
2. усиление кашля
3. гипокания
4. появление периодического дыхания
5. дыхание Куссмауля

13. Какое из перечисленных сочетаний терапевтических мероприятий целесообразно использовать в лечении астматического статуса:

1. рифампицин + но-шпа + постоянная кислородотерапия
2. стрептокиназа + реланиум + эуфиллин
3. гидрокортизон + ингаляция закиси азота
4. гидрокортизон + эуфиллин + гепарин
5. беротек + адреналин + эуфиллин

14. Какие из утверждений справедливы для астматического статуса:

1. ингаляции бета-адреномиметиков неэффективны
2. применение наркотических анальгетиков противопоказано
3. необходимо проводить дегидратационную терапию
4. глюкокортикоиды противопоказаны при сочетании с сахарным диабетом
5. для купирования статуса эффективен интал

15. Признаками, свидетельствующими о разрешении астматического статуса, являются:

1. прекращение отхождения мокроты
2. появление «немого» легкого
3. ослабление чувства удушья
4. появление продуктивного кашля

16. Первоочередными мерами при тяжелом астматическом статусе являются:

1. введение адреналина
2. ингаляция сальбутамола
3. введение эуфиллина
4. введение преднизолона или гидрокортизона
5. ограничение инфузионной терапии
6. ингаляция увлажненного кислорода

17. Для развития астматического статуса характерно:

1. нарастающее по интенсивности удушье
2. хороший эффект бета-2-адреностимуляторов
3. продуктивный кашель
4. исчезновение хрипов и дыхательных шумов над легкими
5. притупление перкуторного тона

18. Факторами, предрасполагающими к развитию астматического статуса, являются:

1. обострение хронического бронхита
2. проведение диагностических скарификационных проб
3. злоупотребление эуфиллином
4. отмена гормональной терапии

5. острая респираторная вирусная инфекция

19. Электрокардиографическими признаками, указывающими на возможность развития тромбоэмболии легочной артерии, являются:

1. отклонения электрической оси влево
2. блокада правой ножки пучка Гиса
3. выраженные Q III и Q AVF
4. «митральный» P
5. отрицательный T III

20. К числу неотложных мероприятий при лечении тромбоэмболии легочной артерии необходимо отнести:

1. управляемую гипотонию
2. назначение бета-адреноблокаторов
3. введение гепарина
4. введение стрептокиназы
5. ингаляцию кислорода

21. К числу неотложных диагностических мероприятий при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии необходимо отнести:

1. анализ мокроты
2. ЭКГ
3. исследование функции внешнего дыхания
4. рентгенографию грудной клетки
5. ангиопульмонографию

22. Какие из перечисленных исследований являются первоочередными для уточнения диагноза тромбоэмболии легочной артерии:

1. анализ мокроты
2. ЭКГ
3. коагулограмма
4. рентгенография грудной клетки
5. проба Тиффно

23. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются:

1. тромбоз глубоких вен нижних конечностей
2. ранний послеоперационный период
3. ранняя активизация в постинфарктном периоде
4. митральный стеноз
5. аортальная недостаточность

24. Характерными клиническими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

1. цианоз
2. снижение центрального венозного давления
3. одышка
4. набухание шейных вен
5. синусовая тахикардия

Ответы: Коллагеновые болезни

1-2	1-3
2-4	2-2
3-5	3-5
4-5	4-4
5-5	5-5
6-4	6-3
7-4	7-5
8-2	8-4
9-2	9-3
10-5	10-4
11-1	11-1
12-4	12-1
13-4	13-1
14-3	14-2
15-5	15-5
16-4	16-5
17-5	17-4
18-4	18-3
19-4	19-2
20-5	20-3
21-5	21-2
22-1	22-5
23-5	23-1
24-3	24-4
25-5	25-1
26-4	26-2
27-3	27-2
28-3	28-3
29-5	29-2
30-1	30-5
31-4	31-2
32-4	32-3
33-5	33-5
34-5	34-1
35-5	35-3
36-2	36-1
37-1	37-4
38-1	38-3
39-4	39-2
40-1	40-1
41-4	41-1
42-5	42-1
43-5	43-1
44-3	44-2
45-4	45-3
46-4	46-1
47-2	47-2
48-1	48-3
49-2	49-1
50-5	50-5
51-3	
52-5	
53-5	
54-1	
55-2	
56-5	

Ответы: Ревматоидный артрит

Ответы: Миокардиодистрофии, пороки сердца,
кардиомиопатии

1-4
2-5
3-3
4-5
5-2
6-3
7-5

8-2	12-4
9-5	13-1
10-5	14-1
11-2	15-1
12-4	16-1,3
13-3	17-1
14-2	18-5
15-4	19-2
16-2	20-5
17-4	21-4
18-4	22-3
19-3	23-4
20-2	24-3
21-1	25-5
22-2	26-3
23-5	27-5
24-5	28-4
25-5	29-4
26-5	30-4
27-4	31-1
28-4	32-1
29-3	33-4
30-3	34-3
31-3	35-1
32-2	36-4
33-3	37-4
34-1	38-1
35-5	39-5
36-4	40-4
37-5	41-5
38-3	42-2
39-1	43-2
40-4	44-5
41-3	45-3
42-4	46-4
43-3	47-4
44-3	48-1,2
45-5	49-3
46-4	50-4
47-5	51-1,2
48-3	52-4
49-3	53-3
50-4	54-3
51-3	55-4
52-4	56-2
53-4	57-1,2
54-3	

Ответы: Миокардиты, перикардиты,
инфекционный эндокардит

1-1
2-5
3-1
4-2
5-2
6-3
7-1
8-1
9-4
10-4
11-4

Ответы: Острая ревматическая лихорадка

1-1,2,3
2-1
3-1,2,3,4
4-3
5-1,2,3,4
6-2
7-2
8-3
9-4
10-4
11-5
12-1,2,3,4
13-3
14-1,2,3,4

15-3
 16-2
 17-1,6
 18-1,2,3,4
 19-3
 20-5
 21-2
 22-2,3,5

Ответы: Васкулиты

1-4
 2-1
 3-5
 4-1
 5-1
 6-2
 7-5
 8-4
 9-1
 10-2
 11-2
 12-1
 13-1
 14-2
 15-1
 16-2
 17-1
 18-1,3,4,5
 19-4
 20-1,3,4,5
 21-5
 22-2
 23-5
 24-5
 25-2
 26-1,2,3,4
 27-4
 28-3
 29-3
 30-1
 31-1,2,3,5
 32-1,2,4,5
 33-4
 34-2
 35-5
 36-4
 37-3
 38-4
 39-1,2,3,
 40-3
 41-5
 42-1,2,4,5
 43-4
 44-4
 45-5
 46-4
 47-1,3

Ответы: Гематология

1-1,2,3
 2-1

3-1,3,5
 4-1,2,3,5
 5-2,4,5
 6-1
 7-1,2,3,4,7
 8-1
 9-2,3
 10-1,4
 11-1
 12-1,2,3,4,5
 13-1
 14-1
 15-2
 16-1,2
 17-1,2,3
 18-1,2
 19-1,2,4
 20-1,2,6
 21-1,2
 22-1
 23-1,2,3,4,5
 24-1,2
 25-1,3,4
 26-1,2,3,4,5
 27-1,2
 28-1,2,3,4,5,6
 29-1,2,4
 30-1
 31-1,3,4
 32-4
 33-1
 34-1,2
 35-1,2,3
 36-1,2,3,4
 37-2
 38-1
 39-1
 40-1,2,3,4
 41-1,3
 42-1,2,3
 43-2,3,5,6,7
 44-1,2
 45-1
 46-1,2
 47-1,5
 48-1,2,3
 49-1
 50-1,5
 51-1,2,3
 52-1
 53-1
 54-1,2,3,4
 55-1,3

Ответы: Нефрология

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

7-3
8-2
9-1,2
10-1
11-1,2,3,4,5
12-1
13-3,4,5
14-4,5
15-3,4
16-4
17-1,2,3,4
18-3
19-1,2
20-1,2,3,4
21-2,3,4,5
22-2,3,4,5
23-2,4,5
24-5
25-1
26-1
27-3
28-2,3,4,5
29-1
30-1
31-2,3,4
32-2,3,4,5
33-1
34-1
35-1
36-1
37-1
38-1
39-1
40-1
41-1
42-1
43-1
44-1
45-1
46-1
47-1
48-1
49-1
50-1

51-1
52-1
53-1
54-1
55-1,2,3,4,5
56-3
57-1,3,4,5
58-2
59-1,2,3,4
60-2
61-3
62-2,3,4
63-1,2,3,4
64-1,2,3,5
65-1,2,3
66-1,3,4

Ответы: Пульмонология

1-1,2,3,4,5
2-2
3-3
4-1,2
5-1,2,4
6-1,2
7-1,2,3
8-1,2,3
9-4
10-1,2,3
11-1,3,5
12-1
13-4
14-1,2
15-3,4
16-3,4,6
17-4
18-1,2,4,5
19-2,3,5
20-3,4,5
21-2,4,5
22-2,4
23-1,2,4
24-1,3,4,5