МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

**1-я кафедра внутренних болезней**

**внутренние болезни**

СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ВОПРОСОВ

для студентов 6 курса лечебного факультета

(СУБОРДИНАТУРА – ХИРУРГИЯ)

2-е издание, переработанное и дополненное

Гродно

**ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

**1. Антагонисты кальция наиболее выраженный эффект оказывают при:**

1. аллергической астме
2. неаллергической астме
3. смешанной астме
4. астме физического усилия
5. аспириновой астме

**2. 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

**3. Аллергическую форму бронхиальной астмы характеризуют реакции:**

1. цитотоксического типа
2. реагинового типа
3. все виды аллергических реакций
4. замедленной аллергии
5. повреждение иммунными комплексами

**4. Одним из компонентов аспириновой триады является:**

1. гайморит
2. тонзиллит
3. полиноз носа
4. бронхит
5. пневмония

**5. Частое внелегочное осложнение острой пневмонии**

1. инфекционно-токсический шок
2. гепатит
3. менингит
4. гипергликемия

**6. Наиболее частые причины смерти больных с бронхиальной астмой:**

1. астматический статус
2. передозировка симпатомиметиков
3. острая сердечная недостаточность
4. развитие острой эмфиземы легких

**7. Какие утверждения верны в отношении бронхиальной астмы?**

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

**8. Назовите состояния, относящиеся к первичной гиперреактивности бронхов:**

1. астма физического усилия
2. аспириновая астма
3. адренергический вариант
4. вагусзависимая астма

**9. Назовите основные клинические проявления бронхиальной астмы:**

1. приступ удушья
2. приступ кашля
3. приступ затруднения дыхания
4. приступ потери сознания

**10. Легкое течение хронического бронхита в стадии ремиссии характеризуется:**

1. наличием интоксикации
2. отсутствием физикальных изменений со стороны легких
3. наличием признаков дыхательной недостаточности
4. умеренным кашлем с выделением мокроты
5. нарушением работоспособности

**11. 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

**12. Появление одышки при хроническом обструктивном бронхите обусловлено поражением:**

1. трахеи
2. крупных бронхов
3. бронхов среднего калибра
4. мелких бронхов
5. бронхиол

**13. 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

**14. Индекс Тиффно является показателем:**

1. общей жизненной емкости легких
2. показателем альвеолярной вентиляции
3. состояния бронхиальной проходимости
4. эффективности вентиляции
5. максимального потребления кислорода

**15. Какие из перечисленных состояний могут сопровождаться «ложным» кровохарканьем:**

1. абсцесс миндалины
2. бронхоэктатическая болезнь
3. истерия
4. скорбут (цинга)
5. синдром Гудпасчера

**16. Какие препараты противопоказаны при астматическом статусе, связанном с передозировкой адреномиметиков:**

1. адреналин
2. орципреналина сульфат
3. изадрин
4. эуфиллин
5. гидрокортизон

**17. В результате определенного патологического процесса у больного наступило уплотнение альвеолярно-капиллярной мембраны Диффузия какого газа уменьшится в результате этого в наибольшей степени:**

1. кислорода
2. углекислого газа
3. диффузия кислорода и углекислого газа уменьшится в одинаковой степени
4. уплотнение мембраны не отразится на диффузии газов

**18. Для лечения больного в астматическом статусе используется все перечисленное, за исключением:**

1. кислородотерапии
2. эуфиллина
3. кортикостероидов
4. интала
5. вибрационного массажа

**19. Показаниями для искусственной вентиляции легких при астматическом статусе является:**

1. pО2 в артериальной крови ниже 50 мм рт ст
2. повышение pCО2 в артериальной крови выше 60 мм рт ст
3. утрата сознания

**20. 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

**21. 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

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

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

**23. 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

**24. Какие из утверждений справедливы для астматического статуса:**

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

**25. Все перечисленное является характерным для 2-й стадии астматического статуса, за исключением:**

1. выраженной тахикардии
2. повышенного уровня рСО2
3. появления зон «немого» легкого
4. рО2 ниже 60 мм рт ст
5. появления парадоксального пульса

**26. 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

**27. Признаками, свидетельствующими о разрешении астматического статуса, являются:**

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

**28. 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

**29. 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

**30. Факторами, предрасполагающими к развитию астматического статуса, являются:**

1. обострение хронического бронхита
2. проведение диагностических скарификационных проб
3. злоупотребление эуфиллином
4. отмена гормональной терапии
5. острая респираторная вирусная инфекция

**31. 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

**32. Пневмоторакс может возникать при:**

1. буллезной эмфиземе легкого
2. острой пневмонии
3. инфильтративном туберкулезе легких
4. экссудативном плеврите
5. катетеризации VSubclavia

**33. 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» Р
5. отрицательный Т III

**34. 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

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

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

**36. 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

**37. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются:**

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

**38. Характерными клиническими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:**

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

**39. Характерными признаками легочного кровотечения являются:**

1. ярко-красный цвет крови
2. не свертываемая пенистая кровь
3. темная кровь в виде сгустков
4. кислая реакция крови

**40. Какие из перечисленных заболеваний могут сопровождаться кровохарканьем:**

1. синдром Гудпасчера
2. острый плеврит
3. туберкулез
4. митральный стеноз
5. тромбоэмболия легочной артерии

**ГЕМАТОЛОГИЯ**

1. Какие синдромы выделяют у больных В12-дефицитной анемией?
2. Анемический.
3. Желудочно-кишечный.
4. Неврологический.
5. Лимфаденопатический.
6. Артралгический.
7. Какой характерный признак наблюдается в пунктате костного мозга при В-12 дефицитной анемии:
8. Мегалобластический тип кроветворения.
9. Тотальная бластная метаплазия.
10. Раздражение красного ростка костного мозга.
11. Раздражение белого ростка костного мозга.
12. Анемия при дефиците витамина В-12 характеризуется:
13. Макроцитозом эритроцитов.
14. Анизоцитозом и гипохромией эритроцитов.
15. Увеличением цветового показателя.
16. Снижением цветового показателя.
17. Сопутствующими тромбоцитопенией и лейкопенией.
18. Сопутствующими тромбоцитозом и лейкоцитозом.
19. Причинами развития В-12дефицитной анемии являются:
20. Вегетарианство с полным исключением продуктов животного происхождения.
21. Атрофический гастрит со снижением кислотообразующей функции.
22. Гастрит с резко увеличенной кислотообразующей функцией желудка (напр., при синдроме Золлингера-Эллисона).
23. Беременность.
24. Глистные инвазии.
25. Причинами развития фолиево-дефицитной анемии являются могут явиться:
26. Вегетарианство с полным исключением продуктов животного происхождения.
27. Употребление мясомолочной пищи с консервированными овощными салатами.
28. Хронический атрофический гастрит со снижением кислотообразующей функции.
29. Беременность.
30. Хронические заболевания тонкой кишки (целиакия, спру, бактериальный энтерит).
31. Для лечения железодефицитной анемии:
32. Всем больным необходимо назначение железосодержащих препаратов внутрь.
33. Всем больным необходимо назначение железосодержащих препаратов парентерально.
34. Всем больным необходимо переливание эритроцитарной массы.
35. При анемии легкой степени назначения препаратов железа не требуется, достаточно увеличить употребление в пищу продуктов с высоким содержанием железа.
36. Для дефицита железа характерны следующие клинические проявления:
37. Сухость кожи, ломкость ногтей, мышечная слабость.
38. Извращения вкуса и запаха.
39. Дисфагия (синдром ПламмераВинсона).
40. Ринит.
41. Тромбоцитопения.
42. Задержка мочеиспускания.
43. Недержание мочи.
44. К какой анемии относится группа железодефицитных анемий?
45. К гипохромной.
46. К нормохромной.
47. К гиперхромной.
48. Какой (ие) показатель (и) необходимо контролировать в первую очередь при лечении непрямыми антикоагулянтами, в частности, варфарином?
49. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
50. Протромбиновый индекс (ПИ).
51. Международное нормализованное отношение (МНО).
52. Время свертывания крови на по ЛиУайту.
53. Какой (ие) показатель (и) необходимо контролировать в первую очередь при лечении прямыми антикоагулянтами, в частности, гепарином?
54. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
55. Протромбиновый индекс (ПИ).
56. Международное нормализованное отношение (МНО).
57. Время свертывания крови по ЛиУайту.
58. Первоочередными препаратами, назначаемыми при ДВС-синдроме любого происхождения, являются:
59. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин и др.) и свежезамороженная плазма.
60. Антибиотики и глюкокортикоиды.
61. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин и др.) и глюкокортикоиды.
62. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин и др.) и антибиотики.
63. При каких ситуациях может развиться ДВС-синдром?
64. Сепсис.
65. Острый трансмуральный инфаркт миокарда.
66. Острое респираторное вирусное заболевание (ОРВИ).
67. Змеиный укус.
68. Язвенное кровотечение.
69. Какой метод лечения аутоиммунной идиопатической тромбоцитопении является наиболее эффективным в отношении предотвращения рецидивов заболевания?
70. Спленэктомия.
71. Назначение глюкокортикоидов на пожизненный прием.
72. Назначение цитостатиков на пожизненный прием.
73. Назначение глюкокортикоидов и цитостатиков на пожизненный прием.
74. При развитии аутоиммунной тромбоцитопении во всех случаях лечение начинают с:
75. Назначения глюкокортикоидов в максимальной дозе с последующим ее снижением.
76. Назначения глюкокортикоидов в минимальной дозе с последующим ее увеличением при неэффективности.
77. Назначения эритроцитарной массы и тромбоцитарной массы.
78. Подготовки больного к спленэктомии.
79. Какой тип кровоточивости характерен для аутоиммунной тромбоцитопении?
80. Гематомный.
81. Микроциркуляторный (петехиальнопятнистый, или петехиальносинячковый).
82. Смешанный (гематомномикроциркуляторный).
83. Васкулитнопурпурный.
84. Ангиоматозный.
85. Эритематозный.
86. Какие методы остановки кровотечения эффективны у больных гемофилией А?
87. Назначение криопреципитата внутривенно.
88. Назначение свежезамороженной плазмы в больших количествах.
89. Назначение викасола и аминокапроновой кислоты внутривенно.
90. Назначение фибриногена внутривенно.
91. Прямое воздействие на источник кровотечения (сдавление, электрокоагуляция, химическое прижигание).
92. Для гемофилии верными являются следующие положения:
93. Болеют лица мужского пола.
94. Для заболевания характерен гематомный тип кровоточивости.
95. В клинической картине преобладают кровоизлияния в полости крупных суставов.
96. Для заболевания характерен смешанный тип кровоточивости.
97. В клинической картине преобладают мелкоточечные кровоизлияния в подкожножировую клетчатку.
98. Болеют лица обоих полов в одинаковой степени.
99. Какие методы остановки носового кровотечения наиболее эффективны у больных наследственной геморрагической телеангиэктазией?
100. Механическое сдавление телеангиэктазий
101. Орошения слизистой носа аминокапроновой кислотой с тромбином.
102. Назначение криопреципитата.
103. Назначение викасола.
104. Назначение аминокапроновой кислоты внутривенно.
105. Для болезни РандюОслера верными являются следующие положения:
106. Болезнь характеризуется обильными носовыми и/или маточными кровотечениями.
107. Болезнь наследуется по аутосомному (не сцеплено с полом) типу.
108. Болезнь наследуется сцеплено с половой Х-хромосомой.
109. Проявлениями болезни являются телеангиэктазии на коже и слизистых оболочках.
110. Проявлениями болезни являются петехии на коже и слизистых оболочках.
111. В клинической картине преобладают кровоизлияния во внутренние органы.
112. При лечении геморрагического васкулита необходимо использовать:
113. Гепарин или низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, эноксапарин).
114. Глюкокортикоиды (0,50,7 мг/кг веса в сутки).
115. Антигистаминные средства (фенкарол, кларитин и т.п.).
116. Аминокапроновая кислота.
117. Витамины группы В.
118. Дезагреганты (аспирин в малой дозе, клопидогрель и т.п.).
119. Чем может осложниться геморрагический васкулит?
120. ДВС-синдромом.
121. Желудочно-кишечным кровотечением.
122. Гемартрозом.
123. Разрывом селезенки.
124. Какое поражение почек характерно для больных геморрагическим васкулитом?
125. Нефрит (гломерулонефрит).
126. Пиелонефрит.
127. Мочекаменная болезнь.
128. Какие клинические формы выделяют при геморрагическом васкулите?
129. Кожная.
130. Суставная.
131. Абдоминальная.
132. Почечная.
133. Смешанная.
134. Церебральная.
135. Спленомегалическая.
136. Геморрагические диатезы – это многочисленная группа заболеваний и состояний, которая характеризуется:
137. Повышенной кровоточивостью.
138. Непостоянным анемическим синдромом.
139. Постоянным анемическим синдромом.
140. Спленомегалией.
141. Иммунодефицитом.
142. Какие из перечисленных заболеваний относятся к врожденным геморрагическим диатезам?
143. Болезнь Рандю-Ослера.
144. Болезнь Шенлейна-Геноха.
145. Тромбастения Гланцмана.
146. Болезнь Виллебрандта.
147. Болезнь Вакеза.
148. Какие типы кровоточивости традиционно выделяют у больных с геморрагическими диатезами?
149. Гематомный.
150. Микроциркуляторный (петехиально-пятнистый, или петехиально-синячковый).
151. Смешанный (гематомно-микроциркуляторный).
152. Васкулитно-пурпурный.
153. Ангиоматозный.
154. Эритематозный.
155. В гемостазе условно выделяют:
156. Первичный (сосудисто-тромбоцитарный) гемостаз.
157. Вторичный (коагуляционный) гемостаз.
158. Третичный (ретракционный) гемостаз.
159. Какие компоненты участвуют в системе гемостаза?
160. Стенки кровеносных сосудов (прежде всего, эндотелий).
161. Клетки крови (прежде всего, тромбоциты).
162. Свертывающая система.
163. Фибринолитическая система.
164. Калликреинкининовая система.
165. Система комплемента.
166. Ренинангиотензинальдостероновая система.
167. Какой патологический процесс лежит в основе миеломной нефропатии?
168. Восходящий нефросклероз.
169. Хронический гломерулонефрит.
170. Хронический пиелонефрит.
171. Амилоидоз почек.
172. Интерстициальный нефрит.
173. Какие изменения в анализе мочи характерны для миеломной нефропатии?
174. Протеинурия Бенс-Джонса.
175. Гематурия.
176. Гемоглобинурия.
177. Лейкоцитурия.
178. Какие изменения в биохимическом анализе крови характерны для миеломной болезни?
179. Гиперпротеинемия.
180. Гиперальбуминемия.
181. Гипергаммаглобулинемия.
182. Гиперкальциемия.
183. Гипопротеинемия.
184. Гипокальциемия.
185. Общий анализ крови: эритроциты3,0х1012/л, гемоглобин100г/л, тромбоциты100тыс., лейкоциты56,0х109/л, формула: Эозинофилы1%, Лимфоциты92%, Моноциты1%, сегментоядерные Нейтрофилы6%. Ваше предположение о диагнозе.
186. Острый миелолейкоз.
187. Хронический миелолейкоз.
188. Острый лимфолейкоз.
189. Хронический лимфолейкоз.
190. При каком лейкозе в анализе крови могут выявляться тельца Гумпрехта?
191. Хронический лимфолейкоз.
192. Хронический миелолейкоз.
193. Острый лимфобластный лейкоз.
194. Острый миелобластный лейкоз.
195. Какие осложнения наблюдаются у больных хроническим лимфолейкозом вне зависимости от стадии и формы заболевания?
196. Инфекционные.
197. Цитопенический синдром: анемия, тромбоцитопения.
198. Выраженная гепатоспленомегалия.
199. Нейролейкемия.
200. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать эритремию?
201. Хроническая обструктивная болезнь легких.
202. Дефект межпредсердной перегородки.
203. Гипернефрома.
204. Хронический лимфолейкоз.
205. Язвенная болезнь 12ти перстной кишки.
206. Характерными признаками эритремии являются:
207. Эритроцитоз.
208. Лейкоцитоз.
209. Тромбоцитоз.
210. Спленомегалия.
211. Лимфаденопатия.
212. Общий анализ крови: эритроциты3,0х1012/л, гемоглобин100г/л, тромбоциты100тыс., лейкоциты12,6х109/л, формула: Эозинофилы7%, Базофилы4%, Лимфоциты10%, Моноциты3%, Промиелоциты3%, Миелоциты4%, Метамиелоциты15%, палочко-ядерные Нейтрофилы12%, сегментоядерные Нейтрофилы42%. Ваше предположение о диагнозе.
213. Острый миелолейкоз.
214. Хронический миелолейкоз.
215. Острый лимфолейкоз.
216. О диагнозе нельзя высказаться даже предположительно до проведения стернальной пункции и изучения миелограммы.
217. Для какого лейкоза характерно наличие филадельфийской (Ph) хромосомы?
218. Хронический миелолейкоз.
219. Острый миелолейкоз.
220. Хронический лимфолейкоз.
221. Острый лимфолейкоз.
222. Общий анализ крови: эритроциты3,0х1012/л, гемоглобин100г/л, тромбоциты100тыс., лейкоциты5,6х109/л, формула: Эозинофилы2%, Лимфоциты10%, Моноциты3%, Миелобласты71%, сегментоядерные Нейтрофилы14%. Ваше предположение о диагнозе.
223. Острый миелолейкоз.
224. Хронический миелолейкоз.
225. Острый лимфолейкоз.
226. О диагнозе нельзя высказаться даже предположительно до проведения стернальной пункции и изучения миелограммы.
227. Какие этапы выделяют в лечении острых лейкозов?
228. Индукция ремиссии.
229. Консолидация ремиссии.
230. Поддерживающая терапия.
231. Профилактика нейролейкемии.
232. Профилактика анемии и тромбоцитопении.
233. Профилактика спленомегалии.
234. Какие утверждения являются правильными в отношении периодов острого лейкоза?
235. Начальный период острого лейкоза конкретно определить не удается.
236. При выявлении необъяснимых (с точки зрения причины) изменений крови (анемия, тромбоцитопения и др.) и наличии 510% бластных клеток в миелограмме (в норме ~2%) следует начинать лечение цитостатиками.
237. Развернутая стадия характеризуется угнетением нормального ростка кроветворения и высоким бластозом (более 20%) костного мозга и периферической крови, хотя типичная клиническая картина может отсутствовать.
238. Развернутая стадия характеризуется наличием типичной клинической картины, хотя может отсутствовать угнетение нормального ростка кроветворения и высокий бластоз (более 20%) костного мозга и периферической крови.
239. Какие принципы химиотерапии острых лейкозов выделяются в настоящее время?
240. Необходимо использовать адекватные дозы цитостатических препаратов с соблюдением временных интервалов их введения.
241. Необходимо использовать комбинации цитостатических препаратов.
242. Необходимо использовать этапность терапии (терапия зависит от этапа и стадии патологического процесса).
243. Необходимо как можно более раннее лечение (его следует начинать при постановке диагноза острого лейкоза еще до установления варианта последнего).
244. Какой основной принцип положен в основу современной классификации острых лейкозов (FAB, ВОЗ 2008, с дополнениями)?
245. Все принципы.
246. Морфологический.
247. Цитохимический.
248. Возрастной.
249. Иммуно-фенотипический.
250. Цитогенетический.
251. Кариотипический.
252. На основании чего выставляется и верифицируется диагноз острого лейкоза?
253. Общего анализа крови (обнаружение в периферической крови более 20% бластных клеток).
254. Исследования пунктата костного мозга (обнаружение в пунктате более 20% бластных клеток).
255. Типичной клинической картины (увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки, наличие кровоизлияний и инфекционных осложнений и др.).
256. Общего анализа крови (анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз).
257. Какой признак лежит в основе деления лейкозов на острые и хронические?\*
258. Морфологический (при остром лейкозе основная масса клеток представлена незрелыми клетками – бластами, при хроническом – зрелыми и созревающими).
259. Длительность и скорость течения заболевания (острые лейкозы развиваются быстро и «бурно» в течение нескольких дней, недель, хронические – медленно и «исподволь» в течение месяцев, лет).
260. Доброкачественность течения заболевания (острые лейкозы всегда злокачественные, хронические – всегда доброкачественные).
261. Какие утверждения верны в отношении лейкозов:
262. Лейкозы – это опухоли из кроветворной ткани с первичной их локализацией в костном мозге.
263. Вся опухолевая масса клеток является потомством одной мутировавшей клетки (моноклональная теория происхождения опухоли).
264. Лейкозы – это опухоли из кроветворной ткани с первичной их локализацией вне костного мозга.
265. Мутации всех клеток, составляющих опухоль, происходят одновременно под влиянием этиологических факторов (поликлональная теория происхождения опухоли).
266. Агранулоцитозом называется:
267. Снижение количества лейкоцитов ниже 1,0 х 109/л.
268. Снижение количества лейкоцитов ниже 4,0 х 109/л.
269. Снижение количества лейкоцитов ниже 2,0 х 109/л.
270. Снижение количества гранулоцитов ниже 1,0 х 109/л.
271. Снижение количества гранулоцитов ниже 0,75 х 109/л.
272. Клиническая картина апластической анемии складывается из следующих синдромов:
273. Анемический.
274. Тромбоцитопенический с наличием геморрагических проявлений.
275. Инфекционных осложнений (от местных воспалительных процессов до сепсиса).
276. Острая почечная недостаточность с развитием анурии.
277. Тяжелый гемолитический криз при аутоиммунной гемолитической анемии требует:
278. Назначения глюкокортикоидов.
279. Переливания эритроцитарной массы всем больным вне зависимости от состояния гемодинамики.
280. Срочной спленэктомии.
281. Парентерального введения препаратов железа и витамина В12.
282. Диагностическими критериями аутоиммунной гемолитической анемии являются:
283. Прямой и непрямой тест Кумбса.
284. Изменение цвета мочи – красная или черная.
285. Изменение цвета мочи – темно-желтая или коричневая.
286. Эритроцитурия.
287. Гемоглобинурия.
288. Критериями гемолиза являются:
289. Гипербилирубинемия.
290. Гемоглобинурия.
291. Повышение содержания сывороточного железа.
292. Тромбоцитоз.
293. Лимфоцитоз.
294. Наиболее часто гемосидероз (отложение железа во внутренних органах) наблюдается при:
295. Талассемии.
296. Железодефицитной анемии.
297. Апластической анемии.
298. В12-дефицитной анемии.
299. Дефицит какого фермента эритроцита, могущего привести к развитию гемолитической анемии, встречается наиболее часто (его дефицит наблюдается у сотен миллионов людей)?
300. Глюкозо6фосфатдегидрогеназа.
301. Пируваткиназа.
302. Глутатионредуктаза.
303. 6-фосфоглюконатдегидрогеназа.
304. Гемолитический криз при врожденных гемолитических анемиях могут провоцировать:
305. Прием медикаментов.
306. Острая респираторная вирусная инфекция.
307. Кетоацидоз при сахарном диабете.
308. Тяжелая физическая нагрузка.
309. Для врожденных гемолитических анемий характерно:
310. Снижение осмотической резистентности эритроцитов.
311. Положительный тест Кумбса.
312. Увеличение содержания общего билирубина в крови.
313. Снижение содержания сывороточного железа.

**Неотложная кардиология**

1. **Перечислите абсолютные показания для эндокардиальной кардиостимуляции при остром инфаркте миокарда:**
2. стойкая атриовентрикулярная блокада II степени или III степени с блокадой ножек п. Гиса
3. преходящая атриовентрикулярная блокада в сочетании с блокадой ножек п. Гиса
4. преходящая атриовентрикулярная блокада с преходящей блокадой левой ножки п. Гиса
5. блокада передней ветви левой ножки п. Гиса
6. блокада левой ножки п. Гиса при сохраненном атриовентрикулярном проведении
7. **Аускультативные признаки митрального стеноза:**
8. I тон на верхушке ослаблен
9. I тон на верхушке хлопающий
10. II тон ослаблен на аорте
11. II тон усилен на аорте
12. акцент II тона на легочной артерии
13. расщепление I тона
14. тон открытия митрального клапана
15. протодиастолический шум на верхушке
16. **Причина усиления I тона:**
17. недостаточность митрального клапана
18. стеноз устья аорты
19. экстрасистолия
20. недостаточность аортального клапана
21. стеноз левого атриовентрикулярного отверстия
22. **Укажите составные компоненты ритма перепела:**
23. ослабленный I тон на верхушке
24. усиленный II тон над аортой
25. ослабленный II тон над аортой
26. расщепленный I тон
27. расщепленный II тон
28. хлопающий I тон на верхушке
29. тон открытия митрального клапана
30. **Укажите механизм образования ритма галопа:**
31. за счет расщепления I тона
32. за счет расщепления II тона
33. за счет тона открытия митрального клапана
34. за счет тона открытия трикуспидального клапана
35. за счет патологического усиления III тона
36. за счет патологического усиления IV тона
37. **О чем свидетельствует появление "ритма галопа"?**
38. о митральном стенозе
39. о стенозе устья аорты
40. о недостаточности митрального клапана
41. о недостаточности аортального клапана
42. о тяжелом нарушении сократительной функции миокарда
43. **Причины дефицита пульса:**
44. мерцание-трепетание предсердий
45. экстрасистолия
46. гипертония
47. коарктация аорты
48. гипертрофический субаортальный стеноз
49. **Укажите особенность болевого синдрома при инфаркте миокарда:**
50. сжимающие боли за грудиной
51. тупые ноющие боли в области сердца
52. интенсивные ("морфинные") боли
53. боли слабой интенсивности
54. продолжительность болевого синдрома 5-7 минут
55. продолжительность болевого синдрома более 30 минут
56. **Для какого заболевания более характерны следующие признаки: гектическая лихорадка, обильное потоотделение, озноб, одышка, общая слабость?**
57. ревмокардит
58. подострый инфекционный эндокардит
59. миокардит Абрамова-Фидлера
60. инфаркт миокарда
61. спонтанная стенокардия
62. **Основные клинические формы стенокардии:**
63. стенокардия напряжения стабильная
64. впервые возникшая стенокардия
65. прогрессирующая стенокардия
66. спонтанная (особая) стенокардия
67. абдоминальная стенокардия
68. **Лабораторные показатели во время приступа стенокардии:**
69. лейкоцитоз
70. ускоренная СОЭ
71. повышение содержания аспарагиновой трансаминазы
72. повышение содержания аланиновой трансаминазы
73. повышение содержания креатинфосфотазы
74. перечисленные показатели не изменяются
75. **Типичные жалобы во время приступа стенокардии:**
76. колющие боли в области сердца
77. давящие боли за грудиной
78. сжимающие боли за грудиной
79. чувство жжения за грудиной
80. боли длительные более 60 минут
81. боли не снимаются нитроглицерином
82. **Наиболее частая морфологическая основа ИБС:**
83. васкулит
84. гиалиноз сосудов
85. атеросклероз коронарных сосудов
86. гипертония
87. аортальный порок
88. **Факторами риска ИБС являются:**
89. гиперлипидемия
90. гипертония
91. курение
92. нарушение толерантности к углеводам
93. психоэмоциональное перенапряжение
94. ожирение
95. малая физическая активность
96. **Что из перечисленного является абсолютным противопоказанием для проведения велоэргометрии:**
97. острый период инфаркта миокарда (менее 4-х недель от начала заболевания)
98. прогрессирующая (нестабильная) стенокардия
99. острый тромбофлебит
100. недостаточность кровообращения IIБ-III стадии
101. выраженная дыхательная недостаточность
102. значительный стеноз устья аорты
103. обморочные состояния в анамнезе
104. перемежающаяся хромота
105. атриовентрикулярная блокада 1 степени
106. **Какие из перечисленных электрокардиографических проб являются наиболее информативными в диагностике спонтанной стенокардии:**
107. проба с атропином
108. проба с эргометрином
109. проба с дипиридолилом
110. проба с калием
111. холодовая проба
112. **Что из перечисленного характерно для стенокардия напряжения IV функционального класса?**
113. любая физическая нагрузка (ходьба по комнате, умывание)
114. переноска груза менее 3 кг
115. возникновение ангинозной боли при физическом покое
116. возникновение ангинозного приступа при психоэмоциональном напряжении
117. подъем по лестнице более чем на 1 этаж
118. **Для стабильной стенокардии напряжения III функционального класса характерно:**
119. появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу более чем на 1 этаж
120. появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу менее чем на 1 этаж
121. появление приступа стенокардии при ходьбе в нормальном темпе менее чем 500 м
122. появление приступа стенокардии при психоэмоциональном напряжении
123. появление приступа стенокардии при переноске менее 2 кг груза
124. **Клиническими диагностическими критериями стенокардии напряжения II ФК являются:**
125. появление приступа стенокардии при ходьбе менее чем 100 метров
126. появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу меньше чем на 1 этаж
127. появление приступа стенокардии при ходьбе по ровному месту в нормальном темпе не менее чем 500 м
128. появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу более чем на 1 этаж
129. появление приступа стенокардии при переноске менее 3 кг груза
130. **Правильным утверждением относительно купирования тахиаритмии при синдроме WPW с антероградным проведением импульса является:**
131. невозможно проведение электрокардиоверсии
132. невозможно использование мембраностабилизирующих препаратов, вследствие их угнетающего действия на внутрижелудочковую проводимость
133. невозможно использование изоптина из-за вероятности ускорения проведения импульса по дополнительному предсердно-желудочковому пути
134. **У больного с хроническим обструктивным бронхитом и симптомами хронического "легочного" сердца возник пароксизм предсердной тахикардии Препаратом выбора для купирования пароксизма является:**
135. панангин
136. лидокаин
137. дигоксин
138. верапамил
139. пропранолол
140. **При инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, центральное венозное давление:**
141. повышено в 100% случаев
142. понижено в 100% случаев
143. чаще повышено, чем снижено
144. чаще снижено, чем повышено
145. уровень ЦВД не имеет значения для выбора врачебной тактики
146. **Больной 40 лет, первые сутки обширного инфаркта миокарда. При осмотре: - бледная с "мраморным" рисунком холодная кожа,- синусовая тахикардия 140 в 1 минуту,- АД - 70/40 мм рт ст. Экстренную терапию следует начать:**
147. с введения мезатона
148. с введения дигоксина
149. с введения хлористого кальция
150. с введения пентамина
151. с введения допмина
152. **Больной 50 лет, первые сутки обширного инфаркта миокарда. При осмотре: - бледная с "мраморным" рисунком холодная кожа,- синусовая тахикардия 140 в 1 минуту,- АД- 70/40 мм рт ст,- ЦВД - 350 мм водного столба. Экстренную терапию следует начать:**
153. с введения норадреналина + хлористого кальция
154. с введения дигоксина + поляризующего раствора
155. с введения бикарбоната натрия + адреналина
156. с введения допмина + поляризующего раствора
157. с введения реополиглюкина + мезатона
158. **Больная 60 лет, первые сутки обширного инфаркта миокарда. При осмотре: - бледная с "мраморным" рисунком холодная кожа,- синусовая тахикардия 140 в 1 минуту,- АД- 70/40 мм рт ст,- ЦВД - 10 мм водного столба. Экстренную терапию следует начать:**
159. с введения норадреналина + хлористого кальция
160. с введения дигоксина + поляризующего раствора
161. с введения бикарбоната натрия + адреналина
162. с введения реополиглюкина + допмина
163. с внутримышечного введения преднизолона
164. **Тромболизис в первые часы инфаркта миокарда может быть достигнут с помощью:**
165. урокиназы
166. тканевого активатора плазминогена
167. стрептокиназы
168. аспирина
169. гепарина
170. **Противопоказаниями для назначения антикоагулянтов в остром периоде инфаркта миокарда является:**
171. возраст старше 75 лет
172. геморрагический диатез
173. злокачественные новообразования
174. **Для контроля частоты желудочковых сокращений при мерцательной аритмии могут быть использованы все из перечисленных препаратов, за исключением:**
175. кордарона
176. пропранолола
177. дигоксина
178. лидокаина
179. верапамила
180. **Выберите наиболее рациональное сочетание препаратов для терапии инфаркта миокарда, осложненного левожелудочковой недостаточностью (первые 2 часа развития острого инфаркта миокарда):**
181. нитроглицерин + анаприлин
182. наркотические анальгетики + нитроглицерин (инфузия) + лазикс + тромболитик
183. финоптин + обзидан + закись азота
184. гепарин + эринит + анаприлин
185. преднизолон + нитроглицерин + лидокаин
186. **Что верно для стенокардии Принцметала?**
187. благоприятный ближайший прогноз
188. депрессия ST на ЭКГ в момент приступа
189. подъем ST на ЭКГ в момент приступа
190. часто наблюдается желудочковая аритмия в момент приступа
191. у большинства больных имеют место транзиторные спазмы коронарных артерий
192. **Какое сочетание фармакологических средств является адекватным при лечении отека легких на фоне высокой артериальной гипертензии больного с острым инфарктом миокарда?**
193. дибазол, лазикс, строфантин
194. нитропруссид натрия, лазикс
195. строфантин, лазикс
196. лазикс, сульфат магния
197. **Какие лекарственные средства необходимо использовать в первую очередь для лечения гипертонического криза у больного, прекратившего прием триампура и клофелина:**
198. проведение управляемой гипотонии пентамином
199. внутривенное введение дибазола и лазикса
200. парентеральное или пероральное введение клофелина
201. назначение празозина
202. введение эуфиллина
203. **Что из перечисленного является абсолютным показанием к имплантации кардиостимулятора?**
204. синусовая брадикардия и ЧСС до 4O в минуту
205. AV-блокада 2-й степени 2-го типа, сопровождающаяся приступами синдрома МЭС
206. брадисистолическая форма мерцательной аритмии, вызванная передозировкой сердечных гликозидов
207. синдром слабости синусового узла, проявляющийся приступами головокружения
208. AV-блокада 1-й степени, сочетающаяся с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
209. **Какие из перечисленных утверждений верны - AV-блокады:**
210. встречаются чаще при задних, чем при передних инфарктах миокарда
211. требуют применения верапамила
212. могут встречаться при интоксикации сердечными гликозидами
213. всегда служат показанием к имплантации искусственного водителя ритма
214. **Какие из перечисленных утверждений верны - желудочковая тахикардия:**
215. может быть спровоцирована применением хинидиноподобных антиаритмических препаратов
216. может быть купирована черезпищеводной стимуляцией предсердий
217. является типичным проявлением синдрома WPW
218. может быть предвестником фибрилляции желудочков
219. все перечисленное верно
220. **Какие из перечисленных утверждений верны:**
221. желудочковая тахикардия легко купируется вагусными пробами
222. пучок Кента соединяет предсердия с дистальной частью AV-узла
223. этмозин может быть использован для купирования суправентрикулярной тахикардии при синдроме WPW
224. методом выбора лечения трепетания желудочков является электроимпульсная терапия
225. гипокалиемия способствует развитию интоксикации сердечными гликозидами
226. **На что Вы будете ориентироваться при решении вопроса о восстановлении синусового ритма у больного с мерцательной аритмией:**
227. характер основной патологии
228. сопутствующую патологию
229. размеры левого предсердия
230. давность нарушения ритма
231. показатели липидного обмена
232. **В основе каких нарушений ритма лежит механизм ReEntry:**
233. трепетание предсердий
234. тахикардия из AV-cоединения
235. желудочковая парасистолия
236. суправентрикулярная тахикардия при синдроме WPW
237. в основе всех перечисленных нарушений
238. **Противопоказанием к электрической кардиоверсии при постоянной мерцательной аритмии является:**
239. интоксикация сердечными гликозидами
240. слабость синусового узла (сведения из анамнеза)
241. брадисистолическая форма мерцательной аритмии
242. гипертиреоз
243. **У больного с инфарктом миокарда при осмотре зарегистрирован пульс 40 в 1 мин. Какие варианты нарушений ритма и проводимости следует иметь ввиду в данном случае:**
244. синусовая брадикардия
245. атриовентрикулярная блокада 3-й степени
246. атриовентрикулярная блокада 2-й степени 2-го типа
247. желудочковая бигеминия
248. **При передне-перегородочном инфаркте миокарда, осложненном атриовентрикулярной блокадой 2-й степени 1-го типа без нарушений гемодинамики, показано профилактическое введение зонда для эндокардиальной электростимуляции:**
249. правильно
250. неправильно
251. **При инфаркте миокарда задней стенки левого желудочка, осложнено матриовентрикулярной блокадой 2-й степени 1-го типа без нарушений гемодинамики, показано обязательное профилактическое введение зонда для эндокардиальной электростимуляции:**
252. правильно
253. неправильно
254. **У больного на 2-е сутки острого инфаркта миокарда зарегистрированы желудочковые экстрасистолы с частотой 2-3 в 1 минуту и атриовентрикулярная блокада 2-й степени 1-го типа. Какие из перечисленных препаратов следует ввести больному?**
255. поляризующий раствор
256. строфантин
257. этацизин
258. новокаинамид
259. ничего из перечисленного
260. **У больной 70 лет впервые в жизни пароксизм мерцательной аритмии с частотой сокращений желудочков 138 в 1 мин, на фоне, которого развился приступ сердечной астмы Артериальное давление - 90/70 ммртст Методом выбора лечения пароксизма является:**
261. введение новокаинамида
262. введение лидокаина
263. электроимпульсная терапия
264. введение дифенина
265. ничего из перечисленного
266. **Какие из перечисленных нарушений ритма могут быть зарегистрированы на ЭКГ при пульсе 140 в 1 минуту:**
267. синусовая тахикардия
268. суправентрикулярная тахикардия
269. желудочковая тахикардия
270. регулярная форма трепетания предсердий
271. **При каком из перечисленных состояний наиболее высока угроза эмболии мозговых артерий:**
272. ревмокардит
273. инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана
274. изъязвление атеросклеротических бляшек в грудном отделе аорты
275. инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана
276. тромбофлебит нижних конечностей
277. **Что из перечисленного является наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита?**
278. наличие характерного болевого синдрома
279. данные ЭКГ
280. шум трения перикарда
281. результаты эхокардиографии
282. все перечисленное имеет одинаковую диагностическую ценность
283. **Какие препараты следует отменить при угрозе разрыва миокарда?**
284. наркотические анальгетики
285. антикоагулянты
286. бета-адреноблокаторы
287. антагонисты кальция
288. нитраты
289. **Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является:**
290. допамин
291. дигоксин
292. адреналин
293. норадреналин
294. мезатон
295. **Препаратом выбора для купирования гипертонического криза при феохромоцитоме является:**
296. клофелин
297. фентоламин
298. пентамин
299. обзидан
300. рауседил
301. **Купировать криз у больного с феохромоцитомой предпочтительно с помощью следующих препаратов:**
302. бета-адреноблокаторов
303. альфа-адреноблокаторов
304. гидрокортизона
305. мочегонных
306. ганглиоблокаторов
307. **Назовите факторы, влияющие на темпы снижения артериального давления при лечении гипертонического криза:**
308. пол больных
309. наличие отягощенной наследственности
310. возраст больных и состояние сердечно-сосудистой системы
311. давность и тяжесть течения гипертензии
312. наличие в анамнезе эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения
313. **У больного в 1-е сутки острого инфаркта миокарда с частой политопной желудочковой экстрасистолией артериальное давление - 100/60 мм рт ст. Препаратом выбора в данной ситуации является:**
314. атропин
315. кордарон
316. лидокаин
317. изоптин
318. аймалин
319. **В остром периоде инфаркта миокарда в 100% случаев имеются нарушения сократительной функции миокарда, что предполагает обязательное использование сердечных гликозидов:**
320. правильно
321. неправильно
322. **Пароксизмы мерцательной аритмии могут возникать при следующих состояниях:**
323. тиреотоксикоз
324. гипертрофическая кардиомиопатия
325. митральный стеноз
326. ишемическая болезнь сердца
327. **Лечение спонтанной прогрессирующей (нестабильной) стенокардии включает:**
328. ограничение режима
329. гепарин
330. вазодилататоры
331. дезагреганты
332. **В какой из перечисленных ситуаций при остром инфаркте миокарда показаны бета-адреноблокаторы:**
333. при синусовой тахикардии в сочетании с артериальной гипертензией
334. при предсердных экстрасистолах и высоком ЦВД
335. при атриовентрикулярной блокаде 1-й степени
336. при синусовой тахикардии и высоком ЦВД
337. ни в одной из перечисленных ситуаций
338. **У больной 65 лет с постинфарктным кардиосклерозом и умеренными проявлениями сердечной недостаточности на фоне постоянного приема 0,75 мг целанида в день впервые в жизни возник пароксизм тахисистолической формы мерцательной аритмии. В этой ситуации необходимо:**
339. с целью более контролируемой терапии заменить целанид на внутривенное капельное введение коргликона
340. провести экстренную электрическую кардиоверсию
341. для улучшения сократительной способности миокарда назначить хлористый кальций
342. все перечисленное неверно
343. **У больного с перенесенным инфарктом миокарда и умеренными проявлениями сердечной недостаточности на фоне постоянного приема O5 мг дигоксина в день зарегистрирована желудочковая бигимения В этой ситуации оправдано все, кроме:**
344. введения поляризующего раствора
345. отмены дигоксина
346. назначения дифенилгидантоина
347. введения унитиола
348. введения хлористого кальция
349. **Какие из перечисленных признаков являются характерными для острой левожелудочковой недостаточности:**
350. повышение рС02
351. тахикардия
352. нормальное конечно-диастолическое давление левого желудочка
353. периферические отеки
354. третий сердечный тон
355. **Какие из препаратов используются при лечении атриовентрикулярных блокад:**
356. этмозин
357. атропин
358. изадрин
359. ритмилен
360. лидокаин
361. **Проводимость AV-узла улучшается при:**
362. повышении активности блуждающего нерва
363. введении финоптина
364. введении атропина
365. введении алупента
366. повышении активности симпатической нервной системы
367. **Что из перечисленного является ЭКГ-признаками AV-блокад:**
368. удлинение интервала PQ больше 0,20
369. постепенное укорочение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS
370. независимый ритм предсердий и желудочков, причем комплексов QRS больше, чем зубцов Р
371. независимый ритм предсердий и желудочков, причем зубцов Р больше QRS
372. отсутствие зубцов Р на ЭКГ
373. **Синдром Фредерика - это сочетание:**
374. мерцания предсердий и полной атриовентрикулярной блокады
375. синдрома WPW и полной атриовентрикулярной блокады
376. замедления внутрипредсердной и атриовентрикулярной проводимости
377. мерцания предсердий и полной блокады левой ножки пучка Гиса
378. предсердной тахикардии и полной блокады левой ножки пучка Гиса
379. **Синдром WPW включает в себя следующие ЭКГ-признаки:**
380. уширение зубца Р больше O1 с и наличие дельты волны
381. наличие дельтa-волны и удлинения интервала PQ
382. наличие дельтa-волны, укорочение PQ и пароксизмы желудочковой тахикардии
383. укорочение PQ, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии и наличие дельтa-волны
384. **Методом выбора в лечении пароксизма желудочковой тахикардии, осложненного аритмическим коллапсом, является:**
385. массаж каротидного синуса
386. проведение электроимпульсной терапии
387. введение новокаинамида
388. поддержание параметров гемодинамики введением допамина
389. введение поляризующего раствора
390. **ЭКГ-признаки желудочковой тахикардии:**
391. частота желудочковых сокращений 200-300 в мин
392. ширина QRS не менее 0,12 c
393. наличие дельта-волны
394. равенство интервалов R-R
395. AV-диссоциация, причем зубцов Р меньше, чем QRS
396. **Для купирования пароксизмов суправентрикулярной тахикардии могут применяться:**
397. массаж каротидного синуса
398. введение лидокаина
399. сверхчастая электрокардиостимуляция предсердий
400. введение финоптина
401. введение аденозинтрифосфата
402. **Эпистенокардитический перикардит является основанием для отмены антикоагулянтов:**
403. правильно
404. неправильно
405. **Препаратом выбора для лечения суправентрикулярной тахикардии является:**
406. лидокаин
407. орнид
408. мезатон
409. верапамил
410. панангин
411. **Для лечения пароксизма суправентрикулярной тахикардии могут быть использованы**
412. дигоксин
413. новокаинамид
414. обзидан
415. аденозинтрифосфат

**НЕФРОЛОГИЯ**

**1. Какие изменения протеинограммы характерны для амилоидоза почек:**

1. гипер-гамма-глобулинемия
2. парапротеинемия
3. гиперальбуминемия
4. гипер-альфа-глобулинемия
5. гиперпротеинемия

**2. Для нефротической стадии амилоидоза характерны изменения в моче, кроме:**

1. лейкоцитурия более 4х106/л
2. протеинурия более 3,0 г/сутки
3. эритроцитурия более 1х106/л
4. цилиндрурия
5. наличие в моче клеток почечного эпителия

**3. 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

**4. Развитие вторичного амилоидоза характерно для перечисленных заболеваний, кроме:**

1. системная склеродермия
2. ревматоидный артрит
3. неспецифический язвенный колит
4. бронхоэктатическая болезнь
5. миеломная болезнь

**5. При какой этиологии нефротического синдрома противопоказаны глюкокортикоиды?**

1. амилоидоз почек
2. СКВ
3. подострый быстропрогрессирующий
4. острый гломерулонефрит
5. хронический гломерулонефрит

**6. При ренопаренхиматозной гипертонии рекомендуются гипотензивные средства, кроме:**

1. изобарин
2. допегит
3. клофелин
4. эналаприл
5. амлодипин

**7. 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

**8. Какой из перечисленных препаратов применяется для патогенетической терапии заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом?**

1. циклофосфан
2. индометацин
3. аминокапроновая кислота
4. изобарин
5. кетотифен

**9.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

**10. При какой форме хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятный прогноз:**

1. латентной
2. нефротической
3. смешанной
4. гипертонической

**11. Для заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом (ХПНо) характерны осложнения, кроме:**

1. носовые кровотечения
2. ишемический инсульт
3. отек мозга
4. отек легких
5. тромбофлебит

**12. 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

**13. 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

**14. Развитие нефротического синдрома характерно для заболеваний почек, кроме:**

1. острый пиелонефрит
2. нефропатия беременных
3. амилоидоз почек
4. миеломная нефропатия

**15. Для нефротического синдрома характерны показатели, кроме:**

1. относительная гипоглобулинемия
2. гипопротеинемия
3. относительная альбуминемия
4. абсолютная гипоальбуминемия
5. гиперлипидемия

**16. 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

**17. Основная причина гипопротеинемии 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

**18. Какой из перечисленных признаков не характерен для нефротического синдрома?**

1. лейкоцитурия более 4х106/л
2. протеинурия более 3,0 г/сут
3. цилиндрурия
4. гипопротеинемия
5. диспротеинемия

**19. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома:**

1. протеинурия более 3,0 г/сут
2. эритроцитурия 1х105/л - 1х106/л
3. лейкоцитурия более 4х106/л
4. протеинурия более 100 мг/сут
5. бактериурия более 1х105/мл

**20. 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

**21. 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

**22. Какой изотоп используется для радиоизотопной ренографии:**

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

**23. 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

**24. 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

**25. Какой из перечисленных факторов вызывает уменьшение клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин:**

1. уменьшение количества функционирующих нефронов
2. повышение артериального давления до 170/95 мм ртст
3. снижение артериального давления до 110/65 мм ртст
4. протеинурия более 100 мг/сутки
5. эритроцитурия 106/л

**26. 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

**27. 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

**28. 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

**29. Что понимают под термином «поллакиурия»?**

1. учащенное мочеиспускание
2. затрудненное мочеиспускание
3. болезненное мочеиспускание
4. редкое мочеиспускание
5. мочеиспускание в ночное время

**30. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?**

1. 1010 - 1012
2. 1005 - 1015
3. 1012 - 1022
4. 1010 - 1020
5. 1020 - 1025

**31. Что понимают под термином «гипостенурия»?**

1. снижение удельной плотности мочи
2. понижение минутного диуреза
3. монотонность удельной плотности мочи
4. повышение удельной плотности мочи
5. понижение минутного диуреза при повышении удельной плотности мочи

**32. 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

**33. 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 питьевом режиме
2. определение количества белка в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
3. определение колебаний количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток в условиях сухоядения
4. определение количества и удельной плотности суточной мочи
5. определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток

**34. 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

**35. Предельно допустимое количество бактерий в 1 мл мочи в норме:**

1. 105
2. 102
3. 103
4. 104
5. 106

**36. Предельно допустимое количество эритроцитов в 1 л мочи в норме:**

1. 1х106/л
2. 1х103/л
3. 2х106/л
4. 4х105/л
5. 1х107/л

**37. 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

**38. 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

**39. В лечении больных нефротическим кризом целесообразно применение:**

1. реополиглюкина
2. глюкокортикоидов
3. гепарина
4. концентрированного раствора альбумина
5. диуретиков

**40. У больного с острой почечной недостаточностью: - pCO2 - 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

**41. 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

**42. 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 pH крови до 7,3

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

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

**44. 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

**45. Острая почечная недостаточность характеризуется:**

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

**46. Применение каких антибиотиков противопоказано при острой почечной недостаточности:**

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

**47. 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

**48. К нефротоксинам, способным вызывать острую почечную недостаточность, относятся:**

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

**49. Осложнениями острой почечной недостаточности считаются:**

1. анемия
2. желудочно-кишечные кровотечения
3. перикардит

**50. Острая почечная недостаточность может наблюдаться при:**

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

Ответы: **Пульмонология**

1-4

2-1,2,3,4,5

3-2

4-3

5-1

6-1,2

7-1,2,4

8-1,2

9-1,2,3

10-2

11-3

12-5

13-1

14-3

15-3,4

16-1,2,3

17-1

18-4

19-1,2,3

20-4

21-1,3,5

22-1

23-4

24-1,2

25-5

26-3

27-3,4

28-3,4,6

29-4

30-1,2,4,5

31-1,3,4

32-1,5

33-2,3,5

34-3,4,5

35-2,4,5

36-2,4

37-1,2,4

38-1,3,4,5

39-1,2

40-1,3,4,5

**Гематология**

1-1,2,3

2-1

3-1,3,5

4-1,2,3,5

5-2,4,5

6-1

7-1,2,3,4,7

8-1

9-2,3

10-1,4

11-1

12-1,2,3,4,5

13-1

14-1

15-2

16-1,2

17-1,2,3

18-1,2

19-1,2,4

20-1,2,6

21-1,2

22-1

23-1,2,3,4,5

24-1,2

25-1,3,4

26-1,2,3,4,5

27-1,2

28-1,2,3,4,5,6

29-1,2,4

30-1

31-1,3,4

32-4

33-1

34-1,2

35-1,2,3

36-1,2,3,4

37-2

38-1

39-1

40-1,2,3,4

41-1,3

42-1,2,3

43-2,3,5,6,7

44-1,2

45-1

46-1,2

47-1,5

48-1,2,3

49-1

50-1,5

51-1,2,3

52-1

53-1

54-1,2,3,4

55-1,3

**Неотложная кардиология**

1-1,2

2-2,7,8

3-5

4-6,7

5-5,6

6-5

7-1,2,

8-1,3,6

9-2

10-1,2,3,4

11-6

12-2,3,4

13-3

14-1,2,3,4,5,6,7

15-1,2,3,4,5,6,7,8

16-2,5

17-1,2,3,4

18-2,3,4

19-3,4

20-3

21-4

22-3

23-5

24-4

25-4

26-1,2,3

27-1,2,3

28-4

29-2

30-3,4,5

31-2

32-3

33-2,4

34-1,3

35-4

36-3,4,5

37-1,2,3,4

38-1,2,4

39-1,2,3,4

40-1,2,3,4

41-1

42-2

43-5

44-3

45-1,2,3,4

46-2

47-4

48-2

49-1

50-2

51-2

52-3,4,5

53-3

54-2

55-1,2,3,4

56-1,2,3,4

57-1

58-4

59-5

60-2,5

61-2,3

62-3,4,5

63-1,4

64-1

65-4

66-2

67-2,5

68-1,3,4,5

69-1

70-4

71-1,2,3,4

**Нефрология**

1-1

2-1

3-1

4-1

5-1

6-1,3

7-5

8-1

9-1

10-3

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

33-1

34-1

35-1

36-1

37-1

38-1

39-1,2,3,4,5

40-3

41-1,3,4,5

42-2

43-1,2,3,4

44-2

45-2,3

46-2,3,4

47-5

48-1,2,3,5

49-1,2,3

50-1,3,4