

# Тестовые задания для государственного экзамена по внутренним болезням для студентов 6 курса (акушерство и гинекология)

## ВАСКУЛИТЫ

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

6. 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
  
7. 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
  
8. Какое лечение показано в острый период неспецифического аортоартериита?
  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.
  
9. Какие патологически сдвиги формируют синдром перемежающейся хромоты у больных неспецифическим аортоартериитом?
  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.
  
10. Что является причиной повышения артериального давления у больных неспецифическим аортоартериитом?
  1. Гломерулонефрит.
  2. Пиелонефрит.
  3. Нефросклероз.
  4. Стеноз почечных артерий.
  5. Поражение мозговых артерий.
  
11. Какие синдромы из представленных ниже типичны для неспецифического аортоартериита?
  1. Синдром дуги аорты.
  2. Синдром бронхиальной обструкции.
  3. Синдром легочной гипертензии.
  4. Синдром поражения сердца.
  5. Синдром перемежающейся хромоты.
  
12. Какие существуют патоморфологические варианты неспецифического аортоартериита?

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.
13. Какая из приведенных ниже формулировок соответствует определению неспецифического аортоартериита?
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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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
18. 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.
19. 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, венулы, 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 иммуннокомплексное заболевание, сопровождающееся асептическим воспалением и дезорганизацией стенок артериол, капилляров, венул в сочетании с множественным тромбообразованием в мелких сосудах кожи и внутренних органов.
20. 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 0 (сандоглобулин) по 1 г в день в течение 3 дней.
  5. Все указанные методы.
21. 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.
22. 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, гастродуоденальными язвами, кровотечениями.
  3. Артериит брыжеечных артерий среднего калибра с кровотечениями, гангреной кишечника.
  4. Все упомянутые поражения типичны для данного заболевания.

23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Какие системные васкулиты сопровождаются поражением легких?
1. Гранулематоз Вегенера.
  2. Микроскопический полиангиит.
  3. Ангиит Чарга-Стросса.
  4. При всех упомянутых васкулитах поражаются легкие.
27. 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.
28. При каких системных васкулитах поражаются преимущественно артерии среднего калибра?
1. Гранулематоз Вегенера.
  2. Узелковый полиартериит.
  3. Гигантоклеточный височный ангиит Хортона.
  4. При всех упомянутых васкулитах.
29. При каких системных васкулитах поражаются крупные артерии эластического типа?
1. Гигантоклеточный височный артериит Хортона.
  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.

Ответы: **Васкулиты**

1-1

2-5

3-1

4-2

5-4

6-2

7-1

8-1

9-1

10-4

11-1,3,4,5

12-5

13-2

14-1,2,3,4

15-3

16-3

17-1,2,3,5

18-4

19-2

20-5

21-3

22-4

23-3

24-5

25-4

26-4

27-5

28-4

29-1,3,4

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1. Какая терапия обязательна при аутоиммунном гастрите?
  1. антациды
  2. H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов
  3. репаранты
  4. заместительная терапия (желудочный сок)
  
2. Какие препараты обязательны при терапии гастрита ассоциированного с хеликобактером?
  1. викалин
  2. де-нол
  3. альмагель
  4. метронидазол
  5. амоксициллин
  
3. Какой метод обследования является наиболее достоверным для диагностики диафрагмальной грыжи?
  1. эзофагоскопия
  2. гастроскопия
  3. рентгеноскопия в горизонтальном положении
  4. Ph-метрия
  
4. Рентгенологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:
  1. рубцовое сужение просвета
  2. множественные язвы
  3. отсутствие гаустрации
  4. сглаженность рельефа слизистой оболочки
  
5. К рентгенологическим признакам болезни Крона относится:
  1. наличие свищей
  2. сужение просвета кишки
  3. дивертикулы
  4. нарушение гаустрации кишечника
  
6. Определяемый рентгенологически симптом "зернистая" слизистая оболочка является самым ранним признаком одного из следующих заболеваний:
  1. терминального илеита
  2. гранулематозного колита
  3. неспецифического язвенного колита
  4. множественного полипоза толстого кишечника
  5. рака толстого кишечника
  
7. Какая локализация язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки чаще всего осложняется кровотечением?
  1. язва тела желудка
  2. язва антрального отдела желудка
  3. язва пилорического канала
  4. язва луковицы 12-перстной кишки
  5. внелуковичная язва

8. Какие осложнения язвенной болезни являются непосредственно угрожающими для жизни больного?
  1. пенетрация
  2. перфорация
  3. стенозирование привратника
  4. малигнизация
  5. кровотечение
  
9. Какие препараты используются для эрадикации хеликобактера пилори?
  1. амоксициллин
  2. де-нол
  3. метронидазол
  4. сукральфат
  5. метоклопрамид
  6. омепразол
  
10. Признаками хронического хеликобактерного гастрита являются:
  1. локализация воспаления в фундальном отделе
  2. локализация воспаления в антральном отделе
  3. колонизация слизистой хеликобактером
  4. ахлоргидрия
  5. повышенная или нормальная кислотопродукция
  6. наличие эрозий
  
11. Признаками аутоиммунного хронического гастрита являются:
  1. локализация воспаления в фундальном отделе желудка
  2. локализация воспаления в антральном отделе желудка
  3. наличие макроцитарной гиперхромной анемии
  4. ахлоргидрия
  5. наличие в крови антител против париетальных клеток и внутреннего фактора
  6. колонизация слизистой хеликобактером
  7. гипергастринемия
  
12. Абсолютными противопоказаниями к выполнению радикальной операции при раке пищевода являются:
  1. прорастание опухоли в органы средостения
  2. метастазы в отдаленные лимфатические узлы, недоступные для оперативного удаления
  3. преклонный возраст больного (65-70 лет)
  4. тяжелые сопутствующие заболевания легких и сердца
  5. метастазы в отдаленные органы (печень, легкие)
  
13. Какие из нижеперечисленных методов исследования наиболее информативны при раке пищевода?
  1. рентгенологическое исследование пищевода
  2. эзофагоскопия с биопсией
  3. цитологическое исследование промывных вод пищевода
  4. медиастимоскопия
  
14. Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к ранним признакам рака пищевода?
  1. чувство царапанья, жжения за грудиной при приеме пищи



2. чувство инородного тела в грудной клетке
  3. затруднение прохождения жидкой пищи
  4. затруднение прохождения твердой пищи
  5. постоянная боль за грудиной
  6. рвота съеденной пищей
  7. усиленное слюноотделение
15. У больного, перенесшего сильное нервно-психическое перенапряжение в последующем внезапно развивается дисфагия (твердая пища проходит в желудок лучше, чем жидкая), срыгивание и рвота в конце еды и ночью (симптом мокрой подушки), загрудинная боль с иррадиацией в шею, челюсть, межлопаточную область. Какое заболевание наиболее вероятно вызывает эти симптомы?
1. эзофагальный дивертикул
  2. рак пищевода
  3. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
  4. ахалазия кардии.
16. Больной поступил в стационар в связи с обострением язвенного колита с жалобами на:- лихорадку,- слабость,- вздутие живота,- повторяющийся обильный понос. Какие из перечисленных положений, касающиеся тактики ведения больного, являются верными
1. следует отдать предпочтение терапии лоперамидом (имодиумом)
  2. необходима обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
  3. терапия кортикостероидами абсолютно противопоказана
  4. желательна консультация хирурга
  5. необходимо учитывать возможность вторичного бактериального поражения кишечника
17. У больного симптомы печеночной колики, желтуха и гектическая лихорадка с ознобами. В анализе крови:- лейкоцитоз –  $16 \times 10^9$  ммоль/л - СОЭ- 50 мм/час. Наиболее вероятная причина данного состояния:
1. холангит
  2. синдром Бадд-Киари
  3. синдром Жильбера
  4. гемохроматоз
  5. болезнь Вильсона
18. Тонкокишечная непроходимость может быть осложнением:
1. терминального илеита
  2. опухоли кишечника
  3. дивертикулита
  4. перелома позвоночника, осложнившегося парезом кишечника
19. Какой из перечисленных лабораторных показателей наиболее информативен в диагностике острого панкреатита:
1. лейкоцитоз
  2. сахар крови
  3. щелочная фосфатаза
  4. кислая фосфатаза
  5. амилаза крови и/или мочи

20. Для лечения гастродуоденального кровотечения при язвенной болезни необходимо использовать все перечисленное, кроме:
1. холода на эпигастральную область
  2. ганглиоблокаторов
  3. E-аминокапроновой кислоты
  4. циметидина
  5. промывание желудка ледяной водой
21. Какие из перечисленных заболеваний могут осложняться кровотечением:
1. синдром Мэллори-Вейса
  2. язва желудка
  3. синдром Золлингера-Эллисона
  4. эрозивный гастрит
  5. варикозное расширение вен пищевода
22. Что из перечисленного может провоцировать развитие печеночной комы у больного циррозом печени:
1. кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода
  2. обильный диурез
  3. упорная рвота
  4. употребление большого количества белка с пищей
  5. присоединение острого вирусного гепатита В
23. У больного с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта первым диагностическим исследованием должно быть:
1. рентгенологическое исследование желудка
  2. эзофагогастродуоденоскопия
  3. ангиография
  4. коагулограмма
24. При тяжелой печеночной энцефалопатии необходимо проводить следующую терапию:
1. лактулоза
  2. неомицин (per os)
  3. канамицин (парэнтерально)
  4. гемосорбция
  5. все перечисленное верно
25. Печеночная кома у больного циррозом может быть спровоцирована:
1. интеркуррентной инфекцией
  2. приемом больших доз диуретиков
  3. кровотечением
  4. хирургическим вмешательством
  5. использованием транквилизаторов
26. Какие мероприятия являются первоочередными у больного с острым холангитом:
1. назначение антибиотиков
  2. назначение глюкокортикоидов
  3. срочное оперативное лечение
  4. введение спазмолитиков
  5. все перечисленное верно

27. Появление кровавой рвоты и жидкого черного стула у больного может быть обусловлено:
1. синдромом Мэллори-Вейса
  2. язвой 12-перстной кишки
  3. варикозным расширением вен пищевода
  4. длительным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов

**Ответы: Гастроэнтерология**

1-4

2-2,4,5

3-3

4-2,3

5-2

6-3

7-5

8-2,5

9-1,2,3,6

10-2,3,5,6

11-1,3,4,5

12-1,2,5

13-2

14-1,2,4

15-4

16-2,4,5

17-1

18-1,2,3,4

19-5

20-2

21-1,2,3,4,5

22-1,2,3,4,5

23-2

24-1,2,4

25-1,2,3,4,5

26-1,4

27-1,2,3,4

**БОЛЕЗНИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

1. В каких случаях показано хирургическое лечение болезни Крона?
  1. Кишечная непроходимость.
  2. Образование кишечных фистул.
  3. Инфильтраты и абсцессы в брюшной полости.
  4. Ни в одном из упомянутых случаев.
  5. Во всех упомянутых случаях.
  
2. Назначение какого препарата в дополнение к преднизолону позволяет усилить противовоспалительную эффективность терапии при болезни Крона?
  1. Азатиоприна.
  2. Метронидазола.
  3. Месалазина.
  4. Всех упомянутых.
  5. Ни одного из упомянутых.
  
3. В каких случаях следует назначать преднизолон при болезни Крона?
  1. При выраженной анемии.
  2. При кахексии.
  3. При тяжелых системных поражениях.
  4. При высокой активности воспалительного процесса.
  5. Во всех указанных случаях.
  
4. Какие отклонения биохимического анализа крови могут выявляться при болезни Крона?
  1. Гипопротеинемия.
  2. Гипергаммаглобулинемия.
  3. Сниженный уровень сывороточного железа.
  4. Электролитные расстройства.
  5. Все перечисленные.
  
5. Какая суставная патология характерна для хронической формы болезни Крона?
  1. Артралгии.
  2. Артриты крупных суставов.
  3. Анкилозирующий спондилоартрит.
  4. Все характерно.
  5. Все не характерно.
  
6. Где обычно локализуется сегментарный гранулематозный воспалительный процесс при острой форме болезни Крона?
  1. В терминальном отделе подвздошной кишки.
  2. В прямой кишке.
  3. В перианальной зоне.
  4. В любом из указанных мест.
  5. Ни в одном из указанных мест.
  
7. Где не может локализоваться сегментарный гранулематозный воспалительный процесс при болезни Крона?
  1. В перианальной области.
  2. В толстой кишке.
  3. В илеоцекальной области.

4. В аппендикулярном отростке.
  5. Может возникать во всех указанных местах.
8. Какие факторы имеют значение в патогенезе болезни Крона?
1. Вирусная инфекция.
  2. Бактериальная инфекция.
  3. Генетическая предрасположенность
  4. Белковый дефицит в рационе питания.
  5. Все имеют значение.
9. Какая формулировка соответствует определению болезни Крона?
1. Хроническое заболевание аутоиммунной природы, вызывающее гранулематозное воспаление терминального отдела подвздошной кишки, множественные системные поражения.
  2. Хроническое заболевание дисметаболической природы, вызывающее нарушения моторной функции кишечника, системные поражения.
  3. Хроническое заболевание аутоиммунной природы, вызывающее сегментарное или диффузное негранулематозное воспаление в кишечнике, множественные системные поражения.
  4. Хроническое заболевание аутоиммунной природы, вызывающее сегментарное или диффузное гранулематозное воспаление в кишечнике, множественные системные поражения.
  5. Хроническое воспалительное заболевание кишечника, вызывающее метаболические нарушения в печени, обструкцию желчных протоков, множественные системные поражения.
10. В каких случаях больным неспецифическим язвенным колитом не назначаются глюкокортикоидные гормоны?
1. Больным с тяжелым течением заболевания,
  2. При формировании аутоиммунной гемолитической анемии.
  3. При формировании нефротического синдрома (амилоидоз почек).
  4. При отсутствии эффекта от других методов лечения.
  5. Гормоны назначаются при всех упомянутых обстоятельствах.
11. Какие препараты используются для базисного противовоспалительного лечения больных с неспецифическим язвенным колитом?
1. Сульфасалазин.
  2. Салофалк (тидокол, месалазин).
  3. Салазопиридазин.
  4. Салазодиметоксин
  5. Любой из перечисленных.
12. Какие критерии позволяют исключить бактериальную дизентерию в процессе дифференциальной диагностики неспецифического язвенного колита?
1. Положительные результаты посевов на дифференциальные среды и/или люминесцентной микроскопии реакции угольной агломерации.
  2. Результаты биопсии стенки прямой кишки.
  3. Результаты эндоскопического исследования кишечника.
  4. Все приведенные критерии.
  5. Приведенные критерии не могут быть использованными для дифференциальной диагностики.

13. Какие особенности клинической картины типичны для рецидивирующей формы неспецифического язвенного колита?

1. Самая распространенная форма заболевания.
2. Протекает с периодами обострений и длительных ремиссий.
3. Может завершиться спонтанным излечением.
4. Все типичны.
5. Все не типичны.

14. Какие особенности клинической картины типичны для хронической формы неспецифического язвенного колита?

1. Постепенное начало.
2. Непрерывно прогрессирующее течение.
3. Выраженные системные проявления.
4. Все типичны.
5. Все не типичны.

15. Что относится к патогенезу неспецифического язвенного колита?

1. Фиксация в стенке кишки иммунных комплексов.
2. Нейтрофильная инфильтрация, отек стенки толстой кишки.
3. Изъязвления, микроабсцессы, перфорация стенки толстой кишки.
4. Фиброз слизистой, подслизистого слоя, псевдополипоз.
5. Все относится.

16. Какие средства могут способствовать нормализации микрофлоры кишечника у больных хроническим колитом?

1. Бактисубтил 0,2 - по 1 капсуле 3 раза в день перед едой.
2. Лактобактерин по 3-6 доз 3 раза в день.
3. Бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день во время еды.
4. Все могут.
5. Все не могут.

17. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и неспецифического язвенного колита в пользу хронического колита?

1. Боли в животе.
2. Расстройства стула.
3. Отсутствие системных поражений.
4. Можно все использовать.
5. Нельзя использовать ни один из упомянутых признаков.

18. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и синдрома раздраженного кишечника в пользу хронического колита?

1. Боли в животе.
2. Расстройства стула.
3. Признаки воспалительного процесса.
4. Можно все использовать.
5. Нельзя использовать ни один из упомянутых признаков.

19. Какой синдром является ведущим в клинической картине хронического колита?

1. Болевой синдром.
2. Синдром мальабсорбции.

3. Синдром мальдигестии.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни один из перечисленных.
20. Какая формулировка соответствует определению хронического колита?
1. Хроническое воспалительное заболевание толстой кишки.
  2. Хроническое заболевание со специфическими воспалительными морфологическими изменениями слизистой оболочки функций толстой кишки.
  3. Хроническое заболевание с неспецифическими воспалительными изменениями слизистой оболочки, нарушениями моторной и секреторной функций толстой кишки.
  4. Хроническое неспецифическое заболевание с нарушениями моторной функции толстой кишки.
  5. Хроническое заболевание с нарушениями секреторной функций толстой кишки.

Ответы: **Болезни толстого кишечника**

1-5

2-1

3-5

4-5

5-4

6-1

7-4

8-1,2,3

9-4

10-3

11-5

12-1

13-4

14-4

15-5

16-4

17-3

18-3

19-1

20-3

**БОЛЕЗНИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА**

1. Какие препараты необходимо применять для лечения хронического энтерита?
  1. Витамин В12.
  2. Витамины группы В.
  3. Жирорастворимые витамины (А, Е).
  4. Ни один из упомянутых нет смысла применять.
  5. Все упомянутые средства следует применять при данном заболевании.
  
2. Какие препараты не обладают прямым положительным действием на моторную функцию тонкой кишки при хроническом энтерите?
  1. Имодиум.
  2. Реасек.
  3. Бактисубтил.
  4. Все указанные.
  5. Ни один из указанных.
  
3. Какие препараты следует назначать для оптимизации кишечной микрофлоры при хроническом энтерите?
  1. Бактисубтил.
  2. Лактобактерин.
  3. Бифидумбактерин.
  4. Все указанные.
  5. Ни один из указанных.
  
4. Какие методы следует применить при тяжелом течении хронического энтерита с синдромом мальабсорбции?
  1. Энтеральное питание с введением через зонд белковых препаратов и гидролизатов белка.
  2. Внутривенное капельное введение белка (плазма, альбумин).
  3. Внутривенное капельное введение гидролизатов белка, аминокислотных смесей.
  4. Все указанное следует применять.
  5. Ничего из указанного не применимо.
  
5. Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита?
  1. Полифекалия.
  2. Консистенция жидкая или полужидкая.
  3. Цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый.
  4. Стеаторея.
  5. Прожилки крови.
  
6. Какие отклонения общего анализа крови не типичны для хронического энтерита?
  1. Признаки гипохромной анемии.
  2. Признаки В<sub>12</sub>-дефицитной анемии.
  3. Признаки полифакторной анемии.
  4. Эозинофилия.
  5. Увеличенная СОЭ.
  
7. Какой синдром соответствует патологическому выделению в просвет кишки жидкости, белка, электролитов при хроническом энтерите?
  1. Синдром экссудативной энтеропатии.
  2. Синдром мальабсорбции.



3. Синдром мальдигестии.
  4. Все соответствуют.
  5. Ни один не соответствует.
8. Какой синдром соответствует нарушениям процессов всасывания в тонкой кишке при хроническом энтерите?
1. Синдром экссудативной энтеропатии.
  2. Синдром мальабсорбции.
  3. Синдром мальдигестии.
  4. Все соответствуют.
  5. Ни один не соответствует.
9. Какой синдром соответствует нарушениям процессов переваривания в тонкой кишке при хроническом энтерите?
1. Синдром экссудативной энтеропатии.
  2. Синдром мальабсорбции.
  3. Синдром мальдигестии.
  4. Все соответствуют.
  5. Ни один не соответствует.
10. При каких обстоятельствах показана физиотерапия в виде согревающих компрессов на живот, электрофореза с сернокислой магнезией больным с синдромом раздраженного кишечника?
1. При сильных спастических болях.
  2. При запорах.
  3. При диарее.
  4. Ни при каких из указанных обстоятельств.
  5. При всех указанных обстоятельствах.
11. Какие спазмолитики можно применять при лечении болей у больных с синдромом раздраженного кишечника?
1. Дицетал.
  2. Мебеверин.
  3. Спазмомен (отилония бромид).
  4. Бускопан (бутилскополамин).
  5. Все можно применять.
12. Какие средства показаны больным с синдромом раздраженного кишечника, страдающим диареей?
1. Запаренные пшеничные отруби.
  2. Мукофалк.
  3. Имодиум.
  4. Форлак.
  5. Все показаны.
13. Какие факторы имеют значение в этиологии синдрома раздраженного кишечника?
1. Психогенные.
  2. Эндокринно-гормональные.
  3. Токсические.
  4. Алиментарные.
  5. Все указанные.

14. Что такое "синдром раздраженного кишечника"?
1. Функциональное расстройство кишечника, проявляющееся абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями дефекации
  2. Функциональное расстройство кишечника толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом
  3. Функциональное расстройство кишечника - толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями длительности кишечного транзита и дефекации
  4. Функциональное расстройство тонкого кишечника, проявляющееся нарушениями длительности кишечного транзита
  5. Функциональное расстройство толстого кишечника, проявляющееся болями в животе и нарушениями дефекации.

Ответы: **Болезни тонкого кишечника**

1-5

2-3

3-4

4-4

5-5

6-4

7-1

8-2

9-3

10-1

11-5

12-3

13-5

14-3

## ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ХОЛАНГИТ

1. Какой метод наиболее эффективен для скринингового диагностирования бессимптомной формы желчнокаменной болезни желчнокаменного носительства?
  1. Рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с пероральным приемом рентгенконтрастных препаратов пероральная холецистография.
  2. Рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с внутривенным введением рентгенконтрастных препаратов (внутривенная холецистография).
  3. Ультразвуковое исследование печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы.
  4. Эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография-ЭРХПГ.
  5. Радиоизотопная скинтиграфия желчевыводящей системы.
2. Какие методы применяются для лечения больных желчнокаменной болезнью с пигментным и известковым составом желчных камней?
  1. Длительная терапия препаратами желчных кислот (урсофалк, хенофалк).
  2. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия.
  3. Лапаротомическая холецистэктомия.
  4. Лапароскопическая (малоинвазивная) холецистэктомия.
  5. Все перечисленные методы.
3. Куда не иррадируют боли во время приступа печеночной колики у больных с желчнокаменной болезнью?
  1. В правую поясничную область.
  2. В правую подвздошную область.
  3. В правую лопатку.
  4. В правое плечо.
  5. В любое место из обозначенных выше.
4. Какие признаки свидетельствуют об осложнении желчнокаменной болезни холангитом?
  1. Появление "опоясывающих" болей.
  2. Появление ознобов.
  3. Появление тошноты, рвоты.
  4. Усиление болей в правом подреберье.
  5. Внезапное стихание болей в правом подреберье.
5. Какие осложнения могут возникнуть у больного желчнокаменной болезнью во время приступа печеночной колики?
  1. Механическая желтуха.
  2. Острый панкреатит.
  3. Острый холецистит.
  4. Ни одно из перечисленных.
  5. Любое из перечисленных.
6. Какой инструментальный метод наиболее эффективен для диагностики холелитиаза внепеченочных желчных протоков?
  1. ФГДС.
  2. Ультразвуковое исследование.
  3. Рентгенографическое исследование с пероральным приемом рентгенконтрастного препарата.

4. Рентгенологическое исследование с внутривенным введением рентгенконтрастного препарата.
5. Эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография (ЭРХПГ).
  
7. Назначение каких препаратов не позволяет уменьшить тонус стенки желчного пузыря у больного желчнокаменной болезнью во время приступа печеночной колики?
  1. Платифиллин.
  2. Нитроглицерин.
  3. Атропин.
  4. Мотилиум.
  5. Всех перечисленных.
  
8. Какой антибиотик обладает наименьшей способностью концентрироваться в желчи?
  1. Ампициллин.
  2. Рифампицин.
  3. Эритромицин.
  4. Ни один из перечисленных.
  5. Все перечисленные.
  
9. Какие биохимические показатели подтверждают диагноз механической желтухи, вызванной калькулезной обструкцией внепеченочных желчных протоков?
  1. Высокий уровень конъюгированного билирубина в крови.
  2. Высокое содержание холестерина в крови.
  3. Высокая активность щелочной фосфатазы в крови.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни один из перечисленных.
  
10. Желчные конкременты какого состава могут уменьшать свои размеры при длительном лечении препаратами желчных кислот (хенофалк, урсофалк)?
  1. Пигментные.
  2. Смешанные (холестерино-пигментно-известковые).
  3. Холестериновые.
  4. Все желчные камни независимо от их состава.
  5. Никакие не растворяются.
  
11. Желчные конкременты какого состава не видны на рентгенограммах без предварительного введения контраста?
  1. Холестериновые.
  2. Билирубинат-кальциевые пигментно-известковые.
  3. Известковые.
  4. Смешанные холестерино-пигментно-известковые.
  5. Все перечисленные.
  
12. При каких условиях в желчных путях формируются пигментные камни?
  1. При рецидивирующем гемолизе и врожденной недостаточности глюкуронилтрансферазы гепатоцитов.
  2. При избыточном содержании в желчи холестерина.
  3. При недостаточном содержании в желчи желчных кислот.
  4. При длительном застое желчи в пузыре и протоках.
  5. При сахарном диабете.

13. Какие обстоятельства способствуют возникновению холестериновых камней в желчных путях?
  1. Прием оральных контрацептивов.
  2. Длительное голодание.
  3. Прием пищи 1-2 раза в день.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни одно из перечисленных.
  
14. Инструментальные методы визуализации эхинококкоза печени (УЗИ, КТ, ЯМР) эффективны:
  1. в начальной стадии заболевания.
  2. на развернутой стадии заболевания.
  3. в терминальной стадии заболевания.
  4. на всех стадиях.
  
15. Оптимальным методом лечения эхинококкоза печени является:
  1. хирургический.
  2. консервативный медикаментозный.
  3. комбинированный хирургический и медикаментозный.
  4. паллиативный.
  5. отказ от активного лечения.
  
16. Какие из лабораторных тестов эффективны для диагностики эхинококкоза печени?
  1. Исследование уровня протромбина.
  2. Реакция латекс-агглютинации со специфическим антигеном.
  3. Проба Вельтмана.
  4. Сулемовая проба.
  5. Реакция Кумбса.
  
17. Какие инструментальные методы эффективны для диагностики эхинококкоза?
  1. Ультразвуковой.
  2. Сцинтиграфический.
  3. Рентгенологический (КТ).
  4. ЯМР-томографический.
  5. Все перечисленные.
  
18. Какие изменения периферической крови являются косвенным системным проявлением эхинококкоза печени?
  1. Нейтрофильный лейкоцитоз.
  2. Лимфоцитоз.
  3. Эозинофилия.
  4. Тромбоцитопения.
  5. Эритроцитоз.
  
19. Какой препарат эффективен при консервативном лечении эхинококкоза печени?
  1. Плаквенил.
  2. Гентамицин.
  3. Бисептол.
  4. Метронидазол.
  5. Мебендазол.

20. Какие препараты можно применять для стабилизации функционального состояния печени у больных амилоидозом печени?
1. Эссенциале-форте.
  2. Липостабил.
  3. Сбалансированные поливитаминные комплексы.
  4. Ни один из перечисленных нельзя применять.
  5. Все перечисленные можно применять.
21. Причиной гибели больных амилоидозом является:
1. Почечная недостаточность.
  2. Сердечная недостаточность.
  3. Надпочечниковая недостаточность.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни одна из перечисленных синдромов.
22. Какие клинические синдромы могут иметь место у больных амилоидозом?
1. Нефротический синдром.
  2. Синдром мальабсорбции.
  3. Сердечная недостаточность.
  4. Все из перечисленных.
  5. Ни один из перечисленных.
23. Биоптаты каких тканей берут для диагностики амилоидоза?
1. Эпителия десны из полости рта.
  2. Слизистой прямой кишки.
  3. Слизистой двенадцатиперстной кишки.
  4. Паренхимы печени.
  5. Всех выше перечисленных.
24. В пользу амилоидоза при морфологическом исследовании биоптата печени свидетельствует наличие:
1. Перипортального фиброза.
  2. Расширения желчных протоков.
  3. Гомогенных масс с двойным лучепреломлением.
  4. Участков некроза гепатоцитов.
  5. Атипичного клеточного строения паренхимы.
25. Какой краситель используется для диагностики амилоидоза?
1. Метиленовый синий.
  2. Конго красный.
  3. Синька Эванса.
  4. Индиго кармин.
  5. Прочный зеленый.
26. Какие органы поражаются при амилоидозе?
1. Печень.
  2. Селезенка.
  3. Кишечник.
  4. Поджелудочная железа.
  5. Все из перечисленных.
27. Какие из перечисленных жалоб типичны для больных с амилоидозом печени?

1. Тупая ноющая боль в правом подреберье.
  2. Прогрессирующее похудение.
  3. Зуд кожи.
  4. Тошнота, рвота.
  5. Все из перечисленных.
28. При каком заболевании может возникнуть амилоидоз печени?
1. Бронхиальная астма.
  2. Эмфизема легких.
  3. Бронхоэктатическая болезнь.
  4. Экссудативный плеврит.
  5. Пневмосклероз.
29. Какие препараты нельзя использовать для выведения из организма меди при болезни Вильсона-Коновалова?
1. Унитиол.
  2. БАЛ (британский антилюизит).
  3. Д-пенициламин.
  4. Аминалон.
  5. Триентин.
30. Какие поражения печени не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
1. Хронический гепатит.
  2. Цирроз печени.
  3. Тромбоз печеночных вен.
  4. Все типичны.
  5. Все не типичны.
31. Какие патологические процессы не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
1. Хронический гепатит.
  2. Цирроз печени.
  3. Фиброзирующий альвеолит.
  4. Поражение чечевидных ядер, подкорки, коры головного мозга.
  5. Гемолитические кризы.
32. Какие симптомы характерны для болезни Вильсона-Коновалова?
1. Кольцо Кайзера-Флейшера на роговице.
  2. Дерматит кожи лица в форме "бабочки".
  3. Геморрагическая пурпура.
  4. Все характерны.
  5. Все не характерны.

Ответы: **Хронический холецистит, холангит**

1-3

2-5

3-2

4-2

5-5

6-5

7-4

8-3

9-4  
10-3  
11-1  
12-1  
13-4  
14-4  
15-3  
16-2  
17-5  
18-3  
19-5  
20-5  
21-4  
22-4  
23-5  
24-3  
25-2  
26-5  
27-5  
28-3  
29-4  
30-3  
31-3  
32-1



**ГЕМАТОЛОГИЯ**

1. Какое поражение нервной системы характерно для В<sub>12</sub>-дефицитной анемии?
  1. Фуникулярный миелоз.
  2. Ассиметричный периферический неврит.
  3. Судорожный синдром.
  4. Неврит лицевого и тройничного нервов.
  
2. Какие синдромы выделяют у больных В<sub>12</sub>-дефицитной анемией?
  1. Анемический.
  2. Желудочно-кишечный.
  3. Неврологический.
  4. Лимфаденопатический.
  5. Артралгический.
  
3. Для клинических проявлений В<sub>12</sub>-дефицитной анемии характерно:
  1. Одышка, сердцебиение, мышечная слабость.
  2. Бледно-желтушный цвет кожных покровов.
  3. Выраженная гепатоспленомегалия.
  4. Диспепсические явления (вздутие живота, боли, расстройства стула и т.д.).
  5. Лимфаденопатия.
  6. Парестезии.
  
4. Какой характерный признак наблюдается в пунктате костного мозга при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии:
  1. Мегалобластический тип кроветворения.
  2. Тотальная бластная метаплазия.
  3. Раздражение красного ростка костного мозга.
  4. Раздражение белого ростка костного мозга.
  
5. Анемия при дефиците витамина В<sub>12</sub> 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.
  
6. Причинами развития В<sub>12</sub>-дефицитной 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.
  
7. Показаниями к гемотрансфузии при хронической железодефицитной анемии являются:
  1. Тяжелое состояние больного и нестабильная гемодинамика при любом низком уровне гемоглобина.
  2. Уровень гемоглобина ниже 70 г/л.
  3. Состояние после остановленного кровотечения с потерей 1000 мл крови.

4. Показана всем больным для быстрейшего восполнения дефицита железа.
8. Для лечения железодефицитной 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.
9. Для дефицита железа характерны следующие клинические проявления:
  1. Сухость кожи, ломкость ногтей, мышечная слабость.
  2. Извращения вкуса и запаха.
  3. Дисфагия (синдром Пламмера-Винсона).
  4. Ринит.
  5. Тромбоцитопения.
  6. Задержка мочеиспускания.
  7. Недержание мочи.
10. Для дефицита железа характерны следующие лабораторные показатели:
  1. Снижение содержания сывороточного железа.
  2. Увеличение содержания сывороточного железа.
  3. Увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки.
  4. Снижение общей железосвязывающей способности сыворотки.
11. К какой анемии относится большинство гемолитических анемий?
  1. К гипохромной.
  2. К нормохромной.
  3. К гиперхромной.
12. К какой анемии относится группа железодефицитных анемий?
  1. К гипохромной.
  2. К нормохромной.
  3. К гиперхромной.
13. На что указывает цветовой показатель?
  1. На степень насыщения эритроцита гемоглобином.
  2. На уровень сывороточного железа.
  3. На тяжесть анемии.
  4. На гемолиз эритроцитов.
14. Какой (-ие) показатель (-и) необходимо контролировать в первую очередь при лечении непрямыми антикоагулянтами, в частности, варфарином?
  1. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
  2. Протромбиновый индекс (ПИ).
  3. Международное нормализованное отношение (МНО).
  4. Время свертывания крови на предметном стекле по Ли-Уайту.
15. 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 на предметном стекле по Ли-Уайту.
16. 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.
17. Какие из нижеперечисленных показателей наблюдаются постоянно на протяжении всех стадий ДВС-синдрома?
1. Тромбоцитопения.
  2. Тромбоцитоз.
  3. Удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).
  4. Укорочение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).
  5. Уменьшение количества антитромбина-III.
  6. Увеличение количества антитромбина-III.
18. 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.
19. 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.
20. При каких заболеваниях может наблюдаться аутоиммунная тромбоцитопения?
1. Хронический лимфолейкоз.
  2. Системные заболевания соединительной ткани.
  3. Геморрагический васкулит.
  4. Эритремия.
21. Что подразумевается под термином гиперспленизм?
1. Увеличение функции селезенки.
  2. Обязательное увеличение размеров селезенки.
  3. Наличие добавочной доли селезенки.
22. Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии?
1. Гематомный.
  2. Микроциркуляторный (петехиально-пятнистый, или петехиально-синячковый).
  3. Смешанный (гематомно-микроциркуляторный).
  4. Васкулитно-пурпурный.

5. Ангиоматозный.
  6. Эритематозный.
23. 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 подкожно-жировую клетчатку.
  6. Болеют лица обоих полов в одинаковой степени.
24. 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.
25. 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 сцепленно 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.
26. При лечении геморрагического васкулита необходимо использовать:
1. Гепарин или низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, эноксапарин).
  2. Глюкокортикоиды (0,5-0,7 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.).
27. Чем может осложниться геморрагический васкулит?
1. ДВС-синдромом.
  2. Желудочно-кишечным кровотечением.
  3. Гемартрозом.
  4. Разрывом селезенки.
28. Какой тип кровоточивости характерен для геморрагического васкулита?
1. Гематомный.
  2. Микроциркуляторный (петехиально-пятнистый, или петехиально-синячковый).
  3. Смешанный (гематомно-микроциркуляторный).
  4. Васкулитно-пурпурный.
  5. Ангиоматозный.
  6. Эритематозный.
29. Какое проявление суставного синдрома наиболее характерно для геморрагического васкулита?

1. «Летучая» полиартралгия.
  2. Стойкая моноартралгия.
  3. Кровоизлияния в полость крупных суставов.
  4. Быстрое формирование артроза.
30. Какое поражение почек характерно для больных геморрагическим васкулитом?
1. Нефрит (гломерулонефрит).
  2. Пиелонефрит.
  3. Мочекаменная болезнь.
31. Какие клинические формы выделяют при геморрагическом васкулите?
1. Кожная.
  2. Суставная.
  3. Абдоминальная.
  4. Почечная.
  5. Смешанная.
  6. Церебральная.
  7. Спленомегалическая.
32. 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.
33. 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.
34. В гемостазе условно выделяют:
1. Первичный (сосудисто-тромбоцитарный) гемостаз.
  2. Вторичный (коагуляционный) гемостаз.
  3. Третичный (ретракционный) гемостаз.
35. Поражение каких органов характерно для миеломной болезни вследствие парамилоидоза?
1. Суставов и сухожилий.
  2. Поперечно-полосатой мускулатуры.
  3. Почек.
  4. Селезенки.
  5. Кишечника.
36. Какой патологический процесс лежит в основе миеломной нефропатии?
1. Восходящий нефросклероз.
  2. Хронический гломерулонефрит.

3. Хронический пиелонефрит.
  4. Амилоидоз почек.
  5. Интерстициальный нефрит.
37. Какие изменения в анализе мочи характерны для миеломной нефропатии?
1. Протеинурия Бенс-Джонса.
  2. Гематурия.
  3. Гемоглобинурия.
  4. Лейкоцитурия.
38. Какие синдромы являются ведущими при миеломной болезни?
1. Синдром костной патологии.
  2. Анемический синдром.
  3. Гепатоспленомегалический синдром.
39. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для миеломной болезни?
1. Гиперпротеинемия.
  2. Гиперальбуминемия.
  3. Гипергаммаглобулинемия.
  4. Гиперкальциемия.
  5. Гипопротеинемия.
  6. Гипокальциемия.
40. При каком лейкозе в анализе крови могут выявляться тельца Гумпрехта?
1. Хронический лимфолейкоз.
  2. Хронический миелолейкоз.
  3. Острый лимфобластный лейкоз.
  4. Острый миелобластный лейкоз.
41. 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.
42. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать эритремию?
1. Хроническая обструктивная болезнь легких.
  2. Дефект межпредсердной перегородки.
  3. Гипернефрома.
  4. Хронический лимфолейкоз.
  5. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки.
43. Характерными признаками эритремии являются:
1. Эритроцитоз.
  2. Лейкоцитоз.
  3. Тромбоцитоз.
  4. Спленомегалия.
  5. Лимфаденопатия.

44. Какое лечение хронического миелолейкоза признано в настоящее время наиболее эффективным?
1. Интерферонотерапия.
  2. Аллогенная трансплантация.
  3. Терапия миелосаном.
  4. Терапия препаратами гидроксимочевины (гидреа, литалир).
45. Какой симптом является важнейшим в клинической картине хронического миелолейкоза?
1. Спленомегалия.
  2. Тромбоцитопения.
  3. Анемия.
  4. Лимфаденопатия.
  5. Гепатомегалия.
46. Для какого лейкоза характерно наличие филадельфийской (Ph) хромосомы?
1. Хронический миелолейкоз.
  2. Острый миелолейкоз.
  3. Хронический лимфолейкоз.
  4. Острый лимфолейкоз.
47. 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.
48. 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).
49. 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).
50. 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).
51. 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).
52. Медикаментозная терапия при аутоиммунной апластической анемии включает:
1. Назначение пульс-терапии преднизолоном.
  2. Назначение цитостатической терапии.
  3. Парентеральное введение препаратов железа и витамина В12.
53. 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  $1,0 \times 10^9/\text{л}$ .
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Причиной аутоиммунной гемолитической анемии может явиться:
1. Хронический лимфолейкоз.
  2. Системная красная волчанка.
  3. Неспецифический язвенный колит.



4. Язвенная болезнь желудка с наличием «гигантской» язвы.
  5. Острый инфаркт миокарда.
58. Критериями гемолиза являются:
1. Гипербилирубинемия.
  2. Гемоглобинурия.
  3. Повышение содержания сывороточного железа.
  4. Тромбоцитоз.
  5. Лимфоцитоз.
59. Наиболее часто гемосидероз (отложение железа во внутренних органах) наблюдается при:
1. Талассемии.
  2. Железодефицитной анемии.
  3. Апластической анемии.
  4. В<sub>12</sub>-дефицитной анемии.
60. 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-фосфоглюконат-дегидрогеназа.
61. 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.
62. Для клинических проявлений врожденных гемолитических анемий характерными являются:
1. Желтуха.
  2. Увеличение размеров селезенки.
  3. Склонность к образованию камней в желчном пузыре.
  4. Упорные артралгии.
  5. Периодическое появление на коже туловища петехиально-пятнистой сыпи.
63. Какие заболевания относятся к приобретенным гемолитическим анемиям?
1. Болезнь Минковского-Шоффара.
  2. Болезнь Маркиафавы-Микели.
  3. Аутоиммунная гемолитическая анемия.
  4. Талассемии.
  5. Серповидно-клеточная анемия.
  6. «Маршевая» гемоглобинурия.
64. Какие заболевания относятся к врожденным гемолитическим анемиям?
1. Болезнь Минковского-Шоффара (сфероцитоз).
  2. Болезнь Маркиафавы-Микели.
  3. Аутоиммунная гемолитическая анемия.
  4. Талассемии.

5. Серповидно-клеточная анемия.
  6. «Маршевая» гемоглобинурия.
65. В течение какого срока следует ожидать развития фолиево-дефицитной анемии при условиях полного насыщения депо, нормального расходования фолиевой кислоты и полного прекращения ее поступления извне?
1. Примерно через 3 года.
  2. Примерно через 1 год.
  3. Примерно через 4 месяца.
  4. Дефицит фолиевой кислоты проявляется с первых дней полного прекращения поступления ее извне.
  5. Дефицит фолиевой кислоты проявляется одновременно с дефицитом витамина В12.
66. Чем по клинической картине фолиево-дефицитная анемия отличается от В<sub>12</sub>-дефицитной анемии?
1. Отсутствием неврологического синдрома.
  2. Отсутствием желудочно-кишечного синдрома.
  3. Отсутствием анемического синдрома.
  4. Отсутствием тромбоцитопении.
  5. Отсутствием лейкопении.
67. Когда следует провести стернальную пункцию с изучением миелограммы для подтверждения диагноза В<sub>12</sub>-дефицитной анемии?
1. До начала лечения витамином В12.
  2. На фоне лечения витамином В12.
  3. После окончания лечения.
  4. Стерральная пункция при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии не проводится, так как диагноз всегда устанавливается на основании общего анализа крови и клинической картины.

Ответы: **Гематология**

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

42-1,2,3  
43-1,2,3,4  
44-1  
45-1  
46-1  
47-1,2,3,4  
48-1,2,3  
49-1,2  
50-1  
51-1,2  
52-1  
53-1  
54-1,2,3

55-1  
56-2,5  
57-1,2,3  
58-1,2,3  
59-1  
60-1  
61-1,3  
62-1,2,3,5  
63-2,3,6  
64-1,4,5  
65-3  
66-1  
67-1

**ИММУНОЛОГИЯ**

1. Клиническими проявлениями лекарственной аллергии могут быть:
  1. эритремия
  2. неревматический кардит
  3. панкреатиты
  4. гепатиты
  5. гломерулонефриты
  
2. Назовите причины лекарственной аллергии:
  1. длительное, повторными курсами применение лекарств.
  2. применение инъекций депо-препаратов.
  3. полипрагмазия.
  4. генетическая предрасположенность к аллергии.
  
3. Укажите характерные признаки аллергических реакций I-го типа:
  1. в них участвуют IgA, IgM
  2. в них участвует IgE
  3. клетки-мишени - базофилы, тучные клетки
  4. клиника - анафилактический шок, крапивница, бронхиальная астма
  5. клиника - сывороточная болезнь, аллергический альвеолит, ревматоидный артрит
  
4. Для наследственного ангионевротического отёка характерны:
  1. нормальный уровень компонентов комплемента C2, C4 в сыворотке крови
  2. сниженный уровень компонентов комплемента C2, C4 в сыворотке крови
  3. нормальный уровень ингибитора C1-эстеразы в сыворотке крови
  4. сниженный уровень ингибитора C1-эстеразы в сыворотке крови
  
5. Укажите эффекты медиаторов аллергического воспаления:
  1. повышение проницаемости сосудов
  2. спазм гладкой мускулатуры
  3. гиперпродукция слизи
  4. раздражение нервных окончаний
  
6. Общие принципы профилактики лекарственной болезни:
  1. прописывать медикаменты строго оправданные клинической ситуацией
  2. избегать полипрагмазии
  3. тщательно собирать лекарственный анамнез
  4. антибиотики назначать только в комплексе с антигистаминными препаратами
  
7. Немедленные генерализованные реакции по анафилактоидному типу вызывают:
  1. рентгеноконтрастные вещества
  2. лактамные антибиотики
  3. гетерогенные сыворотки
  4. вакцины
  5. нестероидные противовоспалительные
  
8. Немедленные генерализованные реакции по анафилактическому типу вызывают:
  1. рентгеноконтрастные вещества
  2. лактамные антибиотики
  3. гетерогенные сыворотки
  4. вакцины

5. нестероидные противовоспалительные
9. Способствуют развитию аллергии на лекарственные средства (ЛС):
  1. продолжительное лечение
  2. высокие дозы ЛС
  3. внутривенное введение ЛС
  4. частые прерывистые курсы приема ЛС.
  5. прием ЛС без прикрытия блокаторами гистаминовых рецепторов
10. Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии васкулитов:
  1. реактивный
  2. цитотоксический
  3. иммунокомплексный
  4. клеточный
11. Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии сывороточной болезни:
  1. реактивный
  2. цитотоксический
  3. тимунокомплексный
  4. клеточный
12. Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии крапивницы:
  1. реактивный
  2. цитотоксический
  3. иммунокомплексный
  4. клеточный
13. Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии ангионевротического отека:
  1. реактивный
  2. цитотоксический
  3. иммунокомплексный
  4. клеточный
14. Что из перечисленного является прямым показанием для назначения глюкокортикоидов?
  1. тяжелый астматический приступ
  2. атопический дерматит, локализованная форма
  3. синдром Стивена-Джонсона
  4. анафилактический шок
  5. легочной эозинофильный инфильтрат
15. При каких заболеваниях в основе повреждения тканей лежат анафилактические реакции?
  1. поллиноз
  2. крапивница
  3. анафилактический шок
  4. гиперплазия тимуса
  5. сахарный диабет

16. Выявление при лабораторной диагностике антител класса IgM к IgG (ревматоидный фактор) с большей вероятностью свидетельствует о:
1. системной красной волчанке
  2. дерматомиозите
  3. синдроме Шегрена
  4. склеродермии
  5. ревматоидном артрите
17. Выявление при лабораторной диагностике антител к 2-х спиральной ДНК свидетельствует о:
1. системной красной волчанке
  2. дерматомиозите
  3. склеродермии
  4. синдроме Шегрена
  5. ревматоидном артрите
18. К системным аутоиммунным заболеваниям относятся:
1. инсулинозависимый сахарный диабет
  2. системная красная волчанка
  3. дерматомиозит
  4. тиреоидит Хашимото
  5. болезнь гиалиновых мембран
19. Укажите препараты иммуноглобулинов для внутривенного применения:
1. пентаглобин
  2. цитотект
  3. КИП
  4. октагам
  5. сандоглобин
20. Укажите тимические препараты:
1. ликопид
  2. имунофан
  3. тималин
  4. ронколейкин
  5. тактивин
21. К иммуномодуляторам микробного происхождения относятся:
1. рибомунил
  2. ИРС-19
  3. полиоксидоний
  4. ликопид
  5. бронхомунал
22. Какие препараты являются индукторами интерферонов?
1. циклоферон
  2. рибомунил
  3. амиксин
  4. нуклеиновые кислоты и их производные (полудан, ридостин, др.)
  5. ималин

23. Какие препараты относятся к группе интерферонов?
1. реалдирон
  2. интрон
  3. циклоферон
  4. ликопад
  5. ронколейкин
24. Показания к назначению препаратов иммуноглобулинов:
1. острый период инфекционных заболеваний.
  2. профилактика простудных заболеваний
  3. иммунокомплексные заболевания
  4. первичные иммунодефициты
25. Показания к назначению препаратов бактериальных липополисахаридов (бронхомунал, рибомунил, пирогенал и т.п.):
1. в комплексной терапии острых вирусных инфекций
  2. в комплексной терапии затяжных гнойных инфекций кожи
  3. в комплексной терапии затяжных и хронических заболеваний легких
  4. в комплексной терапии затяжных вирусных инфекций
  5. в комплексной терапии первичных иммунодефицитов
26. Показания к иммунокоррекции при иммунодефицитах (ИД):
1. наличие изменений в иммунограмме при отсутствии клинических проявлений ИД
  2. наличие клинических проявлений ИД и изменений в иммунограмме
  3. наличие клинических проявлений ИД при отсутствии изменений в иммунограмме
  4. отсутствие клинических проявлений ИД и изменений в иммунограмме
27. Какие клетки крови в наибольшей мере подвержены иммуносупрессивному действию глюкокортикоидов?
1. нейтрофилы
  2. эритроциты
  3. тромбоциты
  4. лимфоциты
  5. макрофаги
28. Прием глюкокортикоидов вызывает:
1. снижение числа лимфоцитов, преимущественно за счет Т-клеток
  2. снижение числа лимфоцитов, преимущественно за счет В-клеток
  3. снижение числа нейтрофилов в крови.
  4. подавление миграции нейтрофилов в ткани
  5. снижение числа эозинофилов и базофилов в крови
29. Какие патологические процессы могут приводить к развитию вторичных иммунодефицитных состояний?
1. дистрофии
  2. авитаминозы
  3. нефротический синдром
  4. экссудативная энтеропатия
  5. атопический дерматит
30. Вирус иммунодефицита человека поражает:
1. нейтрофилы

2. макрофаги
  3. В-лимфоциты
  4. Т-хелперы
  5. эритроциты
31. Укажите первичные иммунодефициты, сцепленные с полом.
1. агаммаглобулинемия Брутона
  2. синдром Вискотта-Олдрича
  3. синдром Ди-Джоржи
  4. хроническая гранулематозная болезнь
  5. тяжёлый комбинированный иммунодефицит
32. Какие из перечисленных заболеваний более характерны для дефектов активации C5 - C9 компонентов комплемента:
1. рецидивирующие инфекции вирусной этиологии
  2. рецидивирующая менингококковая инфекция
  3. рецидивирующая гонококковая инфекция
  4. рецидивирующие грибковые инфекции
  5. гноеродные инфекции
33. Какие из перечисленных проявлений более характерны для обычных переменных иммунодефицитов (нарушение созревания плазматических клеток):
1. проявляется у детей с первых дней жизни
  2. чаще проявляется у подростков и взрослых
  3. гиперплазия лимфоидных узлов и селезенки
  4. повышен уровень IgM
  5. эозинофилия
34. Что характерно для больных с тяжелыми комбинированными иммунодефицитами:
1. анергия при кожных алерготестах
  2. гиперэргические местные реакции при введении антигена
  3. повышенный риск реакции "трансплантат против хозяина"
  4. вакцинация БЦЖ может вызывать заболевание
  5. вакцинация полиомиелита может вызывать поражение мозга
35. Какой первичный иммунодефицит встречается наиболее часто в европейской популяции?
1. болезнь Брутона
  2. общий переменный иммунодефицит
  3. селективный дефицит Ig A
  4. тяжёлый комбинированный иммунодефицит
  5. хроническая гранулематозная болезнь
36. Какие из перечисленных заболеваний характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:
1. возможны аутоиммунные синдромы
  2. рецидивирующие заболевания ЛОР органов
  3. склонность вирусным заболеваниям
  4. рецидивирующие заболевания органов дыхания
37. К каким инфекциям более чувствительны больные иммунодефицитом с преимущественной недостаточностью антител:



1. снижена устойчивость к токсоплазменной инфекции
  2. снижена устойчивость к стафилококкам и пневмококкам.
  3. снижена устойчивость к стрептококкам и инфлюэнце.
  4. снижена устойчивость к синегнойной палочке
  5. снижена устойчивость к рикетсиям
38. В диагностике каких заболеваний наиболее важно определить количество Т и В лимфоцитов в крови?
1. острые инфекционные заболевания
  2. иммунодефицитные состояния
  3. лимфопролиферативные заболевания
  4. аллергические заболевания
  5. СПИД
39. Пациенту, инфицированному *M.tuberculosis*, выполнили туберкулиновую пробу. Какие клетки инфильтрируют кожу через 48 часов в месте проведения пробы?
1. эозинофилы
  2. Т-хелперы
  3. В-лимфоциты
  4. макрофаги
  5. тучные клетки
40. Живые аттенуированные вакцины:
1. коревая
  2. паротитная
  3. против краснухи
  4. БЦЖ
  5. против гепатита В

Ответы: <b>Иммунология</b>	21-1,2,4,5
1-2,3,4,5	22-1,3,4
2-1,2,3,4	23-1,2
3-2,3,4,	24-1,4
4-2,4	25-2,3,4
5-1,2,3,4	26-2,3
6-1,2,3,	27-1,4
7-1,5	28-1,4,5
8-2,3,4	29-1,2,3,4
9-1,2,4	30-2,4
10-3	31-1,2
11-3	32-2,3
12-1	33-2,3
13-1	34-1,3,4,5
14-1,3,4	35-3
15-1,2,3	36-1,2,4
16-2,3,4,5	37-2,3,4
17-1	38-2,3,5
18-2,3	39-2,4
19-1,2,4,5	40-1,2,3,4
20-2,3,5	

## 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 орозивный или фиброзирующий артрит мелких суставов кистей рук.
  3. Отсутствуют признаки укорочения конечных 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. 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.
  
5. 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.
  
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Типичными клиническими проявлениями дерматомиозита являются:
  1. Миопатия.
  2. Поражение кожи.
  3. Артропатия.
  4. Васкулит.
  5. Все перечисленные.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Какие препараты целесообразно назначать при диффузной форме системного склероза с выраженными и тяжелыми системными проявлениями, высокой активности патологического процесса?
1. D-пенициламин.
  2. Колхицин.
  3. Делагил.
  4. Преднизолон.
  5. Все обозначенные.
16. Какие препараты и сочетания препаратов эффективны при лечении системного склероза?
1. D-пенициламин с преднизолоном.
  2. Колхицин.
  3. Делагил.
  4. Азатиоприн с преднизолоном.
  5. Все обозначенные.
17. 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.
18. 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.
19. 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 анкилозированию суставов
  4. Выявление ревматоидного фактора в крови.

5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
  
20. 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.
  
21. При каких формах системного склероза поражается кожа лица в виде "кисета"?
  1. Каплевидная.
  2. Бляшечная.
  3. Линейная.
  4. Кольцевидная.
  5. CREST-синдром.
  
22. 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.
  
23. 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.
  
24. 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.
  
25. Какие отклонения результатов биопсии кожно-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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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).
43. 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.



44. 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.
45. 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.
46. Какие рентгенологические изменения суставов типичны для системной красной волчанки?
1. Умеренно выраженный остеопороз.
  2. Узурсы суставных поверхностей,
  3. Сужение суставной щели, анкилозы.
  4. Все изменения типичны.
  5. Ни одно из указанных изменений не типично.
47. 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.
48. 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.

**Ответы: Коллагеновые болезни**

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



**МИОКАРДИОДИСТРОФИИ, ПОРОКИ СЕРДЦА, КАРДИОМИОПАТИИ**

1. 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.
  
2. Какие заболевания могут сопровождаться миокардиодистрофией?
  1. Алкоголизм.
  2. Хроническая почечная недостаточность.
  3. Тиреотоксикоз.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни одно из перечисленных.
  
3. Какие патологические состояния вызывают миокардиодистрофию?
  1. Голодание.
  2. Физическое переутомление.
  3. Климакс.
  4. Хронический тонзиллит.
  5. Все перечисленные.
  
4. 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.
  
5. 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.
  
6. Какие заболевания не имеют отношения к рестриктивной кардиомиопатии?
  1. Эндомиокардиальный фиброз.
  2. Африканская облитерирующая кардиопатия Беккера.
  3. Париетальный фибропластический эозинофильный эндокардит Леффлера.
  4. Миокардит Абрамова-Фидлера.
  5. Все имеют отношение.
  
7. Какие препараты нежелательно применять при лечении гипертрофической кардиомиопатии?
  1. Амiodарон.
  2. Пропранолол.
  3. Верапамил.
  4. Нитроглицерин.

5. Все можно применять.
8. Какие клинические особенности типичны для гипертрофической кардиомиопатии?
  1. Систолический шум в III-IV межреберье по левому краю грудины, усиливающийся при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.
  2. Систолический шум во II-III межреберье по правому краю грудины, ослабевающий при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.
  3. Систолический шум проводится на сосуды шеи.
  4. II тон над аортой ослаблен.
  5. Все типичны.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Какой препарат является универсальным средством купирования и лечения нарушений ритма у больных с многоклапанными пороками сердца?
  1. Пропранолол.
  2. Амiodорон.
  3. Верапамил.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни один из перечисленных.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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
17. 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 розовой, пенистой мокроты.
  4. Всеми упомянутыми симптомами.
  5. Ни одним из упомянутых симптомов.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. К чему в первую очередь приведет повышение давления в легочных венах у больных с митрально-аортальным пороком?
1. К склерозу легочных артерий.
  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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Каким препаратом можно достичь медикаментозно индуцированной облитерации открытого артериального протока у недоношенных детей?
  1. Индометацин.
  2. Димедрол.
  3. Пропранолол.
  4. Фенобарбитал.
  5. Д-пенициламин.



32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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
39. 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.
40. 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.
41. 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.

Ответы: **Миокардиодистрофии, пороки сердца, кардиомиопатии**

1-5

2-4

3-5

4-3

5-5

6-4

7-4

8-1

9-1

10-2

11-3

12-2

13-3

14-2

15-5

16-1

17-4

18-1

19-2

20-2

21-3

22-2

23-5

24-2

25-3

26-5  
27-1  
28-3  
29-4  
30-2  
31-1  
32-1  
33-1  
34-1  
35-2  
36-3  
37-1  
38-2  
39-3  
40-1  
41-5

**НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

1. Перечислите абсолютные показания для эндокардиальной кардиостимуляции при остром инфаркте миокарда:
  1. стойкая атриовентрикулярная блокада II степени или III степени с блокадой ножек п.Гиса
  2. преходящая атриовентрикулярная блокада в сочетании с блокадой ножек п.Гиса
  3. преходящая атриовентрикулярная блокада с преходящей блокадой левой ножки п.Гиса
  4. блокада передней ветви левой ножки п. Гиса
  5. блокада левой ножки п. Гиса при сохраненном атриовентрикулярном проведении
  
2. Аускультативные признаки митрального стеноза:
  1. I тон на верхушке ослаблен
  2. I тон на верхушке хлопающий
  3. II тон ослаблен на аорте
  4. II тон усилен на аорте
  5. акцент II тона на легочной артерии
  6. расщепление I тона
  7. тон открытия митрального клапана
  8. протодиастолический шум на верхушке
  
3. Укажите составные компоненты ритма перепела:
  1. ослабленный I тон на верхушке
  2. усиленный II тон над аортой
  3. ослабленный II тон над аортой
  4. расщепленный I тон
  5. расщепленный II тон
  6. хлопающий I тон на верхушке
  7. тон открытия митрального клапана
  
4. Укажите механизм образования ритма галопа:
  1. за счет расщепления I тона
  2. за счет расщепления II тона
  3. за счет тона открытия митрального клапана
  4. за счет тона открытия трикуспидального клапана
  5. за счет патологического усиления III тона
  6. за счет патологического усиления IV тона
  
5. О чем свидетельствует появление "ритма галопа"?
  1. о митральном стенозе
  2. о стенозе устья аорты
  3. о недостаточности митрального клапана
  4. о недостаточности аортального клапана
  5. о тяжелом нарушении сократительной функции миокарда
  
6. Причины дефицита пульса:
  1. мерцание-трепетание предсердий
  2. экстрасистолия
  3. гипертония
  4. коарктация аорты
  5. гипертрофический субаортальный стеноз

7. Укажите особенность болевого синдрома при инфаркте миокарда:
  1. сжимающие боли за грудиной
  2. тупые ноющие боли в области сердца
  3. интенсивные ("морфинные") боли
  4. боли слабой интенсивности
  5. продолжительность болевого синдрома 5-7 минут
  6. продолжительность болевого синдрома более 30 минут.
  
8. Основные клинические формы стенокардии:
  1. стенокардия напряжения стабильная
  2. впервые возникшая стенокардия
  3. прогрессирующая стенокардия
  4. спонтанная (особая) стенокардия
  5. абдоминальная стенокардия.
  
9. Лабораторные показатели во время приступа стенокардии:
  1. лейкоцитоз
  2. ускоренная СОЭ
  3. повышение содержания аспарагиновой трансаминазы
  4. повышение содержания аланиновой трансаминазы
  5. повышение содержания креатинфосфотазы
  6. перечисленные показатели не изменяются
  
10. Типичные жалобы во время приступа стенокардии:
  1. колющие боли в области сердца
  2. давящие боли за грудиной
  3. сжимающие боли за грудиной
  4. чувство жжения за грудиной
  5. боли длительные более 60 минут
  6. боли не снимаются нитроглицерином.
  
11. Факторами риска ИБС являются:
  1. гиперлипидемия
  2. гипертония
  3. курение
  4. нарушение толерантности к углеводам
  5. психоэмоциональное перенапряжение
  6. ожирение
  7. малая физическая активность.
  
12. Что из перечисленного является абсолютным противопоказанием для проведения велоэргометрии:
  1. острый период инфаркта миокарда (менее 4-х недель от начала заболевания)
  2. прогрессирующая (нестабильная) стенокардия
  3. острый тромбоз
  4. недостаточность кровообращения II-III стадии
  5. выраженная дыхательная недостаточность
  6. значительный стеноз устья аорты
  7. обморочные состояния в анамнезе
  8. перемежающаяся хромота
  9. атриовентрикулярная блокада 1 степени.

13. Какие из перечисленных электрокардиографических проб являются наиболее информативными в диагностике спонтанной стенокардии:
1. проба с атропином
  2. проба с эргометрином
  3. проба с дипиридолилом
  4. проба с калием
  5. холодовая проба
14. Правильным утверждением относительно купирования тахикардии при синдроме WPW с антероградным проведением импульса является:
1. невозможно проведение электрокардиоверсии
  2. невозможно использование мембраностабилизирующих препаратов, вследствие их угнетающего действия на внутрижелудочковую проводимость
  3. невозможно использование изопротина из-за вероятности ускорения проведения импульса по дополнительному предсердно-желудочковому пути
15. При инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, центральное венозное давление
1. повышено в 100% случаев
  2. понижено в 100% случаев
  3. чаще повышено, чем снижено
  4. чаще снижено, чем повышено
  5. уровень ЦВД не имеет значения для выбора врачебной тактики
16. Тромболизис в первые часы инфаркта миокарда может быть достигнут с помощью:
1. урокиназы
  2. тканевого активатора плазминогена
  3. стрептокиназы
  4. аспирина
  5. гепарина
17. Противопоказаниями для назначения антикоагулянтов в остром периоде инфаркта миокарда является:
1. возраст старше 75 лет
  2. геморрагический диатез
  3. злокачественные новообразования
18. Для контроля частоты желудочковых сокращений при мерцательной аритмии могут быть использованы все из перечисленных препаратов, за исключением:
1. кордарона
  2. пропранолола
  3. дигоксина
  4. лидокаина
  5. верапамила
19. Выберите наиболее рациональное сочетание препаратов для терапии инфаркта миокарда, осложненного левожелудочковой недостаточностью (первые 2 часа развития острого инфаркта миокарда):
1. нитроглицерин + анаприлин
  2. наркотические анальгетики + нитроглицерин (инфузия) + лазикс + тромболитик
  3. финоптин + обзидан + закись азота

4. гепарин + эринит + анаприлин
  5. преднизолон + нитроглицерин + лидокаин
20. Что верно для стенокардии Принцметала?
1. благоприятный ближайший прогноз
  2. депрессия ST на ЭКГ в момент приступа
  3. подъем ST на ЭКГ в момент приступа
  4. часто наблюдается желудочковая аритмия в момент приступа
  5. у большинства больных имеют место транзиторные спазмы коронарных артерий
21. Какое сочетание фармакологических средств является адекватным при лечении отека легких на фоне высокой артериальной гипертензии больного с острым инфарктом миокарда?
1. дибазол, лазикс, строфантин
  2. нитропруссид натрия, лазикс
  3. строфантин, лазикс
  4. лазикс, сульфат магния
22. Какие лекарственные средства необходимо использовать в первую очередь для лечения гипертонического криза у больного, прекратившего прием триампура и клофелина:
1. проведение управляемой гипотонии пентамином
  2. внутривенное введение дибазола и лазикса
  3. парентеральное или пероральное введение клофелина
  4. назначение празозина
  5. введение эуфиллина
23. Что из перечисленного является абсолютным показанием к имплантации кардиостимулятора?
1. синусовая брадикардия и ЧСС до 40 в минуту
  2. АВ-блокада 2-й степени 2-го типа, сопровождающаяся приступами синдрома МЭС
  3. брадисистолическая форма мерцательной аритмии, вызванная передозировкой сердечных гликозидов
  4. синдром слабости синусового узла, проявляющийся приступами головокружения
  5. АВ-блокада 1-й степени, сочетающаяся с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
24. Какие из перечисленных утверждений верны - АВ-блокады:
1. встречаются чаще при задних, чем при передних инфарктах миокарда
  2. требуют применения верапамила
  3. могут встречаться при интоксикации сердечными гликозидами
  4. всегда служат показанием к имплантации искусственного водителя ритма
25. Какие из перечисленных утверждений верны - желудочковая тахикардия:
1. может быть спровоцирована применением хинидиноподобных антиаритмических препаратов
  2. может быть купирована черезпищеводной стимуляцией предсердий
  3. является типичным проявлением синдрома WPW
  4. может быть предвестником фибрилляции желудочков
  5. все перечисленное верно
26. Какие из перечисленных утверждений верны:
1. желудочковая тахикардия легко купируется вагусными пробами

2. пучок Кента соединяет предсердия с дистальной частью AV-узла
  3. этmozин может быть использован для купирования суправентрикулярной тахикардии при синдроме WPW
  4. методом выбора лечения трепетания желудочков является электроимпульсная терапия
  5. гипокалиемия способствует развитию интоксикации сердечными гликозидами
27. На что Вы будете ориентироваться при решении вопроса о восстановлении синусового ритма у больного с мерцательной аритмией:
1. характер основной патологии
  2. сопутствующую патологию
  3. размеры левого предсердия
  4. давность нарушения ритма
  5. показатели липидного обмена
28. В основе каких нарушений ритма лежит механизм ReEntry:
1. трепетание предсердий
  2. тахикардия из AV-соединения
  3. желудочковая парасистолия
  4. суправентрикулярная тахикардия при синдроме WPW
  5. в основе всех перечисленных нарушений
29. Противопоказанием к электрической кардиоверсии при постоянной мерцательной аритмии является:
1. интоксикация сердечными гликозидами
  2. слабость синусового узла (сведения из анамнеза)
  3. брадисистолическая форма мерцательной аритмии
  4. гипертиреоз
30. При передне-перегородочном инфаркте миокарда, осложненном атриовентрикулярной блокадой 2-й степени 1-го типа без нарушений гемодинамики, показано профилактическое введение зонда для эндокардиальной электростимуляции:
1. правильно
  2. неправильно
31. При инфаркте миокарда задней стенки левого желудочка, осложнено атриовентрикулярной блокадой 2-й степени 1-го типа без нарушений гемодинамики, показано обязательное профилактическое введение зонда для эндокардиальной электростимуляции:
1. правильно
  2. неправильно
32. Какие из перечисленных нарушений ритма могут быть зарегистрированы на ЭКГ при пульсе 140 в 1 минуту:
1. синусовая тахикардия
  2. суправентрикулярная тахикардия
  3. желудочковая тахикардия
  4. регулярная форма трепетания предсердий
33. Что из перечисленного является наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита?
1. наличие характерного болевого синдрома



2. данные ЭКГ
  3. шум трения перикарда
  4. результаты эхокардиографии
  5. все перечисленное имеет одинаковую диагностическую ценность
34. Какие препараты следует отменить при угрозе разрыва миокарда?
1. наркотические анальгетики
  2. антикоагулянты
  3. бета-адреноблокаторы
  4. антагонисты кальция
  5. нитраты
35. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является:
1. допамин
  2. дигоксин
  3. адреналин
  4. норадреналин
  5. мезатон
36. Препаратом выбора для купирования гипертонического криза при феохромоцитоме является:
1. клофелин
  2. фентоламин
  3. пентамин
  4. обзидан
  5. рауседил
37. Купировать криз у больного с феохромоцитомой предпочтительно с помощью следующих препаратов:
1. бета-адреноблокаторов
  2. альфа-адреноблокаторов
  3. гидрокортизона
  4. мочегонных
  5. ганглиоблокаторов
38. Назовите факторы, влияющие на темпы снижения артериального давления при лечении гипертонического криза:
1. пол больных
  2. наличие отягощенной наследственности
  3. возраст больных и состояние сердечно-сосудистой системы
  4. давность и тяжесть течения гипертензии
  5. наличие в анамнезе эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения
39. В остром периоде инфаркта миокарда в 100% случаев имеются нарушения сократительной функции миокарда, что предполагает обязательное использование сердечных гликозидов:
1. правильно
  2. неправильно
40. Пароксизмы мерцательной аритмии могут возникать при следующих состояниях:
1. тиреотоксикоз
  2. гипертрофическая кардиомиопатия

3. митральный стеноз
  4. ишемическая болезнь сердца
41. Лечение спонтанной прогрессирующей (нестабильной) стенокардии включает:
1. ограничение режима
  2. гепарин
  3. вазодилататоры
  4. дезагреганты
42. В какой из перечисленных ситуаций при остром инфаркте миокарда показаны бета-адреноблокаторы:
1. при синусовой тахикардии в сочетании с артериальной гипертензией
  2. при предсердных экстрасистолах и высоком ЦВД
  3. при атриовентрикулярной блокаде 1-й степени
  4. при синусовой тахикардии и высоком ЦВД
  5. ни в одной из перечисленных ситуаций
43. Какие из перечисленных признаков являются характерными для острой левожелудочковой недостаточности:
1. повышение  $pCO_2$
  2. тахикардия
  3. нормальное конечно-диастолическое давление левого желудочка
  4. периферические отеки
  5. третий сердечный тон
44. Какие из препаратов используются при лечении атриовентрикулярных блокад:
1. этmozин
  2. атропин
  3. изадрин
  4. ритмилен
  5. лидокаин
45. Проводимость AV-узла улучшается при:
1. повышении активности блуждающего нерва
  2. введении финоптина
  3. введении атропина
  4. введении алулента
  5. повышении активности симпатической нервной системы
46. Что из перечисленного является ЭКГ-признаками AV-блокад:
1. удлинение интервала PQ больше 0,20
  2. постепенное укорочение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS
  3. независимый ритм предсердий и желудочков, причем комплексов QRS больше, чем зубцов P
  4. независимый ритм предсердий и желудочков, причем зубцов P больше QRS
  5. отсутствие зубцов P на ЭКГ
47. Синдром WPW включает в себя следующие ЭКГ-признаки:
1. уширение зубца P больше 0.1 с и наличие дельты волны
  2. наличие дельта-волны и удлинения интервала PQ
  3. наличие дельта-волны, укорочение PQ и пароксизмы желудочковой тахикардии

4. укорочение PQ, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии и наличие дельта-волны
  
48. Методом выбора в лечении пароксизма желудочковой тахикардии, осложненного аритмическим коллапсом, является:
  1. массаж каротидного синуса
  2. проведение электроимпульсной терапии
  3. введение новокаинамида
  4. поддержание параметров гемодинамики введением допамина
  5. введение поляризующего раствора
  
49. ЭКГ-признаки желудочковой тахикардии:
  1. частота желудочковых сокращений 200-300 в мин
  2. ширина QRS не менее 0,12 с
  3. наличие дельта-волны
  4. равенство интервалов R-R
  5. AV-диссоциация, причем зубцов P меньше, чем QRS
  
50. Для купирования пароксизмов суправентрикулярной тахикардии могут применяться:
  1. массаж каротидного синуса
  2. введение лидокаина
  3. сверхчастая электрокардиостимуляция предсердий
  4. введение финоптина
  5. введение аденозинтрифосфата
  
51. Эпистенокардитический перикардит является основанием для отмены антикоагулянтов:
  1. правильно
  2. неправильно
  
52. Препаратом выбора для лечения суправентрикулярной тахикардии является:
  1. лидокаин
  2. орнид
  3. мезатон
  4. верапамил
  5. панангин
  
53. Для лечения пароксизма суправентрикулярной тахикардии могут быть использованы:
  1. дигоксин
  2. новокаинамид
  3. обзидан
  4. аденозинтрифосфат

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

**НЕФРОЛОГИЯ**

1. Какие изменения протеинограммы характерны для амилоидоза почек:
  1. гипер-гамма-глобулинемия
  2. парапротеинемия
  3. гиперальбуминемия
  4. гипер-альфа-глобулинемия
  5. гиперпротеинемия
  
2. Какие изменения в моче характерны для протеинурической стадии амилоидоза:
  1. протеинурия более 100 мг, но менее 3,0 г/сутки
  2. протеинурия до 100 мг/сутки
  3. протеинурия более 3,0 г/сутки
  4. изостенурия
  5. лейкоцитурия
  
3. Развитие вторичного амилоидоза характерно для перечисленных заболеваний, кроме:
  1. системная склеродермия
  2. ревматоидный артрит
  3. неспецифический язвенный колит
  4. бронхоэктатическая болезнь
  5. миеломная болезнь
  
4. При какой этиологии нефротического синдрома противопоказаны глюкокортикоиды?
  1. амилоидоз почек
  2. СКВ
  3. подострый быстро прогрессирующий
  4. острый гломерулонефрит
  5. хронический гломерулонефрит
  
5. Наиболее достоверный метод исследования для определения морфологического варианта хронического гломерулонефрита:
  1. радиоизотопная ренография (РРГ)
  2. экскреторная урография
  3. УЗИ почек
  4. проба Реберга
  5. пункционная нефробиопсия
  
6. Какой из перечисленных препаратов применяется для патогенетической терапии заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом?
  1. циклофосфан
  2. индометацин
  3. аминокaproновая кислота
  4. изобарин
  5. кетотифен
  
7. Диета больных с нефротическим синдромом (ХПН О ст.) 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
8. При какой форме хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятный прогноз:
  1. латентной
  2. нефротической
  3. смешанной
  4. гипертонической
9. 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
10. 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
11. 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.
12. Основная причина гипопроteinемии при нефротическом синдроме:
  1. высокая протеинурия
  2. снижение продукции белков в гепатоцитах
  3. повышение катаболизма белков
  4. нарушение всасывания белков в кишечнике
  5. увеличенная экскреция белков в кишечнике
13. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома:
  1. протеинурия более 3,0 г/сут
  2. эритроцитурия  $1 \times 10^5$ /л -  $1 \times 10^6$ /л
  3. лейкоцитурия более  $4 \times 10^6$ /л
  4. протеинурия более 100 мг/сут
  5. бактериурия более  $1 \times 10^5$ /мл
14. 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

15. 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

16. Какой изотоп используется для радиоизотопной ренографии:

1. 131-йод
2. 99-технеций
3. 51-кобальт
4. 29-фосфор
5. 203-ртуть

17. С помощью какого из перечисленных методов исследования определяется клубочковая фильтрация:

1. клиренс эндогенного креатинина
2. клиренс глюкозы
3. клиренс эндогенной мочевины
4. клиренс мочевой кислоты
5. клиренс белка

18. 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

19. 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 рт.ст.
3. снижение артериального давления до 110/65 мм рт.ст.
4. протеинурия более 100 мг/сутки
5. эритроцитурия  $10^6$ /л

20. 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

21. 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

22. 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
23. Что понимают под термином «поллакиурия»?
1. учащенное мочеиспускание
  2. затрудненное мочеиспускание
  3. болезненное мочеиспускание
  4. редкое мочеиспускание
  5. мочеиспускание в ночное время
24. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?
1. 1010 - 1012
  2. 1005 - 1015
  3. 1012 - 1022
  4. 1010 - 1020
  5. 1020 - 1025.
25. 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
26. 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 сухоедения
  4. определение количества и удельной плотности суточной мочи.
  5. определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
27. 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
28. Предельно допустимое количество бактерий в 1 мл мочи в норме:
1. 10.5



2. 10.2
  3. 10.3
  4. 10.4
  5. 10.6
29. Предельно допустимое количество эритроцитов в 1 л мочи в норме:
1.  $1 \times 10^6$ /л
  2.  $1 \times 10^3$ /л
  3.  $2 \times 10^6$ /л
  4.  $4 \times 10^5$ /л
  5.  $1 \times 10^7$ /л
30. 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
31. 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
32. В лечении больных нефротическим кризом целесообразно применение:
1. реополиглюкина
  2. глюкокортикоидов
  3. гепарина
  4. концентрированного раствора альбумина
  5. диуретиков
33. У больного с острой почечной недостаточностью: - рСО<sub>2</sub> - 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
34. Острая почечная недостаточность является частым осложнением:
1. отравления солями тяжелых металлов
  2. острого пиелонефрита
  3. ожоговой болезни
  4. синдрома длительного раздавливания
  5. острой гемолитической анемии
  6. всех перечисленных ситуаций

35. 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

36. Какие из перечисленных состояний могут быть причиной острой почечной недостаточности:

1. острый гломерулонефрит
2. прием препаратов, содержащих фенацетин
3. шок
4. синдром Гудпасчера

37. 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

38. Острая почечная недостаточность характеризуется

1. гипохлоремическим алкалозом
2. метаболическим ацидозом
3. гиперкалиемией
4. снижением гематокрита

39. Применение каких антибиотиков противопоказано при острой почечной недостаточности:

1. ампициллина
2. стрептомицина
3. амикацина
4. гентамицина
5. эритромицина

40. Лечение гиперкалиемии свыше 6,5 ммоль/л при острой почечной недостаточности включает все, кроме:

1. гемодиализа
2. глюконата кальция
3. бикарбоната натрия
4. инсулина с раствором глюкозы
5. глюкокортикоидов

41. К нефротоксинам, способным вызывать острую почечную недостаточность, относятся:

1. рентгеноконтрастные вещества
2. нестероидные противовоспалительные препараты
3. соли тяжелых металлов
4. сердечные гликозиды
5. аминогликозиды

42. Осложнениями острой почечной недостаточности считаются:

1. анемия

2. желудочно-кишечные кровотечения
  3. перикардит
43. Острая почечная недостаточность может наблюдаться при:
1. дегидратации
  2. гипергидратации
  3. узелковом периартериите
  4. отравлении парацетамолом
  5. отравлении атропином

Ответы: **Нефрология**

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

41-1,2,3,5

42-1,2,3

43-1,3,4

## 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. Частое внелегочное осложнение острой пневмонии
  1. инфекционно-токсический шок
  2. гепатит
  3. менингит
  4. гипергликемия
  
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. Назовите состояния, относящиеся к первичной гиперреактивности бронхов:
  1. астма физического усилия
  2. аспириновая астма
  3. адренергический вариант
  4. вагусзависимая астма
  
6. Назовите основные клинические проявления бронхиальной астмы:
  1. приступ удушья
  2. приступ кашля
  3. приступ затруднения дыхания
  4. приступ потери сознания
  
7. Показаниями для лечения хронического бронхита антибиотиками служит:
  1. плохие погодные условия
  2. выделение слизистой мокроты
  3. выделение гнойной мокроты
  4. усиление одышки
  5. антибиотики применять не следует
  
8. Убедительными критериями диагностики острого бронхита является:
  1. клинические данные
  2. данные общего анализа крови

3. данные биохимического анализа крови
  4. исследование мокроты
  5. рентгенологические изменения в легких
9. Индекс Тиффно является показателем:
1. общей жизненной емкости легких
  2. показателем альвеолярной вентиляции
  3. состояния бронхиальной проходимости
  4. эффективности вентиляции
  5. максимального потребления кислорода
10. Какие из перечисленных состояний могут сопровождаться «ложным» кровохарканьем:
1. абсцесс миндалин
  2. бронхоэктатическая болезнь
  3. истерия
  4. скорбут (цинга)
  5. синдром Гудпасчера
11. Какие препараты противопоказаны при астматическом статусе, связанном с передозировкой адреномиметиков:
1. адреналин
  2. орципреналина сульфат
  3. изадрин
  4. эуфиллин
  5. гидрокортизон
12. 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
13. Какое исследование наиболее информативно для подтверждения диагноза при подозрении на спонтанный пневмоторакс:
1. исследовать газовый состав крови
  2. провести ультразвуковое исследование грудной клетки
  3. снять ЭКГ для выявления признаков перегрузки правых отделов сердца
  4. сделать рентгенограмму грудной клетки
  5. провести диагностическую плевральную пункцию
14. 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
15. 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
16. При каких из перечисленных состояний более вероятно развитие спонтанного пневмоторакса:
1. инфильтративный туберкулез легких
  2. пневмококковая пневмония
  3. буллезная эмфизема легких
  4. коклюш
  5. микоплазменная пневмония
17. 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
18. 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
19. Какие симптомы являются характерными для спонтанного пневмоторакса:
1. связь с физической нагрузкой
  2. медленно нарастающий дискомфорт за грудиной
  3. холодный пот
  4. боль, усиливающаяся при дыхании
  5. боль, снимаемая приемом нитроглицерина
20. Пневмоторакс может возникать при:
1. буллезной эмфиземе легкого
  2. острой пневмонии
  3. инфильтративном туберкулезе легких
  4. экссудативном плеврите
  5. катетеризации V.Subclavia
21. 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
22. 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
23. 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
24. 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
25. Характерными клиническими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:
1. цианоз
  2. снижение центрального венозного давления
  3. одышка
  4. набухание шейных вен
  5. синусовая тахикардия
26. Характерными признаками легочного кровотечения являются:
1. ярко-красный цвет крови
  2. не свертываемая пенная кровь
  3. темная кровь в виде сгустков
  4. кислая реакция крови
27. Какие из перечисленных заболеваний могут сопровождаться кровохарканием:
1. синдром Гудпасчера
  2. острый плеврит
  3. туберкулез
  4. митральный стеноз
  5. тромбоэмболия легочной артерии

Ответы: **Пульмонология**

1-1,2,3,4,5

2-2

3-1

4-1,2

5-1,2

6-1,2,3

7-3

8-1

9-3

10-3,4

11-1,2,3

12-1,2,3



13-4  
14-1,3,5  
15-4  
16-3  
17-3,4,6  
18-4  
19-1,3,4  
20-1,5  
21-2,3,5  
22-3,4,5  
23-2,4  
24-1,2,4  
25-1,3,4,5  
26-1,2  
27-1,3,4,5

**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. Дипомедрол.
  3. Гидрокортизон.
  4. Ни один из перечисленных.
  5. Все перечисленные.
  
5. Какие из перечисленных лекарственных средств являются иммунодепрессантами, применяемыми для лечения ревматоидного артрита?
  1. Кризанол.
  2. Циклофосфан.
  3. Тауредон.
  4. D-пеницилламин (купренил).
  5. Ауранофин.
  
6. 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.
  
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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 иммунокомплексный гломерулонефрит.
13. 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.
14. 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.
15. У больного ревматоидным артритом после опускания рук в холодную воду их кожа стала бледной, "обескровленной", а спустя небольшой промежуток времени синюшно-багровой, отекающей - как называется такая реакция?
1. Синдром Рейтера.
  2. Синдром карпального канала.
  3. Синдром Шегрена.
  4. Синдром Фелти.
  5. Синдром Рейно.
16. Какие осложнения типичны для ревматоидного артрита?
1. Вторичный амилоидоз.
  2. Железоперераспределительная гипохромная анемия.
  3. Вторичный остеоартроз.
  4. Ни одно из перечисленных.
  5. Все перечисленные.
17. Какие системные поражения определяют клиническую картину ревматоидного артрита?
1. Ревматоидные узелки.
  2. Лимфаденопатия.
  3. Васкулит.
  4. Поражения легких.
  5. Все перечисленные.
18. 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.
19. 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.

20. Какие процессы в суставах и окружающих тканях определяют клиническую картину позднего периода ревматоидного артрита?
1. Некротизирующие процессы (ишемия).
  2. Пролиферативные процессы.
  3. Экссудативные процессы.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни один из перечисленных.
21. Какие процессы в суставах и окружающих тканях определяют клиническую картину начального периода ревматоидного артрита?
1. Некротизирующие процессы (ишемия).
  2. Пролиферативные процессы.
  3. Экссудативные процессы.
  4. Все перечисленные.
  5. Ни один из перечисленных.
22. Какие суставы поражаются в начальный период ревматоидного артрита?
1. Лучезапястные.
  2. Пястно-фаланговые.
  3. Проксимальные межфаланговые.
  4. Ни один из перечисленных.
  5. Все перечисленные.
23. 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.
24. . 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
  28. 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.
  29. Какие вторичные заболевания возникают при длительном течении ревматоидного артрита?
    1. Сахарный диабет.
    2. Атеросклероз
    3. Амилоидоз.
    4. Все перечисленные.
    5. Ни одно из перечисленных.
  30. 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.
  31. 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.
  32. Какие факторы имеют значение в этиологии ревматоидного артрита?
    1. Присутствие антигена гистосовместимости НЬА.
    2. Инфицирование вирусом Эбштейн-Бар.
    3. Инфицирование цитомегаловирусом.
    4. Все упомянутые факторы.
    5. Ни один из упомянутых факторов.
  33. Ревматоидному артриту соответствует одно из указанных определений.
    1. Хроническое неинфекционное заболевание, приводящее к воспалительным заболеваниям суставов и околоуставных 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

Ответы: **Ревматоидный артрит**

- 1-4
- 2-5
- 3-3
- 4-5
- 5-2
- 6-5
- 7-4
- 8-3
- 9-2
- 10-4
- 11-4
- 12-1
- 13-2
- 14-5
- 15-5
- 16-5
- 17-4
- 18-3
- 19-3
- 20-2
- 21-3
- 22-5
- 23-4
- 24-5
- 25-3
- 26-1
- 27-4
- 28-4
- 29-3
- 30-3
- 31-4
- 32-4
- 33-3

**ФАРМАКОЛОГИЯ**

1. При применении каких антибиотиков назначение физиотерапевтических процедур на основе ультрафиолетовых лучей (кварцевание) противопоказано?
  1. Фторхинолоны.
  2. Цефалоспорины.
  3. Аминогликозиды.
  4. Макролиды.
  5. Линкосамиды.
  
2. Какие из антибиотиков могут быть применены у беременных с минимальным возможным отрицательным влиянием на плод?
  1. Пенициллины.
  2. Цефалоспорины.
  3. Макролиды.
  4. Фторхинолоны.
  5. Аминогликозиды.
  
3. Какие препараты обязательно входят в схемы, применяемые для эрадикации *Helicobacter Pylori*?
  1. Препарат, снижающий синтез соляной кислоты.
  2. Антибактериальный химиопрепарат.
  3. Антацид.
  4. Препарат, усиливающий регенерацию слизистой желудка и 12-перстной кишки.
  5. Препарат простагландина (мизопростол).
  
4. Какие из химиопрепаратов обладают антихеликобактерным действием?
  1. Амоксициллин.
  2. Тетрациклин.
  3. Кларитромицин.
  4. Цефалексин.
  5. Метронидазол.
  6. Доксициклин.
  
5. Какие препараты способны купировать приступ бронхиальной астмы?
  1. Сальбутамол.
  2. Фенотерол.
  3. Сальметерол.
  4. Кромогликат натрия.
  5. Будесонид.
  
6. Какой из бета-блокаторов наиболее эффективен при хронической сердечной недостаточности?
  1. Карведилол.
  2. Атенолол.
  3. Метопролол.
  4. Пропранолол.
  
7. Какой препарат является препаратом выбора для лечения гипертензии беременных?
  1. Допегит.
  2. Эналаприл.
  3. Гипотиазид.



4. Атенолол.
  5. Амлодипин.
- 
8. Какой из бета-блокаторов обладает вазодилатирующим эффектом?
    1. Небиволол (небилет)
    2. Атенолол (тенормин)
    3. Пропранолол (анаприлин)
    4. Метопролол (спесикор)
  
  9. Какой эффект диуретических препаратов является основным в их гипотензивном действии при длительном лечении артериальной гипертензии?
    1. Недиуретический.
    2. Диуретический.
    3. Оба механизма имеют одинаковое значение.
  
  10. В какие сроки следует оценивать эффективность антибактериальной терапии?
    1. 48-72 часа.
    2. Первые 48 часов.
    3. Через 5 дней.
    4. После окончания курса лечения (7-10 дней).
  
  11. В чем состоит сущность ступенчатой антибактериальной терапии?
    1. Короткий период (3-4 дня) парентерального введения препарата с последующим переходом на пероральную форму того же или подобного антибактериального препарата.
    2. Постепенное (в течение 3-4 дней) наращивание дозы антибактериального препарата с назначением к 5-му дню максимальной его дозы.
    3. Постепенное (в течение 3-4 дней) снижение дозы антибактериального препарата с назначением к 5-му дню минимальной его дозы.
  
  12. Какой способ введения гормонов предпочтительнее для купирования обострения (не приступа! не статуса!) бронхиальной астмы?
    1. Не имеет значения.
    2. Внутривенный.
    3. Внутрь.
  
  13. Каким образом следует перевести больного с парентерального внутривенного введения гормонов на введение их внутрь?
    1. Следует произвести расчет таким образом, чтобы количество ампул парентерально вводимого гормона равнялось количеству таблеток энтерального глюкокортикоида.
    2. Следует произвести расчет таким образом, чтобы 1 мг парентерально вводимого гормона равнялся 1 мг энтерального глюкокортикоида.
  
  14. Механизм быстрого бронходилатирующего эффекта глюкокортикоидов при приступе бронхиальной астмы основан, главным образом, на:
    1. Повышении чувствительности адренорецепторов бронхов к катехоламинам.
    2. Противовоспалительном действии глюкокортикоидов.
    3. Антиаллергическом действии глюкокортикоидов.
    4. Иммуносупрессивном действии глюкокортикоидов.
    5. Все перечисленные механизмы играют одинаковую роль.
  
  15. Для проведения пульс-терапии обычно используют:

1. Метилпреднизолон.
  2. Дексаметазон.
  3. Депо-медрол.
  4. Дипроспан.
16. Какой из нестероидных противовоспалительных препаратов наиболее опасен в плане возникновения гастроэнтеропатий?
1. Индометацин
  2. Аспирин
  3. Ибупрофен
  4. Диклофенак натрия
  5. Напроксен
17. Какие меры следует предпринять для предупреждения развития гастроэнтеропатий при назначении нестероидных противовоспалительных средств с противовоспалительной целью?
1. Назначение препаратов, преимущественно блокирующих циклооксигеназу-2.
  2. Одновременное назначение мизопростола или омепразола или фамотидина.
  3. Учет состояния слизистой ЖКТ на момент начала лечения.
  4. Внутримышечное введение препарата.
  5. Все перечисленное.
18. Какое из побочных действий нестероидных противовоспалительных средств является наиболее частым?
1. Гастроэнтеропатия.
  2. Аллергические реакции.
  3. Нефропатия.
  4. Поражение печени.
  5. Агранулоцитоз.
19. Какие из фармакодинамических эффектов нестероидных противовоспалительных средств развиваются раньше всего?
1. Анальгетический.
  2. Антипиретический.
  3. Противовоспалительный.
  4. Десенсибилизирующий.
  5. Все эффекты развиваются почти в одно и то же время.
20. Какая доза ацетилсалициловой кислоты считается оптимальной для назначения с дезагрегационной целью?
1. 1 мг на 1 кг веса больного.
  2. 1,5 мг на 1 кг веса больного.
  3. 125 мг в сутки.
  4. 250 мг в сутки.
21. Каков основной механизм противовоспалительного действия нестероидных противовоспалительных средств?
1. Ингибирование фермента циклооксигеназы-2 и, вследствие этого, снижение выработки простагландинов.
  2. Ингибирование фермента циклооксигеназы-1 и, вследствие этого, снижение выработки простагландинов.
  3. Ингибирование выработки кининов-брадикининов.

4. Стабилизация лизосомальных мембран клеток.
  5. Снижение выработки энергии в очаге воспаления.
22. Какие из перечисленных ниже групп препаратов обладают противовоспалительным действием?
1. Нестероидные противовоспалительные средства.
  2. Глюкокортикоиды.
  3. Цитостатики.
  4. Антибиотики.
  5. Все перечисленные.

Ответы: **Фармакология**

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