

1. Назовите фамилию известного греческого мыслителя, жившего до нашей эры, написавшего большое количество трудов по диагностике и лечению заболеваний, описавшего лицо тяжелобольного и 4 типа телосложения и темперамента:

- Авиценна;
- Гален;
- Гиппократ.

2. Автором метода перкуторного определения размеров печени является:

- Захарьин;
- Боткин;
- Курлов;
- Образцов;
- Стражеско

3. Вынужденное положение это:

- произвольное положение больного;
- положение, когда больной не может изменить своей позы;
- положение, приносящее уменьшение болезненных проявлений заболевания.

4. Пальпацию печени проводят

- по левой парастернальной линии;
- по правой парастернальной линии;
- по правой срединно-ключичной линии;
- по правой передней подмышечной линии.

5. При определении границ относительной тупости сердца используют перкуссию:

- отскакивающую средней силы;
- припечатывающую средней силы;
- тихую припечатывающую;
- тихую отскакивающую;
- тишайшую.

6. При определении границ абсолютной тупости сердца используют перкуссию:

- отскакивающую средней силы;
- припечатавающую средней силы;
- тихую припечатавающую;
- тихую отскакивающую;
- тишайшую.

7. Высокое стояние верхушек легких наблюдается:

- при склеротических изменениях легких туберкулезного происхождения;
- при эмфиземе легких;
- при наличии выпота в плевральной полости;
- при пневмотораксе.

8. Выберите синдром, для которого характерен коробочный перкуторный звук:

- синдром обтурационного ателектаза;
- синдром инфильтрата;
- синдром бронхиальной обструкции;
- синдром компрессионного ателектаза.

9. Шейные лимфатические узлы пальпируют:

- по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- в области яремной ямки;
- по задней срединной линии;
- по краям разгибательных мышц на задней поверхности шеи;
- по наружному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

10. Систолическое сердечное дрожание при стенозе устья аорты определяется:

- у мечевидного отростка;
- во II межреберье справа от грудины;
- в проекции верхушки сердца;
- в IV межреберье слева от грудины.

11. Симптом Мюсси (френикус-симптом) – это:

- асимметрия пульсовых волн на лучевых артериях слева и справа;
- покачивание головы в такт сердечным сокращениям;
- усиление болезненности при быстром снятии руки с живота;
- болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- болезненность при поколачивании по правой реберной дуге.

12. Верхняя граница относительной сердечной тупости находится:

- в 2 межреберье;
- в 3 межреберье;
- в 4 межреберье.

13. Систолический шум при недостаточности митрального клапана иррадирует:

- в левую аксиллярную область;
- в правую половину грудной клетки;
- в эпигастральную область;
- по ходу сонных артерий;
- никогда не иррадирует.

14. Гидроторакс может являться признаком застоя:

- в малом круге кровообращения;
- в большом круге кровообращения;
- как в малом, так и в большом круге кровообращения;
- при застойных явлениях никогда не возникает.

15. Нормальное содержание общего белка в крови (г/л):

- 65-85;
- 28-32;
- 25-35;
- 80-120;
- 15-93.

16. Верхняя граница нормы общего билирубина в крови (мкмоль/л):

- до 20,5;
- до 35,0;
- до 54,3;
- до 18,9;
- до 39,6.

17. Нормальное значение протромбинового индекса (%):

- 80-110;
- 50-250;
- 10-20;
- 15-40;
- 18-38.

18. Нормальное содержание фибриногена в крови (г/л):

- 3-15;
- 18-28;
- 35-42;
- 0-3;
- 2-4.

19. Укажите признак повышенного внутричерепного давления

- Упорная диффузная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой
- Повышение артериального давления
- Тошнота и рвота после приема пищи
- Острая пульсирующая боль в половине головы
- Косоглазие

20. Тремор рук покоя типа «счета монет» или «скатывания пилюль» обычно развивается при

- Болезни Паркинсона
- Эпилепсии

- Рассеянном склерозе
- Герпетическом энцефалите
- Инсульте

21. Расстройства чувствительности по типу «перчаток» и «носок» характерны для поражения

- Периферических нервов
- Плечевого сплетения
- Спинного мозга
- Зрительного бугра
- Ствола мозга

22. Основной признак симпато-адреналового криза

- Повышение АД и тахикардия
- Понижение АД
- Брадикардия
- Гипергидроз
- Побледнение кожных покровов

23. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими проявлениями

- Тревога
- Сердцебиение
- Обморок
- Упускание мочи
- Верно 1 и 2

24. Электроэнцефалография не выявляет

- Межполушарную асимметрию
- Пароксизмальную активность
- Этиологию заболевания
- Наличие фокуса патологической активности
- Тип ЭЭГ

25. Наиболее частая причина мозгового инфаркта

- Атеросклероз
- Воспалительные заболевания сосудов мозга
- Воспалительные заболевания мозговых оболочек
- Врожденные аномалии развития сосудов
- Черепно-мозговая травма

26. Наиболее частой причиной развития субарахноидального кровоизлияния является

- Гнойный менингит
- Серозный менингит
- Разрыв аневризмы сосудов головного мозга
- Тромбоз
- Эмболия

27. При шейном остеохондрозе поражается артерия:

- Базилярная
- Позвоночная
- Внутренняя сонная
- Наружная сонная
- Передняя мозговая

28. Основным осложнением и причиной смерти больных эпилепсией является

- Инсульт
- Инфаркт миокарда
- Эпилептический статус
- Острый психоз
- Субарахноидальное кровоизлияние

29. Этиология рассеянного склероза

- Воспалительная
- Травматическая
- Аутоиммунная

- Метаболическая
- Сосудистая

30. Наиболее информативным методом диагностики при эпилепсии является

- МРТ головного мозга
- КТ головного мозга
- Исследование глазного дна
- Электроэнцефалография
- Ультразвуковое исследование мозга

31. Противозепилептическая терапия должна проводиться

- Непрерывно, длительно
- Курсами 1 раз в полгода
- Курсами 3-4 раза в год
- С чередованием препаратов каждый месяц
- Быстро отменяется после прекращения припадков

32. Для паркинсонизма не характерно

- Быстрые размахистые движения
- Медленная тихая речь
- Редкое мигание
- Маскообразное лицо
- Шаркающая походка

33. Все ниже перечисленное характерно для мигрени, кроме

- Семейного характера
- Односторонности
- Пульсирующей боли
- Периодического возникновения
- Ухудшения с возрастом

34. Наиболее частая причина слабоумия

- Эпилепсия
- Сосудистые заболевания
- Болезнь Альцгеймера
- Болезнь Паркинсона
- Черепно-мозговая травма

35. Укажите, какие галлюцинации представляют социальную опасность:

- контрастирующие
- индифферентные
- императивные
- типа Шарля Бонне
- антагонистические
- комментирующие

36. Архаическое мышление - это:

- отсутствие логической связи между отдельными умозаключениями
- мышление, использующее незрелые, мифологические представления
- мышление, основанное на псевдопонятиях
- необоснованный логически переход с одной мысли на другую
- расплывчатое мышление с изменными границами понятий
- повторение больным только что услышанных слов

37. Фиксационная амнезия входит как основной симптом в:

- паранойяльный синдром
- синдром Котара
- синдром Корсакова
- синдром Кандинского-Клерамбо
- парафренный синдром
- синдром деперсонализации-дереализации

38. Гипертимии включают:

- мания, тревога, страх
- мания, дисфория, тревога
- мания, эйфория, экстаз
- мания, благодушие, тоска
- гневливость, тревога, страх

39. Последовательность синдромов: кома-сопор-оглушение-сон свидетельствует об:

- ухудшении
- улучшении состояния

40. Шизофрения приводит к органической деменции?

- верно
- неверно
- в случаях злокачественного течения
- в атипичных клинических формах
- при отсутствии адекватной терапии
- при развитии осложнений

41. Может ли при острой сердечной недостаточности наблюдаться астенический синдром?

- да
- нет

42. Среди послеродовых психозов встречаются спутанность сознания, онейроид, аменция?

- да
- нет

43. В отечественной психиатрии первое описание псевдогаллюцинаций дал:

- Бехтерев В.М.
- Корсаков С.С.
- Ганнушкин П.Б.
- Балинский И.М.
- Жислин С.Г.

- Кандинский В.Х.
- Сербский В.П.

44. Циклотимия как аффективное расстройство в первую очередь характеризуется:

- отягощенной наследственностью
- фазным течением
- ранним возрастом начала
- небольшой тяжестью и длительностью симптомов
- преморбидным типом личности
- психогенной провокацией аффективных фаз

45. Нарушение, характеризующиеся хореоформными движениями и деменцией, которое начинается обычно после 30 лет:

- энцефалопатия Вернике
- Корсаковский психоз
- болезнь Гентингтона
- болезнь Вильсона
- болезнь Крейцфельда-Якоби
- деменция с тельцами Леви

46. Укажите, чем характеризуются психические расстройства при органических заболеваниях у лиц пожилого возраста:

- спутанностью сознания, дезориентировкой и амнезией
- спутанностью сознания, слуховыми галлюцинациями и нарушением мышления
- депрессией и слуховыми галлюцинациями
- зрительными галлюцинациями, депрессией и нарушениями мышления
- нарушением сна, депрессией и бредом величия
- фиксационной амнезией, дезориентировкой и парамнезиями

47. Что чаще наблюдается из побочных действий нейролептических средств?

- соматические
- психические
- неврологические расстройства

- патологическая психическая зависимость
- патологическая физическая зависимость

48. В число терминов, обозначающих степень умственной отсталости, НЕ входит:

- Дебильность
- Кретинизм
- Имбецильность
- Идиотия

49. В основе определения принадлежности микроорганизма к царству эукариот ведущее значение придает следующему признаку:

- неклеточное строение
- наличие органоидов движения
- обязательно одноклеточная структура
- наличие ядра, окруженного ядерной мембраной
- наличие рибосом

50. Для микробов с облигатно анаэробным типом дыхания губительно присутствие в окружающей среде:

- кислорода
- сульфатов
- нитратов
- карбонатов
- жирных кислот

51. Диагностическое значение микроскопического метода исследования в качестве основной задачи исключает:

- Определение родовой принадлежности патогенного микроорганизма
- Определение видовой принадлежности патогенного микроорганизма
- Определение отдельных видовых признаков патогенного микроорганизма
- Определение отдельных патогенетических факторов микроорганизма
- Определение факторов устойчивости во внешней среде патогенного микроорганизма

52. Диагностическое значение микробиологического метода исследования с использованием искусственных питательных сред в качестве основной задачи исключает:

- идентификацию простейших
- идентификацию грибов
- идентификацию бактерий
- идентификацию микоплазм
- идентификацию вирусов

53. Возбудитель сифилиса принадлежит к следующему виду спирохет:

- *Treponema vincentii*
- *Leptospira interrogans*
- *Borrelia recurrentis*
- *Treponema pallidum*
- *Borrelia hispanica*

54. Свойства микробных экзотоксинов исключают наличие следующего признака:

- способность вызывать повреждение клеток макроорганизма
- способность нарушать функцию клеток макроорганизма
- способность вызывать иммунную реакцию макроорганизма
- быть секреторным продуктом микробной клетки
- быть структурным компонентом микробной клетки

55. Фагоцитарные функции несвойственны

- лимфоцитам
- моноцитам
- нейтрофильным лейкоцитам
- макрофагам
- всем перечисленным клеткам

56. Основные функции Т-хелперов исключают:

- синтез иммуноглобулинов
- синтез интерлейкинов
- участие в механизмах аллергии

- взаимодействие с В – лимфоцитами
- взаимодействие с макрофагами

57. Укажите, к чему приводит введение вакцины:

- к развитию естественного приобретенного постинфекционного иммунитета
- к развитию искусственного пассивного иммунитета
- к развитию естественного врожденного пассивного иммунитета
- к развитию естественного приобретенного контактно-бытового иммунитета
- к развитию искусственного активного иммунитета

58. Многократное попадание в организм неинфицирующих доз возбудителя

- приводит к развитию естественного приобретенного постинфекционного иммунитета
- приводит к развитию искусственного пассивного иммунитета
- приводит к развитию естественного врожденного пассивного иммунитета
- приводит к развитию естественного приобретенного контактно-бытового иммунитета
- приводит к развитию искусственного активного иммунитета

59. В основе определения принадлежности микроорганизма к царству вирусов ведущее значение придают следующему признаку:

- неклеточное строение
- наличие органоидов движения
- размеры меньше 5 мкм
- наличие нуклеиновых кислот
- обязательное отсутствие в структуре оболочки фосфолипидов

60. Иммуноглобулины синтезируются и секретируются:

- Т-лимфоцитами
- В-лимфоцитами
- плазматическими клетками
- макрофагами
- фагоцитами
- эритроцитами

61. Укажите, что используют при диагностике сифилиса на первой стадии заболевания:

- кровь
- мочу
- транссудат из твердого шанкра
- испражнения
- слюну
- волос

62. Профилактика дифтерии проводится введением:

- анатоксина
- антитоксина
- токсина Шика
- БЦЖ
- диаскин-теста

63. Укажите, какой фактор патогенности типичен для всех микробов кишечной группы:

- наличие экзотоксина
- наличие эндотоксина
- наличие капсулы
- наличие плазмокоагулазы

64. В патогенезе ВИЧ-инфекции важное место занимает:

- трансформация PrPc-белков в PrPsc-белки
- безудержная пролиферация В-лимфоцитов
- накопление патологических миеломных белков
- поражение Т-хелперов и макрофагов

65. Укажите, какой метод используют для окраски микобактерий:

- Бурри-Гинса
- Циля-Нильсена
- Леффлера
- Романовского-Гимзе

- Нейссера

66. Укажите, чем отличаются друг от друга прокариоты, дающие разную окраску по Граму:

- структурой клеточной стенки
- структурой ядра
- наличием определенных цитоплазмических органоидов
- способностью к половому размножению

67. Для хронического гастрита типа В НЕХАРАКТЕРНО:

- атрофия желез с наличием небольшого числа кистозно-расширенных желез
- циркулирующие антитела к париетальным клеткам
- частое сочетание с дуоденальными язвами
- ассоциация с инфекцией *Helicobacter pylori*
- уровень гастрина в норме или незначительная гипергастринемия

68. Укажите препараты, НЕ обладающие санлирующим эффектом в отношении *Helicobacter pylori*:

- де-нол
- метронидазол
- сукральфат (вентер)
- кларитромицин
- фуразолидо

69. Множественные язвы в желудке и 12-перстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, вероятнее всего связаны:

- с синдромом Дубина – Джонсона
- с синдромом Золлингера – Эллисона
- с изъязвлением рака желудка
- с язвами угла желудка
- с НПВП-гастропатией

70. Укажите, когда наиболее вероятна малигнизация:

- при язве постбульбарного отдела 12-перстной кишки

- при множественной язве луковицы 12-перстной кишки
- при язве верхней трети тела желудка
- при язве желудочного канала
- при множественных изъязвлениях слизистой оболочки желудка

71. К предраковым состояниям желудка требующим диспансерного наблюдения (включая рентгенологическое или фиброгастроскопическое обследование 1 раз в год), НЕ относят:

- кисты желудка
- аденоматозные полипы
- хронический атрофический фундальный гастрит
- язву желудка
- болезнь Менетрие
- хронический неатрофический хеликобактерный гастрит

72. Укажите характер болей при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- тупая, давящая, в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
- схваткообразные ноющие в левом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
- постоянная тупая, не связанная с приемом пищи
- локализованные в эпигастрии, возникающие натощак и через 2 - 3 часа после еды
- возникающие через 30 мин после еды

73. Укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни:

- снижение секреции соляной кислоты
- уменьшение выраженности болевого синдрома
- ускорение рубцевания язвы
- уменьшение риска прободения язвы
- снижение частоты рецидивов болезни

74. Укажите основные этиологические факторы дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей:

- дискоординация сфинктера Одди
- заболевания желудка

- заболевания двенадцатиперстной кишки
- качественные нарушения питания
- количественные нарушения питания
- состояние нервной системы
- гормональные расстройства в регуляции функции желчного пузыря и желчевыводящих путей
- все правильные

75. Желчные камни чаще всего состоят из:

- цистина
- мочевой кислоты
- солей желчных кислот
- холестерина
- оксалатов

76. Укажите, что используют в лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря:

- ингибиторы протонной помпы
- H₂-блокаторы гистамина
- препараты группы сукральфата
- одестон
- беззондовые тюбажи
- хирургическое лечение

77. Холеретическим действием обладают:

- холензим
- ромашка
- аллохол

78. Укажите, что позволяет диагностировать чрезкожная холангиография:

- внутрипеченочный сосудистый блок
- абсцесс печени
- эхинококкоз
- хронический гепатит

- билиарный цирроз печени
- непроходимость желчных путей с механической желтухой

79. Гепатит следует считать хроническим при наличии воспалительного процесса в печени в течение:

- 2-х месяцев
- 3-х месяцев
- 4-х месяцев
- 6-и месяцев
- более 1 года

80. Укажите причину вторичного билиарного цирроза печени:

- интоксикация промышленными ядами
- применение гепатотоксических медикаментов
- обтурация внепеченочных желчных протоков
- вирусное поражение печени

81. Укажите, какая морфологическая картина характерна для обострения хронического гепатита:

- воспалительная инфильтрация локализуется перипортально, внутрь печеночных долек не проникает
- воспалительная инфильтрация проникает внутрь долек, имеется некроз гепатоцитов
- жировой гепатоз
- наличие ложных долек

82. Укажите, что свидетельствует о наличии печеночной энцефалопатии:

- сосудистые звездочки
- ксантомы
- увеличение живота, отеки
- расчесы на коже
- тремор пальцев рук

83. Укажите признак синдрома печеночно-клеточной недостаточности:

- ксантомы

- расчесы на коже
- сосудистые звездочки
- расширение поверхностных вен передней брюшной стенки
- печёночная энцефалопатия

84. Укажите, что характерно для синдрома холестаза при биохимическом исследовании:

- повышенный уровень непрямого билирубина
- значительное повышение АлАТ
- повышение ЛДГ
- повышение щелочной фосфатазы

85. Укажите абсолютные показания для оперативного вмешательства при остром панкреатите:

- панкреатогенный абсцесс (инфицированный кистой)
- острый панкреатит тяжелое течение
- острый панкреатит средне-тяжелое течение

86. Укажите факторы, предрасполагающие к функциональным расстройствам толстой кишки:

- умеренная физическая нагрузка
- употребление с пищей продуктов, богатых клетчаткой
- кишечные инфекции

87. Укажите, что ПРОТИВОРЕЧИТ диагнозу «синдром раздраженного кишечника»:

- усиление симптомов происходит на фоне стрессов
- диарея мешает больному спать (просыпается из-за позывов на стул)
- сигмоскопия не выявляет изменений
- длительность заболевания более 3 месяцев
- имеются симптомы гастроэзофагального рефлюкса

88. Укажите, что характерно в клиническом анализе крови у больного с неспецифическим язвенным колитом:

- нормохромная анемия
- гиперхромная макроцитарная анемия

- лейкопения
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево

89. Укажите, для каких заболеваний НЕ характерны боли в животе и понос с примесью крови:

- неспецифического язвенного колита
- дизентерии
- болезни Крона
- рака толстой кишки
- панкреатита

90. Укажите наиболее частое показание к хирургическому лечению болезни Крона:

- внутренние свищи
- внешние свищи
- инфильтрат в животе
- синдром кишечной непроходимости
- кишечное кровотечение

91. Укажите факторы риска возникновения рака толстой кишки:

- недостаток в рационе животных белков и жиров
- неспецифический язвенный колит
- достаточное содержание клетчатки в пище
- геморрой

92. При ректороманоскопии у 45-летнего мужчины был обнаружен единичный полип размером 1 см (гистологическое исследование - аденоматозный полип). Укажите следующий наиболее рациональный шаг в ведении этого больного:

- ирригоскопия
- передняя резекция толстой кишки
- эндоскопическая полипэктомия + морфологическое исследование удаленного полипа
- повторный анализ на скрытую кровь
- провести исследование опухолевых маркеров
- провести биопсию полипа и морфологическое исследование биоптата

93. Укажите, что показано при лечении хронического гастрита типа В:

- антациды
- М-холинолитики
- заместительная терапия соляной кислотой, ферментами
- антибактериальная терапия

94. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка:

- в головной мозг
- в надключичные лимфоузлы
- в печень
- в яичники
- в брюшину

95. В диагностике внутripеченочной обструктивной желтухи наиболее достоверен метод:

- эндоскопической ретроградной ХПГ
- перитонеоскопии
- внутривенной холангиографии
- дуоденального зондирования

96. Укажите ранний клинический признак хронического бескаменного холецистита:

- горечь во рту
- частый жидкий стул с комочками непереваренной пищи
- ложные позывы на дефекацию
- рвота
- сжимающая боль в эпигастрии

97. «Золотым стандартом» для диагностики и оценки ХОБЛ является:

- бронхоскопия
- спирометрия
- компьютерная томография высокого разрешения
- пульсоксиметрия

98. Не характерно для хронического обструктивного бронхита:

- кашель 3 месяца в году в течение 2 лет и более;
- в основе патогенеза лежит воспаление с гиперсекрецией слизи, обусловленное раздражением дыхательных путей;
- чаще развивается после острого бронхита;
- параллельно развивается эмфизема.

99. Базисная терапия при всех стадиях ХОБЛ включает:

- β_2 –агонисты короткого действия;
- β_2 –агонисты длительного действия;
- теофиллины;
- ингаляционные холинолитики;
- ингаляционные глюкокортикостероиды;
- кромоны;
- муколитики.

100. К базисной терапии ХОБЛ средней тяжести в период обострения необходимо добавить:

- β_2 –агонисты короткого действия;
- β_2 –агонисты длительного действия;
- теофиллины;
- ингаляционные холинолитики;
- ингаляционные глюкокортикостероиды;
- системные глюкокортикостероиды

101. В условиях стационара при тяжелом обострении ХОБЛ НЕ целесообразно назначение:

- антибиотиков;
- β_2 –агонистов длительного действия;
- теофиллинов;
- ингаляционных холинолитиков;
- ингаляционных глюкокортикостероидов;
- кромонов;
- системных глюкокортикостероидов.

102. Воспаление дыхательных путей при бронхиальной астме:

- острое;
- хроническое;
- инфекционнозависимое;
- рецидивирующее.

103. Основные фенотипические признаки астмы:

- нейтрофилез крови;
- эозинофилия крови;
- увеличение IgM;
- увеличение IgG;

104. Этиологическим фактором для бронхиальной астмы является:

- наследственная предрасположенность;
- не передается по наследству;
- приобретенный характер заболевания;
- врожденная патология;
- вопрос остается открытым для науки.

105. Симптомы, появляющиеся 4 раза в неделю, но не более 1 раза в день, соответствуют следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- легкой интермиттирующей;
- легкой персистирующей;
- средней;
- тяжелой.

106. Ночные симптомы бронхиальной астмы, появляющиеся каждую ночь и под утро, соответствующие следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- легкой интермиттирующей;
- легкой персистирующей;
- средней;
- тяжелой.

107. Ежедневный прием β_2 - агонистов короткого действия соответствует следующей степени тяжести бронхиальной астмы:

- легкой интермиттирующей;
- легкой персистирующей;
- средней;
- тяжелой.

108. Снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) ниже 60% соответствует следующей степени тяжести неконтролируемой бронхиальной астмы:

- легкой интермиттирующей;
- легкой персистирующей;
- средней;
- тяжелой

109. Базисная терапия бронхиальной астмы не проводится:

- β_2 –агонистами короткого действия;
- теофиллинами;
- β_2 –агонистами длительного действия;
- ингаляционными глюкокортикостероидами;
- системными стероидами.

110. Самая эффективная группа препаратов, применяемая для базисной терапии бронхиальной астмы:

- β_2 –агонисты короткого действия;
- β_2 –агонисты длительного действия;
- теофиллины;
- ингаляционные глюкокортикостероиды;
- системные стероиды;
- ингаляционные холинолитики.

111. Выберите препарат, который желательно ингалировать через небулайзер при обострении бронхиальной астмы:

- β_2 –агонисты короткого действия;
- β_2 –агонисты длительного действия;

- теофиллины;
- ингаляционные холинолитики;
- ингаляционные глюкокортикостероиды;
- кромоны.

112. Препаратами первого ряда при терапии нетяжелой внебольничной пневмонии являются две группы антибиотиков:

- природные пенициллины;
- амоксициллины;
- цефалоспорины II поколения;
- цефалоспорины III поколения;
- фторхинолоны;

113. Экспертами для парентерального введения при тяжелой внебольничной пневмонии рекомендуются 2 антибиотика:

- амоксициллины;
- ингибиторозащищенные пенициллины;
- карбапенемы;
- макролиды;
- аминогликозиды.

114. Выберите действующее вещество β_2 –агонистов короткого действия:

- беклометазона дипропионат;
- будесонид;
- сальбутамол;
- сальметерол;
- флутиказона пропионат;

115. Выберите действующее вещество ингаляционных холинолитиков:

- беклометазона дипропионат;
- будесонид;
- тиотропия бромид;
- сальбутамол;

- сальметерол;

116. К аминопенициллинам относятся:

- бензилпенициллин;

- амоксициллин;

- цефуроксим;

- метронидозол;

- кларитромицин;

- азитромицин.

117. К новым макролидам относятся:

- азитромицин;

- амоксициллин;

- цефуроксим;

- цефатоксим;

- цефтриаксон;

- левофлоксацин.

118. К респираторным фторхинолонам относятся:

- цефтриаксон;

- левофлоксацин;

- рокситромицин;

- спирамицин;

- рифампицин;

119. Выберите путь введения Будесонида при среднетяжёлой бронхиальной астме:

- внутрь;

- ингаляционно,

- внутривенно;

- внутримышечно;

120. Выберите путь введения беклометазона при легкой персистирующей бронхиальной астме:

- внутрь;
- ингаляционно;
- внутривенно;
- внутримышечно;

121. Главные условия приема сальбутамола:

- ингаляционно;
- внутривенно;
- внутримышечно;
- 2 раза в день;
- 4 раза в день;
- 6 раз в день;

122. Главный фактор риска ХОБЛ:

- загрязнение окружающего воздуха;
- профессиональные вредности;
- генетический;
- ОРВИ;
- курение.

123. Средняя степень тяжести ХОБЛ определяется:

- ПСВ 60 -80% от должного;
- ОФВ1 50 -70% от должного;
- ОФВ1 менее 30% от должного;
- ОФВ1 30 -49% от должного.

124. При среднетяжелой ХОБЛ холинолитики следует применять:

- 2 недели;
- 3 недели;
- 2 месяца;
- 6 месяцев;
- постоянно.

125. Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована:

- при поступлении в стационар;
- через 2-3 дня и более после госпитализации;
- после выписки из стационара.

126. Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводят:

- пенициллином;
- кефзолем;
- эритромицином;
- тетрациклином;
- рифампицином.

127. Кровохарканье НЕ наблюдается при:

- тромбоэмболии легочной артерии;
- бронхоэктатической болезни;
- раке легкого;
- митральном стенозе;
- эмфиземе легких.

128. Для астмы физического усилия верно:

- возникает во время физической нагрузки;
- возникает после физической нагрузки;
- чаще развивается при вдыхании влажного воздуха;
- чаще развивается при вдыхании сухого воздуха.

129. При использовании ингаляционных глюкокортикостероидов в обычных дозах могут наблюдаться побочные явления:

- кандидоз ротоглотки;
- язвы ЖКТ;
- стероидный диабет;
- частые инфекции носоглотки.

130. Из перечисленных клинических признаков для больных с синдромом бронхиальной обструкции НЕ характерны:

- нарушение вдоха;
- нарушение выдоха;
- одышка;
- диффузный цианоз;
- акроцианоз.

131. Какой из антибиотиков НЕ показан для лечения пневмоний, вызванных микоплазмой, хламидиями, легионеллой:

- гентамицин;
- азитромицин;
- ампиокс;
- метронидозол;

132. Препаратами выбора для базисной терапии хронической обструктивной болезни легких при всех стадиях заболевания будут:

- β_2 –агонисты короткого действия;
- β_2 –агонисты длительного действия;
- теофиллины;
- ингаляционные холинолитики;

133. Для бронхоэктатической болезни характерны симптомы:

- «барабанные палочки»;
- кашель с гнойной мокротой;
- сухой кашель;
- кровохарканье.

134. Острое воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов, характеризующееся увеличением бронхиальной секреции и кашлем, называют:

- острым бронхитом;
- острым ларингитом;
- острой пневмонией;
- бронхолитиазом;

- муковисцидозом.

135. Тяжесть хронической обструктивной болезни легких определяют объективно на основании:

- аускультации легких;
- перкуссии легких;
- ЭКГ;
- исследования функции внешнего дыхания;
- бронхографии.

136. При дифференциальной диагностике хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы используют все критерии, кроме:

- наличия аллергии;
- наличия коробочного оттенка перкуторного звука;
- эозинофилии в мокроте и крови;
- обратимости бронхиальной обструкции;
- суточных изменений ФЖЕЛ.

137. При формулировке диагноза «хроническая обструктивная болезнь легких» необходимо указать все, кроме:

- локализации процесса по сегментам;
- степени тяжести процесса;
- фазы процесса;
- наличия осложнений;
- стадии дыхательной недостаточности.

138. Основная цель лечения хронической обструктивной болезни легких:

- полное излечение и реабилитация пациента;
- уменьшение скорости прогрессирования процесса;
- устранения бактериовыделения с мокротой;
- обратное развитие эмфиземы;
- подготовка пациента к хирургическому лечению.

139. Укажите наиболее существенный признак бронхиальной астмы, позволяющий дифференцировать её от хронической обструктивной болезни легких:

- эффект от ингаляционных глюкокортикостероидов;
- эффективность адреномиметиков;
- наличие атопии;
- наличие обратимой бронхиальной обструкции;
- эозинофилия в периферической крови.

140. С целью купирования приступа бронхиальной астмы не показан:

- атровент;
- адреналин;
- аминофиллин;
- димедрол;
- преднизолон.

141. Бронхиальную астму рассматривают в настоящее время как:

- хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей;
- острое аллергическое заболевание дыхательных путей;
- хроническое интерстициальное поражение легких;
- подострое поражение соединительной ткани лёгких.

142. Больному бронхиальной астмой для самоконтроля состояния внешнего дыхания необходимо иметь собственный:

- бодиплетизмограф;
- спирограф;
- пневмотахограф;
- пикфлоуметр;
- анализатор газового состава крови.

143. Вторая степень бронхиальной астмы называется:

- хроническое «лёгочное сердце»;
- астматический статус;
- тяжёлая интермиттирующая астма;

- астма физического усилия;
- персистирующая астма легкого течения.

144. Первая ступень бронхиальной астмы называется:

- преастма;
- астматический бронхит;
- астма физического усилия;
- бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения;
- персистирующая бронхиальная астма легкого течения.

145. Третья ступень бронхиальной астмы называется:

- декомпенсированная легочно-сердечная недостаточность;
- дисгормональная бронхиальная астма;
- персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести;
- бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения;
- бронхиальная астма смешанного генеза.

146. Астма-школа это:

- аналог курса последипломного образования для врачей;
- основа образовательной системы для больных;
- основа образовательной системы для медицинских сестёр;
- обязательный компонент подготовки главных врачей;
- основа переподготовки социальных работников.

147. У больного озноб, сухой кашель, боль в левом боку, усиливающаяся при глубоком дыхании и кашле, температура 38,5-39С. Объективно: ЧДД 28 в минуту, слева ниже угла лопатки усиление голосового дрожания, выслушивается бронхиальное дыхание. Диагноз?

- туберкулез;
- острая пневмония;
- обострение хронического бронхита;
- бронхоэктатическая болезнь;
- левосторонний плеврит.

148. По какому краю ребра надо вести троакар при плевральной пункции:

- по верхнему;
- по нижнему;
- не имеет значения.

149. Рентгенологический синдром повышенной воздушности соответствует

- эмфиземе;
- пневмосклерозу;
- бронхоэктазам;
- центральному раку легкого.

150. Рентгенологический симптом эхинококка легкого:

- ограниченного затемнения;
- круглой тени;
- кольцевидной тени;
- повышенной воздушности;

151. Рентгенологический синдром пневмоторакса:

- ограниченного затемнения;
- круглой тени;
- кольцевидной тени;
- повышенной воздушности без сохранения лёгочного рисунка;
- патологии корня легкого.

152. Рентгенологический синдром периферического рака легкого:

- ограниченного затемнения;
- круглой тени;
- кольцевидной тени;
- повышенной воздушности;
- патологии корня легкого.

153. Рентгенологический синдром центрального рака легкого:

- ограниченного затемнения;
- круглой тени;
- кольцевидной тени;
- повышенной воздушности;

154. Рентгенологический синдром тромбоэмболии легочной артерии:

- ограниченного затемнения;
- круглой тени;
- кольцевидной тени;
- повышенной воздушности;
- патологии корня легкого;
- диссеминации.

155. Наиболее характерное для внебольничной пневмонии осложнение:

- острая почечная недостаточность;
- острая сердечная недостаточность;
- ателектаз;
- экссудативный плеврит;
- пневмоторакс

156. Лечение какими препаратами противопоказано при астматическом статусе у больного бронхиальной астмой:

- глюкокортикостероидами;
- метилксантинами;
- холинолитиками;
- симпатомиметиками;
- блокаторами кальциевых каналов.

157. Назовите показания для назначения антибиотиков пациенту с ХОБЛ:

- усиление одышки, увеличение количества мокроты или появление гнойной мокроты;
- усиление кашля и повышение ЧД и ЧСС более 20%;
- усиление кашля и лихорадка;
- повышение ЧД и ЧСС более 20% и лихорадка;

- появление кашля и усиление одышки.

158. Выберите шаги увеличения объема контролирующей терапии бронхиальной астмы:

- β_2 -агонисты короткого действия (не чаще 3 раз в день) → добавить β_2 -агонисты длительного действия → добавить топические стероиды → добавить системные глюкокортикостероиды → добавить кислородотерапию;
- β_2 -агонисты длительного действия → добавить β_2 -агонисты короткого действия (не чаще 3 раз в день) → добавить топические стероиды → добавить системные глюкокортикостероиды → добавить кислородотерапию;
- β_2 -агонисты короткого действия (не чаще 3 раз в день) → добавить топические стероиды → добавить β_2 -агонисты длительного действия → добавить системные глюкокортикостероиды;
- β_2 -агонисты короткого действия (не чаще 3 раз в день) → добавить теofilлин замедленного высвобождения → добавить β_2 -агонисты длительного действия → добавить топические стероиды → добавить β_2 -агонисты длительного действия → добавить системные глюкокортикостероиды;
- β_2 -агонисты короткого действия (не чаще 3 раз в день) → добавить теofilлин замедленного высвобождения → добавить топические стероиды → добавить β_2 -агонисты длительного действия → добавить системные глюкокортикостероиды.

159. Препараты, какой группы наиболее эффективны у пациентов с рефлюкс-индуцированной бронхиальной астмой?

- β_2 -адреномиметики пролонгированного действия;
- топические стероиды;
- антациды;
- блокаторы протонной помпы;
- пролонгированные формы теofilлина;
- прокинетики.

160. Перечислите критерии выписки из стационара пациента с хронической обструктивной болезнью легких:

- потребность в ингаляционных β_2 -агонистов не более чем через 4-6 ч;
- стабильное состояние больного за последние 24 часа;
- стабильные показатели газов крови за последние 24 часа;
- способность передвигаться в пределах палаты, самостоятельно принимать пищу и спать без частых приступов одышки;
- осознание и возможность соблюдения всех рекомендаций врача, касающихся терапии;
- всё вышеперечисленное.

161. Больной с хронической обструктивной болезнью легких предъявляет жалобы на одышку, сопровождающуюся более медленной ходьбой по сравнению с людьми того же возраста и необходимостью останавливаться при ходьбе в обычном темпе по ровной местности. Оцените степень одышки у пациента с ХОБЛ в соответствии со шкалой диспноэ Флетчера:

- легкая;
- средняя;
- тяжелая;
- очень тяжелая.

162. По данным конгресса Европейского респираторного общества (ERS), смертность от ХОБЛ в Восточной Европе после сердечно-сосудистой и онкологической патологии занимает следующее место:

- 3-е;
- 4-е;
- 5-е;
- 6-е;
- 7-е.

163. Индекс курильщика (ИК) - это:

- Индекс курильщика высчитывается по формуле: $ИК = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{стаж курения (годы)}$;
- Индекс курильщика высчитывается по формуле: $ИК = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{стаж курения (годы)} / 20 = \text{пачка/лет (ИК)}$;
- Индекс курильщика высчитывается по формуле: $ИК = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{стаж курения (годы)} / 10$;
- Индекс курильщика высчитывается по формуле: $ИК = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{возраст начала курения} / 20$;
- Индекс курильщика высчитывается по формуле: $ИК = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{число месяцев в году}$.

164. Величина индекса курильщика, которая свидетельствует о повышенном риске заболеваемости ХОБЛ?

- более 5;
- более 10;
- более 15;
- более 20;

- более 25.

165. Какое утверждение относительно бронхиальной астмы (БА) является неправильным:

- БА классифицируется на атопическую и неатопическую;
- БА классифицируется на легкую и тяжелую;
- существуют особые варианты БА. К ним относятся рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма, ночная, аспириновая, профессиональная бронхиальная астма;
- БА классифицируется на контролируруемую, неконтролируемую, частично контролируемую;
- БА классифицируется на интермиттирующую и персистирующую: легкую, средней степени тяжести и тяжелую.

166. Обострение бронхиальной астмы следует диагностировать при:

- снижении ОФВ1 до менее 80%;
- потребности в применении симптоматической терапии более 2 раз в неделю;
- ограничении физической активности;
- ночных симптомах;
- дневных симптомах более 2 раз в неделю;
- наличии любого из выше перечисленных признаков свидетельствует об обострении БА;
- наличии трех любых симптомов на протяжении недели.

167. Атеросклеротическое поражение артерий начинается с накопления липопротеинов:

- в интима артерий;
- в меди артерий;
- в адвентиции артерий;
- в интима и меди артерий;
- в меди и в адвентиции артерий.

168. Для типичной стенокардии характерна загрудинная боль следующих качеств:

- иррадиирующая в левую руку, левую лопатку, возникающая при физической нагрузке или эмоциональном стрессе;
- возникающая в покое или приеме пищи;
- усиливающаяся при глубоком вдохе;
- проходящая после приема нитроглицерина.

169. К факторам риска атеросклероза НЕ относятся:

- мужской пол;
- женский пол;
- пожилой возраст;
- дислипидемия;;
- артериальная гипертензия;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- ожирение;
- сахарный диабет;

170. При стенокардии коронарные артерии чаще всего сужены не менее чем на:

- 50-75%;
- 10-20%;
- 30-40 %;
- 80-90 %;
- 50-60 %.

171. Критерии стенокардии Принцметала:

- преходящее снижение ST на ЭКГ;
- преходящий подъем ST на ЭКГ;
- постоянный (стабильный) порог возникновения стенокардии;
- расширение QRS.

172. Особенности ИБС у пожилых НЕ являются:

- поражение нескольких коронарных артерий;
- сниженная сократительная функция левого желудочка;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- безболевая ишемия миокарда и атипичная стенокардия встречается реже, чем у молодых;
- безболевая ишемия миокарда и атипичная стенокардия встречается чаще, чем у молодых.

173. Признаком дисфункции синусового узла является:

- выраженная синусовая брадикардия;
- мерцательная аритмия;
- предсердная экстрасистолия;
- атриовентрикулярная блокада I степени;
- все перечисленное.

174. Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности у больных ИБС составляет:

- менее 1,4 ммоль/л;
- менее 3 ммоль/л;
- менее 4 ммоль/л;
- менее 5,5 ммоль/л;
- менее 5 ммоль/л.

175. Какие препараты предпочтительнее назначить больному с вазоспастической стенокардией:

- нитраты;
- антагонисты ионов Са;
- бета-блокаторы;
- ингибиторы АПФ;
- симпатолитики.

176. Выберите препараты для лечения стенокардии напряжения с ЧСС <50 в мин :

- бисопролол;
- дигоксин ;
- амлодипин;
- верапамил;

177. Выберите основные липидснижающие препараты :

- аторвастатин;
- ателолол
- клопидогрел;.

178. Выберите препарат не относящийся к группе бета-адреноблокаторы:

- атенолол;
- доксазалин;
- небиволол;
- метопролол;
- карведилол.

179. Выберите препараты для лечения стабильной стенокардии напряжения и дисфункции ЛЖ (ХСН):

- верапамил
- изосорбид мононитрат;
- небиволол;
- метопролол

180. Классическими проявлениями постинфарктного синдрома Дресслера являются:

- пневмонит;
- язва желудка;
- атония мочевого пузыря

181. Диагноз «стенокардия напряжения впервые возникшая» ставится, если с момента возникновения первого приступа прошло не более:

- 2 дней;
- 5 дней;
- 2 недель;
- 1 месяца;
- 2 месяцев.

182. Механизм развития отека легких при инфаркте миокарда обусловлен:

- увеличением притока крови в малый круг кровообращения;
- уменьшением оттока крови из малого круга кровообращения;
- снижением онкотического давления плазмы крови;
- повышением онкотического давления плазмы крови;
- недостаточностью сурфактанта.

183. Симптомы, характерные для кардиогенного шока:

- артериальная гипотензия;
- пульсовое давление более 30 мм рт. ст.;
- брадикардия
- полиурия.

184. Стадия хронической сердечной недостаточности, при которой не наблюдаются гепатомегалия и отеки на нижних конечностях?

- I;
- IIА;
- IIБ;
- III.

185. При отеке легких больному следует придать положение:

- с поднятым головным концом
- строго горизонтальное;
- на боку;
- любое.

186. Выберите 4 препарата для лечения СН с низкой ФВ $\leq 40\%$:

- эплеренон
- дабигатран
- метопролол сукцинат
- валсартан- сакубитрил
- дапаглифлозин

187. Выберите побочные эффекты при назначении спиронолактона:

- кровотечение
- гинекомастия
- нарушение менструального цикла
- гирсутизм

188. Гибернирующий («спящий») миокард – это:

- обратимое нарушение локальной сократимости миокарда при длительном снижении коронарного кровотока в этом участке миокарда;
- необратимое нарушение локальной сократимости миокарда при длительном снижении коронарного кровотока в этом участке миокарда;
- обратимое нарушение локальной сократимости миокарда, сохраняющееся после восстановления коронарного кровотока в этом участке миокарда (после реперфузии);
- необратимое нарушение локальной сократимости миокарда, сохраняющееся после восстановления коронарного кровотока в этом участке миокарда (после реперфузии).

189. «Оглушенный» миокард – это:

- обратимое нарушение локальной сократимости миокарда при длительном снижении коронарного кровотока в этом участке миокарда;
- необратимое нарушение локальной сократимости миокарда при длительном снижении коронарного кровотока в этом участке миокарда;
- обратимое нарушение локальной сократимости миокарда, сохраняющееся после восстановления коронарного кровотока в этом участке миокарда (после реперфузии);
- необратимое нарушение локальной сократимости миокарда, сохраняющееся после восстановления коронарного кровотока в этом участке миокарда (после реперфузии).

190. Выберите критерии ГЛЖ ИММЛЖ(индекс массы миокарда левого желудочка) при ГБ у женщин:

- $\geq 125 \text{ г/м}^2$
- $\geq 95 \text{ г/м}^2$
- $\geq 70 \text{ г/м}^2$

191. Выберите критерий Соколова -Лайона как критерий ГЛЖ на ЭКГ :

- $S v_1 + Rv_5$ или $v_6 \geq 35 \text{ мм}$
- $R_{avL} \geq 11 \text{ мм}$
- $Sv_4 + Rv_5 \geq 38 \text{ мм}$
- QIII SI

192. Артериальная гипертензия считается "мягкой" при:

- систолическом АД 140-159 и/или диастолическом 90 - 99 мм рт. ст.;
- систолическом АД 160-179 и/или диастолическом 100 - 109 мм рт. ст.;

- систолическом АД более 180 и/или диастолическом более 110 мм рт. ст.;
- систолическом АД более 130 и/или диастолическом более 85 мм рт. ст.;
- систолическом АД более 120 и/или диастолическом более 80 мм рт. ст.

193. Наиболее информативный метод при выявлении гипертрофии левого желудочка:

- ЭКГ;
- велоэргометрия;
- ЭхоКГ;
- вентрикулография;
- рентгенография грудной клетки.

194. АД на правой и левой руке в норме отличается не более чем на:

- 5 мм рт. ст.;
- 10 мм рт. ст.;
- 15 мм рт. ст.;
- 20 мм рт. ст.;
- не отличается.

195. Определите стратегию терапии пациента с артериальной гипертензией 2 степени:

- монотерапия
- комбинированная терапия (например иАПФ+ диуретик)

196. Беременность 28 недель, повышение АД до 150/100 мм рт. ст. Выберите базовый препарат для лечения артериальной гипертензии.

- эналаприл
- лозартан
- метилдопа

197. Характерные признаки для больного гипертонической болезнью II стадии:

- перенесенный инфаркт миокарда;
- атеросклеротическая бляшка в области бифуркации сонной артерии
- перенесенный инсульт;
- геморрагии на глазном дне;

198. Дилатационная кардиомиопатия встречается:

- чаще у женщин;
- чаще у мужчин;
- у мужчин и женщин с одинаковой частотой.

199. В норме толщина межжелудочковой перегородки в диастолу не превышает:

- 5 мм;
- 11 мм;
- 14 мм;
- 20 мм;
- 25 мм.

200. В норме конечно-диастолический размер левого желудочка не превышает:

- 35 мм;
- 45 мм;
- 55 мм;
- 70 мм;
- 80 мм.

201. При обструктивной гипертрофической кардиомиопатии наблюдается шум:

- систолический;
- диастолический;
- систоло-диастолический;
- шум не характерен.

202. К «большим» критериям диагностики инфекционного эндокардита относятся:

- наличие вегетаций на клапанах по данным ЭХОКГ;
- употребление наркотиков в анамнезе;
- лихорадка;
- гломерулонефрит;
- узелки Ослера.

203. К основному режиму эмпирической терапии острого инфекционного эндокардита у наркоманов относится:

- оксациллин;
- левофлоксацин;
- гентамицин;
- ампициллин;
- моксифлоксацин.

204. Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается:

- в положении стоя;
- в положении лежа на правом боку;
- в положении с наклоном туловища вперед;
- в положении лежа на спине;
- при глубоком вдохе.

205. Для больных с тампонадой сердца характерно:

- наличие ортопноэ;
- наличие парадоксального пульса;
- наличие положительного венного пульса.

206. Наиболее частой причиной констриктивного перикардита является:

- ревматизм;
- туберкулез;
- системная красная волчанка;
- опухоли перикарда;
- ревматоидный артрит.

207. Детали анамнеза, требующие особого внимания при обследовании больного с подозрением на миокардит:

- наличие перенесенной в течение 6 мес ОРВИ или кишечной инфекции
- наличие очагов хронической инфекции
- аутоиммунные заболевания

- вакцинация , прием лекарственных препаратов
- все вышеизложенное

208. К появлению фибрилляции предсердий предрасполагают:

- внутрисердечная блокада;
- желудочковая экстрасистолия;
- атриовентрикулярная блокада I степени.

209. Болюсное введение АТФ применяется для купирования:

- предсердных экстрасистол;
- желудочковых экстрасистол;
- атриовентрикулярной пароксизмальной тахикардии;
- желудочковой пароксизмальной тахикардии.

210. К антиаритмическим препаратам, замедляющим реполяризацию, относятся:

- хинидин;
- ритмилен;
- аллапинин;
- амиодарон;
- атенолол;
- верапамил.

211. Среди клинических вариантов начала инфаркта миокарда не выделяют:

- болевой;
- астматический;
- абдоминальный;
- аритмический;
- цереброваскулярный;

212. Для инфаркта миокарда боковой стенки левого желудочка характерны изменения в отведениях:

- V1, V2, V3;
- I, AVL, V5, V6;

- II, III, AVF;
- V3, V4;
- I, AVL, V1 – V4;
- III, AVF, V4, V5, V6.

213. Диагноз кардиогенного шока правомочен при наличии следующих признаков:

- стойкое снижение систолического АД до 80 мм рт. ст.;
- уменьшение пульсового АД до 20 мм рт. ст. и менее;
- олигурия (не более 20 мл мочи в час);
- «Периферических» симптомах шока;
- спутанность сознания больного.

214. Препаратом, не влияющим на желудочковые экстрасистолы, является:

- амиодарон;
- аллапинин;
- верапамил;
- лидокаин;
- новокаиномид.

215. Терапия, обязательно назначаемая пациенту с механическим протезом клапана :

- варфарин
- новые пероральные антикоагулянты (ривароксабан, апиксабан, дабигатран)
- ацетилсалициловая кислота
- липидснижающая терапия
- иАПФ

216. Пациент с фибрилляцией предсердий и по шкале CHA2DS2Vasc имеет 3 балла . Выберите препарат, который будет защищать пациента от эмболических осложнений, прежде всего кардиоэмболического инсульта :

- ацетилсалициловая кислота;
- ацетилсалициловая кислота + клопидогрел;
- варфарин;

217. Заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию вторичных артериальных гипертензий, являются:

- коарктация аорты;
- диффузный гломерулонефрит и хронический пиелонефрит;
- гипоплазия почечных артерий;
- феохромоцитома;
- первичный гиперальдостеронизм.

218. Самой частой причиной вазоренальной артериальной гипертензии является:

- неспецифический аортоартериит;
- фибромышечная дисплазия;
- аневризмы почечных артерий;
- атеросклероз почечных артерий;
- тромбозы и эмболии почечных артерий.

219. Злокачественное течение вазоренальной артериальной гипертензии бывает:

- чаще, чем при гипертонической болезни;
- реже, чем при гипертонической болезни;
- также часто, как и при гипертонической болезни.

220. Оптимальным методом лечения вазоренальных гипертензий является:

- терапия гипотензивными средствами;
- нефрэктомия;
- реконструктивные операции на почечных артериях.

221. Основным этиологическим фактором развития гипертрофической кардиомиопатии считается:

- бактериальная инфекция;
- чрезмерные физические нагрузки;
- наследственность;
- ионизирующая радиация;
- интоксикация солями тяжелых металлов.

222. У мужчины 37 лет с одышкой при минимальной физической нагрузке и отеками ног на ЭхоКГ выявлено расширение всех камер сердца, толщина межжелудочковой перегородки и стенок левого желудочка не изменены. Конечнo-дмaстoлический oбъeм лeвoгo жeлудoчкa - 150 мл/м², фpaкция выбрoсa лeвoгo жeлудoчкa - 38%. Ваш пpeдвapитeльный диагнoз:

- гипертрофическая кардиомиопатия;
- дилатационная кардиомиопатия;
- аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия;
- рестриктивная кардиомиопатия;
- постинфарктный кардиосклероз.

223. Препараты выбора у больного гипертрофической кардиомиопатией с выраженной гипертрофией:

- β-адреноблокаторы;
- нитраты;
- дезагрегант;
- сердечные гликозиды;
- антагонисты кальция.

224. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- одышка;
- стенокардия напряжения;
- обмороки;
- все перечисленное;

225. Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- поражения миокарда возбудителем инфекции;
- воздействия токсинов;
- возникновения иммунопатологических реакций;
- всего перечисленного.

226. Неинфекционные миокардиты возникают вследствие:

- аллергических реакций;
- токсических воздействий;
- химических воздействий;

- воздействий физических факторов;
- всего перечисленного.

227. На фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора наиболее вероятными типичными признаками миокардита являются:

- лейкоцитоз;
- ускорение СОЭ;
- изменения ЭКГ;
- все перечисленно;
- правильного ответа нет.

228. Для выявления воспалительных изменений миокарда подтверждение может быть получено с помощью:

- сцинтиграфии миокарда с таллием-201;
- биопсии миокарда;
- сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция;
- радионуклидной вентрикулографии;
- всего перечисленного.

229. В норме полость перикарда содержит:

- около 5 мл жидкости;
- до 50 мл жидкости;
- 100-200 мл жидкости;
- 300-500 мл жидкости.

230. В кровоснабжении перикарда принимают участие:

- внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму;
- артерии, кровоснабжающие щитовидную железу;
- бронхиальные артерии;
- пищеводные и медиастральные артерии;
- все перечисленные.

231. Для экссудативного перикардита не характерны:

- вынужденное положение тела "поза глубокого наклона";
- застойные явления в большом круге кровообращения;
- брадикардия;
- бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких;
- парадоксальный пульс.

232. К подострому инфекционному эндокардиту относится, согласно классификации ВОЗ, эндокардит продолжительностью более:

- 1 месяца;
- 2 месяцев;
- 3 месяцев;
- 6 месяцев.

233. Под нарушением ритма сердца или аритмией в настоящее время понимают:

- любой сердечный ритм, который не является регулярным синусовым ритмом нормальной частоты;
- любой сердечный ритм, источником которого является не синусовый узел;
- сердечный ритм, проявляющийся угнетением функции синусового узла и повышением активности водителей ритма II и III-го порядка;
- сердечный ритм, проявляющийся нарушением функции автоматизма и проводимости синусового узла

234. Критерии контроля частоты сердечных сокращений при фибрилляции предсердий:

- ЧСС в покое 60 – 80 в минуту, ЧСС при умеренной физической нагрузке 90 – 115 в минуту;
- ЧСС в покое 70 – 90 в минуту, ЧСС при умеренной физической нагрузке 100 – 120 в минуту;
- ЧСС в покое 70 –90 в минуту, ЧСС при умеренной физической нагрузке 110 – 130 в минуту.

235. Средние суточные дозы кордарона при длительном приеме (после периода насыщения) составляют:

- 200-400мг;
- 600-800мг;
- 1000-1200мг;
- более 1200мг.

236. Для урежения частоты сердечных сокращений при мерцательной аритмии назначают все нижеперечисленные препараты, кроме:

- верапамил ;
- дигоксина;
- хинидина;
- кордарона;
- анаприлина.

237. Наиболее эффективен в купировании приступов наджелудочковой тахикардии:

- строфантин;
- верапамил;
- обзидан.;
- лидокаин;
- мезатон.

238. Признаком атриовентрикулярной блокады 2-й степени является:

- выпадение комплексов QRS;
- удлинение интервала PR;
- уширение комплексов QRS;
- все перечисленное.

239. Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I ("Мобитц-I") характерно:

- постоянство интервала PR;
- прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS;
- частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса;
- все перечисленное.

240. Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите:

- отеки;
- нефротический синдром без выраженной гематурии и артериальной гипертензии;
- артериальная гипертензия;
- макрогематурия;
- артериальная гипертензия и отеки.

241. Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов повышает экскрецию мочевой кислоты:

- лозартан;
- валсартан;
- каптоприл;
- моноприл;
- ничего из перечисленного .

242. Какой метод оценки функции почек должен использоваться согласно Российским рекомендациям по скринингу, диагностике и лечению хронической болезни почек при обследовании амбулаторных больных? :

- расчет СКФ по формуле MDRD;
- определение клиренса креатинина в пробе Реберга;
- определение цистатина С;
- расчет СКФ по формуле CKD - EPI;
- сравнение уровня креатинина сыворотки с референсными значениями.

243. Осложнения, НЕ характерные для нефротической формы хронического гломерулонефрита?

- некроз почечных сосочков;
- гиповолемический шок;
- острый тромбоз почечных вен;
- острая сердечная недостаточность
- нефротический криз.

244. Укажите основной признак максимальной активности воспаления почек при хроническом гломерулонефрите:

- массивная протеинурия > 3,5 г/сутки;
- длительно персистирующий острый нефротический синдром;
- массивная эритроцитурия с умеренной протеинурией;
- стойкая высокая артериальная гипертензия.

245. Средство выбора для лечения гипертонии при остром гломерулонефрите является :

- диуретики;

- иАПФ;
- допегит;
- бета-блокаторы;
- препараты центрального действия .

246. Укажите наиболее частый из клинических вариантов хронического гломерулонефрита:

- гематурический;
- латентный;
- нефротический;
- гипертонический;
- смешанный.

247. Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет:

- 1-2 недели;
- 1-2 месяца;
- 3-4месяца;
- более полугода;
- 5-6 месяцев.

248. Нецелесообразно при гипervолемической гипергидратации у пациентов с острой почечной патологией:

- введение лазикса;
- лечение диализом;
- введение сернокислой магнезии;
- продолжение инфузионной терапии;
- лечение гемофильтрацией

249. Назовите наиболее частую причину повреждения клубочков при хроническом гломерулонефрите:

- выработка антител к базальной мембране клубочков;
- появление в клубочках иммунных комплексов;
- появление антител к тубулярной базальной мембране;
- генетическая предрасположенность;

- токсическое повреждением почечной паренхимы.

250. Назовите наиболее вероятный диагноз у больного 60 лет с хроническим абсцессом легкого и результатом исследования мочи: белок 0,99 г/л, лейкоциты 4-6 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр, гиалиновые цилиндры 3-4 местами, является:

- хронический пиелонефрит;
- хронический гломерулонефрит;
- + амилоидоз почек;
- геморрагическая лихорадка с почечным синдромом;
- рак почки

251. Какие изменения электролитного состава могут указать на явления гипергидратации при острой почечной недостаточности:

- повышение ионов натрия в плазме крови;
- снижение ионов натрия в плазме крови;
- повышение ионов калия в плазме крови;
- снижение ионов калия в плазме крови;
- снижение ионов кальция в плазме крови.

252. Укажите уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ:

- 10 ммоль/л;
- 15 ммоль/л;
- 18 ммоль/л;
- 21 ммоль/л;
- 35 ммоль/л.

253. Для определения степени хронической почечной недостаточности имеют значение все показатели, кроме:

- уровня креатинина крови;
- показателей кислотно-щелочного равновесия;
- величина клубочковой фильтрации;
- выраженность отечного синдрома;
- выраженность анемии.

254. О почечной недостаточности может свидетельствовать наличие в моче:

- белка более 3 г/л;
- белка менее 1 г/л;
- большое количество уратов;
- лейкоцитурия;
- относительная плотность 1003.

255. Наиболее достоверный признак хронической почечной недостаточности:

- артериальная гипертензия;
- гиперкалиемия;
- повышение уровня креатинина крови;
- олигурия;
- анемия.

256. Назовите фактор, который не является причиной хронической почечной недостаточности:

- хронический гломерулонефрит;
- хронический пиелонефрит;
- острый внутрисосудистый гемолиз;
- амилоидоз;
- подагра.

258. Укажите показание к срочному гемодиализу при хронической почечной недостаточности является:

- метаболический ацидоз;
- артериальная гипертензия;
- высокая гиперкалиемия;
- анасарка;
- протеинурия.

259. Цитостатики для лечения нефротического синдрома показаны при:

- мембранозном нефрите;
- нагноительных заболеваниях;
- обострении латентной инфекции;

- гипертензивном синдроме;
- нефротическом синдроме.

260. К побочным действиям петлевых диуретиков относятся все, кроме:

- гипокалиемия;
- гиперкалиемия;
- гиперурикемия;
- гипергликемия;
- импотенция.

261. Для лечения нефрогенной артериальной гипертензии используют:

- ингибиторы АПФ;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- В-блокаторы;
- диуретики;
- антагонисты кальция.

262. Факторами риска при назначении ингибиторов АПФ являются:

- пожилой и старческий возраст больного,
- гиперкалиемия,
- гипокалиемия,
- стеноз почечных артерий,
- наличие почечной недостаточности.

263. Механизм гипотензивного действия антагонистов кальция связан:

- с увеличением частоты сердечных сокращений;
- с урежением частоты сердечных сокращений;
- с расширением артериол и снижением общего периферического сопротивления;
- с сужением артериол и повышением общего периферического сопротивления;
- с сужением артериол и снижением общего периферического сопротивления.

262. Противопоказанием к биопсии почки служит все, кроме:

- единственная функционирующая почка,
- нарушения свертывающей системы крови,
- тромбоз почечных вен,
- злокачественная опухоль почки,
- нефротический синдром.

263. Выберите формы острой почечной недостаточности с необратимым течением:

- острый канальцевый некроз;
- гемолитико-уремический синдром;
- внутриканальцевая блокада миеломными цилиндрами;
- билатеральный кортикальный некроз;
- внутриканальцевая мочекислая блокада.

264. Маркерами поражения почек, позволяющими диагностировать хроническую болезнь почек, являются:

- стойкие изменения в анализах мочи;
- изменения в почках при визуализирующих исследованиях;
- изменения биохимических показателей крови;
- стойкое снижение уровня клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1.73 м².;
- все ответы верны

265. Укажите причины преранальной острой почечной недостаточности:

- увеличение сердечного выброса;
- гипонатриемия;
- сосудистый коллапс;
- гиперволемиа;
- дегидратация.

266. Целевой уровень Нв (г/л) у больных на гемодиализе:

- 100-110;
- 90-100;
- 110-120;
- 120-130;

- 130-140

267. Гломерулонефрит может быть осложнением всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:

- системная красная волчанка;
- геморрагический васкулит;
- инфекционный эндокардит;
- язвенная болезнь;
- стрептококковая ангина.

268. При наличии у пациента стойкой лейкоцитурии, болевого синдрома, щелочная реакции мочи, при выявленных на УЗИ признаках деформации почечных лоханок можно заподозрить:

- рак почки;
- хронический пиелонефрит;
- врождённые аномалии;
- туберкулёз почек;
- подагрическую нефропатию.

269. Макрогематурия характерна для всех заболеваний почек, кроме:

- острый гломерулонефрит,
- инфаркт почки,
- амилоидоз почек;
- гипернефроидный рак;
- почечно-каменная болезнь.

270. Основное показание для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- нефротический синдром;
- артериальная гипертензия;
- гематурия;
- почечная недостаточность;
- бактериурия.

271. В лечении пиелонефрита используют все препараты, кроме:

- фторхинолонов;

- кортикостероидов,
- спазмолитиков;
- фитотерапии;
- цефалоспоринов.

272. У 53-летней пациентки после гриппа появилась стойкая макрогематурия, одышка, кровохарканье. На рентгенограммах грудной клетки - признаки двустороннего симметричного диссеминированного поражения. В течение 2 недель состояние пациента ухудшилось, уровень креатинина крови повысился до 3,7 мг%. Наиболее вероятный диагноз:

- Постинфекционный гломерулонефрит;
- Гранулематоз Вегенера;
- Синдром Гудпасчера;
- Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;
- Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке

273. Антибиотики бензилпенициллин, ампициллин, карбенициллин:

- обладают умеренным кумулятивным эффектом, но отсутствием нефротоксического эффекта;
- не имеют кумулятивного и нефротоксического эффекта;
- обладают выраженным кумулятивным и нефротоксическим эффектом.

274. К наиболее эффективным способам коррекции гипергидратации у больных с острой почечной недостаточностью в стадии анурии относят:

- диарею;
- стимуляцию потоотделения;
- промывание желудка;
- перитонеальный диализ;
- ультрафильтрацию.

275. Причинами нефротоксической формы острой почечной недостаточности являются все перечисленное, кроме:

- отравления соединениями тяжелых металлов;
- органических растворителей (этиленгликоль, четыреххлористый углерод),
- сульфаниламидов;
- анафилактического шока.

276. К побочным эффектам кортикостероидов не относится:

- нефротоксичность;
- повышенная склонность к инфекциям;
- артериальная гипертония;
- сахарный диабет;
- эрозивный гастрит

277. Наиболее частые сроки развития острого гломерулонефрита после перенесенной инфекции:

- месяц;
- 3-4 дня;
- неделя;
- 10-12 дней;
- 2 месяца.

278. Какой из возбудителей с большей вероятностью может спровоцировать развитие острого гломерулонефрита?

- стафилококк;
- клебсиелла;
- пневмококк;
- синегнойная палочка;
- β гемолитический стрептококк группы А.

279. Среди гемодинамических факторов прогрессирования гломерулонефрита выделяют:

- внутриклубочковую гипертензию
- нарушения проницаемости сосудистой стенки;
- иммунокомплексное повреждение;
- гипотензию.

280. Причиной остронефритического синдрома могут быть:

- острый гломерулонефрит;
- хронический гломерулонефрит;
- системные заболевания (СКВ, системные васкулиты, синдром Гудпасчера)

- все перечисленные варианты

281. Выберите наиболее редко встречающиеся этиологические факторы острого интерстициального нефрита:

- лекарственные;
- вирусные;
- паразитарные;
- травматические;
- иммунные;

282. Укажите наиболее характерные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при остром гломерулонефрите:

- низкое диастолическое давление;
- низкое пульсовое давление;
- расширение полостей сердца;
- шум Грехема-Стилла.

283. Перечислите ведущие патогенетические факторы гемодинамических нарушений при остром гломерулонефрите:

- гиперволемиа;
- спазм сосудов;
- гиперренинемиа;
- повышение концентрации простагландинов

284. Нехарактерный для острого почечного повреждения симптом:

- острое начало;
- олигурия;
- гиперкалиемиа;
- коллапс;
- уменьшенные размеры почек.

285. Укажите признаки facies nefritica:

- отеки лица;

- геморрагическая сыпь на лице;
- акроцианоз;
- набухание шейных вен.

286. Перечислите критерии «нефротического синдрома»:

- протеннурия более 3,5 г/сутки;
- гиперкалиемия
- гипергаммаглобулинемия;
- гипер-а₂-глобулинемия.

287. Укажите основные этиологические факторы нефротического синдрома:

- острый гломерулонефрит;
- туберкулез легких;
- амилоидоз;
- рак почки.

288. Корректируемые факторы риска прогрессирования ХПН – это::

- неконтролируемая гипертензия;
- ожирение;
- анемия;
- курение;
- все верно.

289. Укажите наиболее ранний признак при амилоидозе:

- гематурия;
- протеинурия;
- лейкоцитурия;
- цилиндрурия;
- изостенурия.

290. Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита:

- гломерулярная;

- тубулярная;
- протеинурия переполнения;
- протеинурия напряжения;
- протеинурия переполнения и тубулярная.

291. При каком варианте хронического гломерулонефрита почечная недостаточность разовьётся позднее всех?

- латентный;
- гематурический;
- гипертонический;
- нефротический;
- смешанный.

292. Проба, позволяющая выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите:

- проба по Нечипоренко;
- проба Зимницкого;
- проба Реберга-Тареева;
- проба Аддиса-Каковского;
- проба Амбюрге.

293. Укажите наиболее информативный симптомом для диагностики приступа почечной колики является:

- гематурия;
- соли в осадке мочи;
- протеинурия;
- лейкоцитурия;
- связь выраженного болевого синдрома с гематурией.

294. С помощью какого исследования можно подтвердить диагноз острого левостороннего пиелонефрита и камня левого мочеточника?

- катетеризация мочевого пузыря;
- обзорная рентгенография;
- радиоизотопная нефросцинтиграфия;

- хромоцистоскопия;
- УЗИ почек.

295. О поражении какого отдела нефрона свидетельствует значительная протеинурия?

- проксимальный каналец;
- клубочек;
- петля Генле;
- дистальный каналец;
- собирательная трубка.

296. Укажите признаки, которые НЕ несут информацию о функциональных способностях почки:

- содержание белка в моче;
- изостенурия;
- скорость клубочковой фильтрации;
- уровень мочевины в крови;
- уровень креатинина в крови.

297. Какое изменение биохимических показателей крови характерно для хронической почечной недостаточности?

- гиперальбуминемия;
- дислипидемия;
- гиперкреатининемия;
- уробилинурия;
- гипербилирубинемия.

298. Укажите уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности:

- 50 мл/мин;
- 60 мл/мин;
- 30 мл/мин;
- 20 мл/мин;
- 5 мл/мин.

299. Повышение уровня какого пигмента обуславливает темную и желтоватую окраску кожи при хронической почечной недостаточности?

- прямого билирубина;
- непрямого билирубина;
- урохромов;
- стеркобилина.

300. Для предотвращения распада тканевого белка и истощения организма калорийность суточного рациона больного с хронической почечной недостаточностью должна составлять:

- 1300-1600 ккал;
- 900-1000 ккал;
- 1200-2000 ккал;
- 2500-3000 ккал;
- 700-1200 ккал.

301. Укажите осложнения, которые не относятся к осложнениям при гемодиализе:

- перикардит;
- невриты;
- артериальная гипертензия;
- остеодистрофии;
- инфекции.

302. Укажите группу антибиотиков, чаще всего вызывающую острую почечную недостаточность:

- пенициллины;
- цефалоспорины;
- аминогликозиды;
- макролиды;
- тетрациклин.

303. Укажите причину, которая не является причиной анемии при хронической почечной недостаточности:

- гемолиз;
- дефицит фолиевой кислоты;

- дефицит железа;
- недостаток эритропоэтина;
- аплазия костного мозга.

304. Маркерами поражения почек, позволяющими диагностировать хроническую болезнь почек являются:

- стойкие изменения в анализах мочи;
- изменения в почках при визуализирующих исследованиях;
- изменения биохимических показателей крови;
- стойкое снижение уровня клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1.73 м².;
- все ответы верны

305. К функциям почек относятся:

- секреция гормонов,
- регуляция баланса воды и неорганических ионов,
- глюконеогенез,
- экскреция конечных продуктов обмена,
- все перечисленное верно

306. Проба Нечипоренко заключается в:

- определении количества форменных элементов (эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров), выделившихся с мочой за сутки;
- определение количества форменных элементов (эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров), выделившихся с мочой за 1 мин;
- количественном определении форменных элементов (лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров) в 1 мл мочи;
- оценке способности почек к максимальному концентрированию мочи в условиях дегидратации организма;
- определении клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции по клиренсу эндогенного креатинина

307. Нарушения функции почечного клубочка проявляются:

- протеинурией
- полиурией

- электролитными нарушениями
- снижением удельного веса.

308. Вариант хронического гломерулонефрита, наиболее редко приводящий к хронической болезни почек:

- латентный;
- гематурический;
- гипертонический;
- нефротический;
- смешанный.

309. Для классического течения острого гломерулонефрита характерна клиническая триада:

- отеки, гипертензия, гематурия;
- отеки, одышка, гипертензия;
- гипотензия, гиперкалиемия, гиперхолестеринемия;
- гематурия, протеинурия, отеки;
- отеки, анурия, гипотензия.

310. Гематурия не развивается при:

- цистите;
- гипернефроме;
- опущении почки;
- туберкулезе почки;
- гломерулонефрите.

311. Щеточная каемка в нефроне имеется:

- в проксимальном канальце;
- в петле Генле,
- дистальном канальце;
- связующем отделе;
- собирательной трубочке.

312. Процесс ультрафильтрации является:

- пассивным;
- активным,
- пассивным и активным в зависимости от воздействия различных гуморальных факторов.

313. Полиурия может иметь место при всех состояниях, кроме:

- острого гломерулонефрита;
- острой почечной недостаточности;
- острого интерстициального нефрита;
- хронического пиелонефрита;
- поликистоза почек.

314. В норме почки расположены:

- на уровне XI-XII грудных позвонков;
- на уровне I-II поясничных позвонков;
- на уровне III-IV поясничных позвонков;
- у женщин выше, чем у мужчин;
- у мужчин выше, чем у женщин.

315. Заболевания почек, относящиеся к группе иммунных нефропатий:

- амилоидоз почек;
- поликистозная дегенерация почек;
- мочекаменная болезнь,
- пиелонефриты,
- гломерулонефриты.

316. Для пиелонефрита характерно все, кроме:

- развитие нефротического синдрома,
- осложнение хронической почечной недостаточностью,
- при урографии ассиметричное поражение чашечно-лоханочной системы,
- в лечении хронического пиелонефрита имеет значение устранение нарушений пассажа мочи,
- преимущественно снижается канальцевая реабсорбция.

317. Для хронического пиелонефрита характерны все признаки, кроме:

- дизурии,
- белка мочи более 3 г/л,
- артериальной гипертензии,
- анемии,
- бактериурии.

318. При почечной ишемии:

- объем мочи повышается;
- натрий мочи повышается,
- креатинин мочи повышается;
- почечный “мозговой” слой поражается больше, чем корковый;
- добутамин улучшает выработку мочи опосредованно через гемодинамику.

319. Суммарный кровоток в почках составляет:

- 10% минутного объема сердца;
- 20% минутного объема сердца;
- 30% минутного объема сердца;
- 40% минутного объема сердца.

320. Хроническая болезнь почек пятой стадии – это любое хроническое заболевание почек, сопровождающееся скоростью клубочковой фильтрации

- 48 мл/мин;
- 35 мл/мин;
- 22 мл/мин;
- 18 мл/мин;
- 14 мл/мин.

321. Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:

- до 100 мм рт. ст.;
- до 80-90 мм рт. ст.;
- до 60-70 мм рт. ст.;

- до 40-50 мм рт. ст.;
- до 30-20 мм рт. ст.

322. Препараты калийсберегающего действия действуют на уровне:

- проксимальной части канальцев и почечной петли;
- дистальной части канальцев;
- петли Генле;
- корковой части восходящего колена почечной петли;
- собирательной трубочки.

323. После перенесённого острого гломерулонефрита диспансерный осмотр проводят:

- 1 раз в месяц;
- 1 раз в 3 месяца;
- 1 раз в год;
- 2 раза в год;
- 3 раза в год.

324. Скрининговый способ определения скорости клубочковой фильтрации основывается на определении концентрации:

- креатинина в плазме,
- мочевины,
- остаточного азота в крови,
- мочевой кислоты,
- калия мочи.

325. При хронической почечной недостаточности наблюдается:

- повышение гематокрита;
- снижение калия сыворотки;
- повышение аммиака в крови;
- метаболический ацидоз;
- понижение уровня фосфата в плазме.

326. От гемотрансфузий у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности следует воздержаться, если содержание гемоглобина:

- не ниже 80 г/л;
- не ниже 90 г/л;
- не ниже 100 г/л;
- не ниже 110 г/л.

327. Транспорт кислорода к тканям у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности обеспечивается при анемии за счет:

- снижения сродства кислорода к гемоглобину;
- высокого общего периферического сопротивления;

328. Антибиотики левомецетин, оксациллин, эритромицин

- в значительной степени выделяются почками;
- в незначительной степени выделяются почками;
- не выделяются почками.

329. Среди осложнений, возникающих при нефрэктомии по поводу больших опухолей почек, наиболее вероятно развитие:

- нарушения венозного возврата из-за сдавления нижней полой вены;
- массивной кровопотери;
- пневмоторакса из-за повреждения диафрагмы при выделении опухоли;
- надпочечниковой недостаточности из-за повреждения или удаления надпочечника;
- гипертонического криза.

330. Степень протеинурии оценивается как микроальбуминурия, если уровень белка в моче составляет:

- менее 30 мкг/сут.;
- менее 1 г/сут.;
- 1-3 г/сут.;
- более 3 г/сут.

331. Степень протеинурии оценивается как минимальная, если уровень белка в моче составляет:

- менее 30 мкг/сут.;

- менее 1 г/сут.;
- 1-3 г/сут.;
- более 3 г/сут.

332. Степень протеинурии оценивается как умеренная, если уровень белка в моче составляет:

- менее 30 мкг/сут.;
- менее 1 г/сут.;
- 1-3 г/сут.;
- более 3 г/сут.

333. Степень протеинурии оценивается как массивная (нефротическая), если уровень белка в моче составляет:

- менее 30 мкг/сут.;
- менее 1 г/сут.;
- 1-3 г/сут.;
- более 3 г/сут.

334. К развитию хронической почечной недостаточности НЕ могут привести следующие заболевания:

- хронический гломерулонефрит;
- амилоидоз;
- бронхиальная астма;
- системная красная волчанка;
- сахарный диабет.

335. Показанием для трансплантации почки является:

- терминальная стадия хронической почечной недостаточности;
- хронический пиелонефрит;
- мочекаменная болезнь;
- гидронефроз.

336. Гидронефроз это:

- выделение эритроцитов с мочой;

- стойкое, прогрессивно нарастающее расширение лоханки и чашечек почки;
- врождённое заболевание, характеризующееся образованием и ростом кист в обеих почках;
- прогрессирующее заболевание, связанное с поражением клубочков почек чаще иммунного генеза, приводящее к развитию почечной недостаточности.

337. Для неселективной протеинурии характерно появление в моче белка:

- с молекулярной массой менее 65000 Да (альбмина);
- с определённой молекулярной массой (белок Бенс-Джонса);
- со средней и высокой молекулярной массой;
- любой молекулярной массы.

338. Гематурия в начале мочеиспускания (инициальная) встречается при:

- поражении начальной части мочеиспускательного канала;
- поражении простаты, пришеечной части мочевого пузыря, внутреннего отверстия мочеиспускательного канала;
- поражении мочевого пузыря, мочеточников, почечных лоханок, паренхимы почек;
- только поражении паренхимы почек.

339. Гематурия в конце мочеиспускания (терминальная) встречается при:

- поражении начальной части мочеиспускательного канала;
- поражении простаты, пришеечной части мочевого пузыря, внутреннего отверстия мочеиспускательного канала;
- поражении мочевого пузыря, мочеточников, почечных лоханок, паренхимы почек;
- поражении только паренхимы почек.

340. Гематурия во всех порциях мочи (тотальная) встречается при:

- поражении начальной части мочеиспускательного канала;
- поражении простаты, пришеечной части мочевого пузыря, внутреннего отверстия мочеиспускательного канала;
- поражении мочевого пузыря, мочеточников, почечных лоханок, паренхимы почек;
- только поражении паренхимы почек.

341. Гематурия без боли при мочеиспускании встречается, как правило, при:

- геморрагическом цистите;

- камнях мочевого пузыря;
- мочекислых кризах;
- опухолях почки и мочевого пузыря.

350. Для подтверждения диагноза миеломы с поражением почек наиболее целесообразно проведение:

- компьютерной томографии почек;
- ангиографии почек;
- биопсии почек;
- УЗИ почек;
- иммуноэлектрофореза белков сыворотки.

351. Для хронического пиелонефрита верно:

- наиболее часто наблюдаются учащенные мочеиспускания и дизурия,
- имеется массивная протеинурия,
- всегда является причиной смерти вследствие почечной недостаточности,
- всегда является противопоказанием к трансплантации почки.

352. При хронической почечной недостаточности уремический псевдодиабет развивается за счет:

- дефицита инсулина;
- снижения утилизации глюкозы на фоне высокого содержания инсулина,
- снижения чувствительности клеток к экзогенному и эндогенному инсулину,
- повышения выведения инсулина.

353. Для подтверждения диагноза амилоидоза почек наиболее информативным методом исследования является:

- УЗИ;
- обзорная рентгенография;
- экскреторная урография;
- радиоизотопная сцинтиграфия;
- биопсия.

354. Осложнениями поликистоза почек являются:

- кровотечение в кисты или ретроперитонеальное пространство;
- инфицирование кист;
- образование камней в почках;
- полицитемия;
- все перечисленное верно

355. Согласно клиническим рекомендациям «Гастрит и дуоденит – 2021-2022-2023 (20.12.2021)», для диагностики предраковых состояний и/или изменений слизистой оболочки желудка рекомендуется выполнение:

- эзофагогастродуоденоскопии для всех пациентов;
- эзофагогастродуоденоскопии высокого разрешения и виртуальной хромоэндоскопии с увеличением или без него при возможности для всех пациентов;
- фиброгастродуоденоскопии и хромоэндоскопии;
- эзофагогастродуоденоскопии высокого разрешения и виртуальной хромоэндоскопии с увеличением только для пациентов старше 60 лет;
- эзофагогастродуоденоскопии и виртуальной хромоэндоскопии с увеличением только для пациентов младше 30 лет;
- традиционной эндоскопии в белом свете для всех пациентов.

356. 52-летний учитель средней школы, страдающий язвенной болезнью, в течение нескольких лет лечился ранитидином и метоклопрамидом. При осмотре врач обнаружил у него произвольные нерегулярные жевательные движения и повторяющиеся подергивания языка. Какова причина данной симптоматики?:

- дистония;
- болезнь Вильсона;
- болезнь Хантингтона;
- мозжечковая дегенерация;
- поздняя дискинезия, обусловленная блокадой допаминовых рецепторов.

357. Утверждения, являющиеся правильными:

- *H. pylori* повсеместно распространен. Инфицированность взрослого населения земного шара достигает 50%;
- частота инфицирования *H. pylori* неуклонно возрастает с возрастом;
- основной фактор риска инфицирования *H. Pylori* - низкий социально-экономический статус;
- инфицирование *H. pylori* сопровождается развитием хронического гастрита;

- все выше перечисленное.

358. Утверждения, являющиеся правильными:

- скрининг рака желудка необходимо выполнять всем лицам старше 40 лет;
- в качестве скринингового метода исследования применяется эзофагогастродуоденоскопия;
- в качестве скринингового метода исследования применяются серологические тесты к пепсиногенам I и II и/или их соотношениям;
- для скрининга применяются серологические тесты к гастрину-17;
- для скрининга применяются серологические тесты для определения *H. Pylori* в сочетании с серологическими тестами для определения гастрина 17 и пепсиногенов;
- в качестве скринингового метода исследования применяются рентгенофлюорография с контрастированием бариевой массой;
- все выше перечисленное является правильным.

359. Абсолютными показаниями для проведения эрадикационной терапии *H. pylori* являются:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения или ремиссии, в том числе осложненная;
- MALT-ома;
- атрофический гастрит;
- состояние после резекции желудка по поводу рака;
- ближайшие родственники больных раком желудка;
- желание пациента (после консультации врача);
- Все выше перечисленное.

360. Относительными показаниями для проведения эрадикационной терапии *H. pylori* являются:

- функциональная (неязвенная) диспепсии;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов длительно принимающих антисекреторные препараты;
- высокий риск возникновения НПВП-гастропатии у лиц инфицированных *H. Pylori*;
- аутоиммунная тромбоцитопения;
- идиопатическая железodefицитная анемия;
- все выше перечисленное.

361. Всем пациентам с атрофическим гастритом с положительными результатами тестирования на инфекцию *H.pylori* для предотвращения прогрессирования атрофии рекомендуется проведение первой линии эрадикационной терапии, в которую входят следующие препараты:

- ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе (омепразол 20 мг 2 раза в сутки) + левофлоксацин 500мг × 2раза в сутки + амоксициллин 1000мг × 2 раза в сутки;
- ИПП в стандартной дозе × 2 раза в сутки + кларитромицин 500мг × 2раза в сутки + метронидазол 500 мг × 2 раза в сутки;
- ИПП в стандартной дозе × 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки + тетрациклин 500 мг × 4 раза в сутки;
- ИПП в стандартной дозе (омепразол 20 мг, пантопразол 40- 20 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг) 2 раза в сутки + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки;
- ИПП в стандартной дозе × 2 раза в сутки + висмута субсалицилат/субцитрат 120мг × 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг × 3 раза в сутки + тетрациклин 500мг × 4 раза в сутки.

362. Выберите последовательность прогрессии морфологических изменений слизистой оболочки желудка при хеликобактерной инфекции

- хронический атрофический гастрит → полная кишечная метаплазия → хронический неатрофический гастрит → дисплазия эпителия → неполная кишечная метаплазия → рак желудка кишечного типа;
- хронический неатрофический гастрит → полная кишечная метаплазия → дисплазия эпителия → хронический атрофический гастрит → рак желудка кишечного типа;
- хронический неатрофический гастрит → хронический атрофический гастрит → полная кишечная метаплазия → неполная кишечная метаплазия → дисплазия эпителия → рак желудка кишечного типа;
- хронический неатрофический гастрит → полная кишечная метаплазия → неполная кишечная метаплазия → дисплазия слизистой → рак желудка кишечного типа;
- хронический неатрофический гастрит → полная кишечная метаплазия → хронический атрофический гастрит → дисплазия эпителия → рак желудка кишечного типа.

363. Выберите последовательность, в которой происходит прогрессирование морфологических изменений слизистой оболочки дистальной части пищевода:

- катаральный /эрозивный эзофагит → желудочная метаплазия → кишечная метаплазия → дисплазия эпителия → рак пищевода;
- катаральный /эрозивный эзофагит → пищевод Барретта → рак пищевода;
- катаральный /эрозивный эзофагит → желудочная метаплазия → пищевод Барретта → рак пищевода;
- катаральный эзофагит → эрозивный эзофагит → желудочная метаплазия → дисплазия → рак пищевода;

- катаральный эзофагит → дисплазия эпителия → рак пищевода.

364. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

- ингибиторы протонной помпы;
- H₂-блокаторы гистамина;
- препараты группы сукральфата;
- гимекромон;
- беззондовые тюбажи;
- хирургическое лечение.

365. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

- хофитол;
- хирургическое лечение;
- спазмолитики;
- антациды;
- ферменты;
- ингибиторы протонной помпы;
- H₂-блокаторы гистамина.

366. Отсутствие видимости желчного пузыря после введения йодированных соединений означает:

- снижение всасывания в кишечнике;
- снижение перистальтики кишечника;
- патологию желчного пузыря;
- снижение функции поджелудочной железы;
- повышение функции поджелудочной железы;
- снижение функции печени;
- повышение функции печени.

367. В диагностике внутрипеченочной обструктивной желтухи наиболее достоверен метод:

- эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии;
- перитонеоскопии;
- внутривенной холангиографии;

- пероральной холангиографии;
- дуоденального зондирования;
- УЗИ органов брюшной полости.

368. Для лечения при холецистолитиазе применяется:

- дегидрохолевая кислота;
- холевая кислота;
- уродезоксихолевая кислота;
- литохолевая кислота;
- кетолитохолевая кислота.

369. Эффективное средство для консервативного лечения хронического калькулезного холецистита при наличии функционирующего желчного пузыря, при диаметре камней менее 1см, заполняющих желчный пузырь не более чем на половину его объема:

- домперидон;
- эзомепразол;
- холосас (экстракт плодов шиповника);
- холагол (в составе – в т.ч. пигменты корня куркумы, франгулоэмодин, магния салицилат, комплекс эфирных масел);
- уродезоксихолевая кислота;
- танацехол (экстракт цветков пижмы обыкновенной).

370. Лабораторный анализ для диагностики хронического бескаменного холецистита:

- копрограмма;
- определение уровня сиаловых кислот крови
- анализ желчи;
- определение диастазы мочи;
- определение амилазы крови.

371. Гепатит следует считать хроническим при наличии воспалительного процесса в печени не мене сме:

- 2-х месяцев;
- 3-х месяцев;
- 4-х месяцев;

- 6-и месяцев;
- более года.

372. Какое из перечисленных заболеваний не является фактором риска рака толстой кишки?:

- диффузный семейный полипоз;
- Болезнь Крона;
- амебиаз;
- неспецифический язвенный колит;
- иммунодефицитные состояния.

373. Какие утверждения относительно целиакии (глютеновой энтеропатии) являются правильным?:

- целиакия – заболевание, которое характеризуется атрофией ворсинок эпителия тонкой кишки в ответ на белок некоторых злаков – глиадин, и проявляется синдромом мальабсорбции различной степени выраженности;
- пусковым звеном целиакии служит белок глиадин;
- в патогенезе целиакии большое значение принадлежит иммунному воспалению;
- заболевание проявляется диареей, полифекалией, стеатореей, похуданием;
- все выше перечисленное является правильным.

374. Основные лечебные мероприятия при целиакии сводятся к следующему:

- соблюдение аглютеновой диеты;
- применение ферментных препаратов;
- применение витаминов и минералов;
- применение глюкокортикостероидов при рефрактерном течение;
- все выше перечисленное.

375. Рецидив *C. difficile*-ассоциированной болезни принято считать при:

- повторное развитие менее чем через 8 месяцев после окончания терапии;
- повторное развитие через 4 недели после окончания терапии;
- повторное развитие менее чем через 8 недель после окончания терапии;
- повторное развитие в течение 10 дней после окончания терапии.

376. В каких сезонах у пациентов с язвенной болезнью желудка наблюдается периоды усиления болей и диспепсических симптомов?

- зимнее время;
- весна и осень;
- зимнее и летнее время;
- весна и лето;
- весеннее время.

377. Какие лекарственные препараты связаны в большей степени с возникновением лекарственных язв желудка и двенадцатиперстной кишки?

- антациды;
- ингибиторы протонной помпы;
- НПВП;
- хондропротекторы;
- противоопухолевые препараты.

378. Множественные язвы в желудке и 12-перстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, наиболее вероятно связаны:

- с синдромом Дубина – Джонсона;
- с синдромом Золлингера – Эллисона;
- с изъязвлением рака желудка;
- с язвами угла желудка;
- с НПВП-гастропатией.

379. Какой из перечисленных гормонов и гуморальных факторов не имеет отношения к регуляции кислотопродукции?

- холецистокинин;
- гастрин;
- ацетилхолин;
- глюкагон;
- секретин.

380. К язвенной болезни предрасполагают:

- группа крови;
- наследственная отягощенность;
- курение;
- нервное перенапряжение в сочетании с дефектами питания;
- все перечисленные факторы.

381. Каков характер болей при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?

- тупая, давящая, в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи;
- схваткообразные ноющие в левом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи;
- постоянная тупая, не связанная с приемом пищи;
- локализованные в эпигастрии, возникающие натощак и через 2 - 3 часа после еды;
- возникающие через 30 мин после еды.

382. Признак, не характерный для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

- боли натощак;
- боли через 30 минут после еды;
- боли через 2,5 часа после еды;
- боли справа и в эпигастрии;
- изжога, «кислая» отрыжка.

383. Полипы, относящиеся к предраковым состояниям:

- гиперпластические;
- аденоматозные;
- смешанные;
- реактивные.

384. Укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни:

- снижение секреции соляной кислоты;
- уменьшение выраженности болевого синдрома;
- ускорение рубцевания язвы;
- уменьшение риска прободения язвы;
- снижение частоты рецидивов болезни.

385. 52-летний учитель средней школы, страдающий язвенной болезнью, в течение нескольких лет лечился ранитидином и метоклопрамидом. При осмотре врач обнаружил у него произвольные нерегулярные жевательные движения и повторяющиеся подергивания языка. Какова причина данной симптоматики?:

- дистония;
- болезнь Вильсона;
- болезнь Хантингтона;
- мозжечковая дегенерация;
- поздняя дискинезия, обусловленная блокадой допаминовых рецепторов.

386. Какое вещество вырабатывают G-клетки?

- пепсин;
- гастрин;
- пепсиноген;
- соляная кислота;
- глюкагон.

387. К осложнениям язвенной болезни относят все, кроме:

- кровотечения;
- перфорации;
- пенетрации;
- стеноза привратника и двенадцатиперстной кишки;
- синдром хронической боли.

388. Характер кала при желудочно-кишечном кровотечении:

- с прожилками свежей крови;
- дегтеобразный;
- обесцвеченный;
- с обильным содержанием жира.

389. Для рака желудка характерно:

- слабость;

- анорексия;
- ощущение переполнения желудка;
- анемия;
- похудание;
- все ответы правильные.

390. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка:

- в головной мозг;
- в надключичные лимфоузлы;
- в печень;
- в яичники;
- в брюшину.

391. Абсолютными показаниями для проведения эрадикационной терапии *H. pylori* являются:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения или ремиссии, в том числе осложненная;
- MALT-ома;
- состояние после резекции желудка по поводу рака;
- желание пациента (после консультации врача);
- все выше перечисленное.

392. Относительными показаниями для проведения эрадикационной терапии *H. pylori* являются:

- функциональная (неязвенная) диспепсия;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов длительно принимающих антисекреторные препараты;
- высокий риск возникновения НПВП-гастропатии у лиц инфицированных *H. Pylori*;
- все выше перечисленное.

393. Наиболее частой жалобой пациента, у которого верифицирован диагноз ЯБЖ является?

- болевой синдром;
- неукротимая рвота;
- запоры в течение 3 месяцев;
- диарея до 5-7 раз в сутки;

- чередование диареи и запоров в течение 1 месяца.

394. При ректороманоскопии у 45-летнего мужчины был обнаружен единичный полип размером 1 см. При гистологическом исследовании оказалось, что это аденоматозный полип. Следующим наиболее рациональным шагом в ведении этого больного может быть:

- ирригоскопия;
- передняя резекция толстой кишки;
- эндоскопическая полипэктомия + морфологическое исследование удаленного полипа;
- повторный анализ на скрытую кровь;
- провести исследование опухолевых маркеров;
- провести биопсию полипа и морфологическое исследование биоптата

395. Показания для плазмообмена (каскадной плазмофильтрации) могут возникнуть из-за высокого риска развития некротического панкреатита при уровне триглицеридов:

- более 5 ммоль/л
- более 10 ммоль/л;
- более 15 ммоль/л;
- более 3 ммоль/л.

396. К особенностям течения хронического панкреатита в пожилом возрасте относятся:

- малая интенсивность или отсутствие абдоминальной боли;
- преобладание в клинической картине признаков внешнесекреторной недостаточности;
- преобладание в клинической картине признаков инкреторной недостаточности;
- сочетание различных этиологических факторов в развитии заболевания;
- высокая частота встречаемости сопутствующей патологии, отягощающей течение хронического панкреатита;
- все выше перечисленное.

397. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

- желтуха;
- частые потери сознания;
- высокое содержание сахара в крови и моче;
- увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь;

- креаторея, стеаторея.

398. Наиболее чувствительным и специфичным диагностическим признаком внешнесекреторной недостаточности у пациентов с хроническим панкреатитом является:

- стеаторея;

- креаторея;

- амилорея;

- прирост объема секрета поджелудочной железы менее 40% и отсутствие прироста бикарбонатов в ответ на стимуляцию ее функции секретинном;

- снижение эластазы – 1 в кале;

- низкая активность панкреатической амилазы, панкреатической липазы и трипсиногена в крови;

- полифекалия.

399. Наиболее чувствительным и специфичным признаком снижения эндокринной функции поджелудочной железы является:

- повышение базального уровня глюкозы крови;

- повышение уровня инсулина крови;

- снижение уровня инсулина в крови;

- снижение уровня глюкагона в крови;

- снижение концентрации панкреатического полипептида в крови в ответ на стимуляцию его секреции секретинном;

- увеличение уровня глюкагона в крови.

400. Хронический панкреатит нуждается в дифференцировании от:

- рака поджелудочной железы;

- рака желудка;

- язвенной болезни желудка и ДПК;

- болезни Уиппла;

- остеохондроза нижнегрудного отдела позвоночника с корешковым синдромом;

- все выше перечисленное;

- ничего из выше перечисленного.

401. Риск развития панкреатита увеличивается при использовании:

- аспарагиназы;

- циклофосфамида;
- доксорубицина;
- винкристина.

402. Синдром внешнесекреторной недостаточности у пациента с хроническим панкреатитом диагностируется при снижении уровня эластазы-1 в кале менее:

- 1000 мкг/г;
- 500 мкг/г;
- 200 мкг/г;
- 100 мкг/г;
- 50 мкг/г.

403. Повышение уровня амилазы в крови может быть связано с:

- острым панкреатитом;
- перфорацией язвы;
- хронической почечной недостаточностью;
- паротитом;
- макроамилаземией;
- всем выше перечисленным.

404. Общими принципами консервативного лечения острого панкреатита являются все, кроме:

- внутривенное введение растворов и коллоидов, свежезамороженной плазмы или альбумина;
- голодная диета (полное голодание в течение 2-4 дней);
- обезболивание наркотическими анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами;
- использование октреотида;
- кишечный диализ;
- аспирация содержимого желудка через зонд.

405. Медикаментозное лечение обострения хронического панкреатита включает назначение препаратов:

- наркотических анальгетиков, трамадола или нестероидных противовоспалительных;
- ингибиторов протонной помпы;

- панкреатических ферментов;
- антибиотиков;
- прокинетиков и спазмолитиков;
- октреотида;
- все выше перечисленное.

406. Неблагоприятными прогностическими факторами острого алкогольного панкреатита являются все, кроме:

- возраст больного более 55 лет;
- признаки полиорганной недостаточности;
- наличие местных осложнений;
- выраженный болевой синдром;
- высокий балл по шкале Рэнсона и/или Apache II.

407. Способствующими факторами рака поджелудочной железы являются:

- курение;
- высокое содержание в пище животных жиров и мяса;
- сахарный диабет;
- хронический алкогольный панкреатит;
- возраст старше 55 лет;
- мужской пол;
- все выше перечисленные.

408. Клинические показания для проведения заместительной ферментной терапии при хроническом панкреатите:

- верифицированная стеаторея;
- хроническая диарея, полифекалия;
- нутритивная недостаточность;
- перенесенный панкреонекроз, тяжелый хронический панкреатит;
- перенесенные оперативные вмешательства на поджелудочной железе с нарушением нормального пассажа пищи;
- все выше перечисленное.

409. Диагностическими критериями стеатоза поджелудочной железы являются все, кроме:

- наличие боли в верхних отделах живота, возникающей через 30-40 мин после еды;
- абдоминальный тип ожирения;
- изменение концентрации ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови;
- триглицеридемия;
- снижение денситометрических показателей ткани поджелудочной железы ниже 30 ед.

410. Показаниями для оперативного лечения хронического панкреатита служат:

- неустраняемая боль, которая не купируется с помощью стандартной консервативной терапии, включая наркотические анальгетики;
- псевдокисты, которые невозможно лечить консервативно;
- закупорка общего желчного протока, неустраняемая эндоскопически;
- невозможность дифференцировать хронический панкреатит от рака поджелудочной железы;
- упорная рвота и прогрессирующее похудание;
- все выше перечисленное.

411. Вопрос об эндоскопическом лечении хронического панкреатита решают:

- при неэффективности таблетированных панкреатических ферментов в высокой дозе + ингибиторов протонной помпы на протяжении 8 недель;
- при неэффективности таблетированных панкреатических ферментов, ингибиторов протонной помпы и наркотических анальгетиков;
- при неэффективности таблетированных панкреатических ферментов, ингибиторов протонной помпы, наркотических анальгетиков и октреотида;
- при неэффективности медикаментозного лечения и хирургического вмешательства;
- эндоскопическое лечение хронического панкреатита может использоваться в качестве альтернативы медикаментозному.

412. Оперативное вмешательство при хроническом панкреатите подразумевает:

- резекцию чревного сплетения при абдоминальном ишемическом синдроме и упорной боли;
- при расширенных протоках поджелудочной железы – дренирование;
- резекцию поджелудочной железы при кистах и стенозах протоков поджелудочной железы;
- эндоскопическую папиллосфинктеротомию и вирсунготомию при упорном болевом синдроме;
- баллонная дилатация главного протока поджелудочной железы при его сужении;
- все выше перечисленное.

413. Согласно клиническим рекомендациям, утвержденным Министерством здравоохранения РФ в 2020 году, выделяют следующие этиологические типы хронического панкреатита, кроме:

- инфекционный;
- идиопатический;
- дисметаболический;
- аутоиммунный;
- билиарнозависимый;
- вторичный.

414. Выберите наиболее эффективную схему консервативного лечения хронического панкреатита в периоде обострения:

- голодная диета, ингибиторы протонной помпы, ферменты, содержащие липазу, миотропные спазмолитики;
- голодная диета и ингибиторы протонной помпы;
- голодная диета и миотропные спазмолитики;
- голодная диета и введение контрикала;
- голодная диета, ингибиторы протонной помпы, ферменты, содержащие липазу без компонентов желчи, селективные миотропные спазмолитики.

415. Выберите группу заболеваний, при которых высоко эффективным средством лечения является применение ингибиторов протонной помпы:

- хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстная кишка;
- хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстная кишка, хронический хеликобактерный гастрит;
- хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстная кишка, хронический атрофический гастрит;
- хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстная кишка, хронический хеликобактерный гастрит, функциональная диспепсия;
- хронический панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстная кишка, функциональная диспепсия.

416. Все перечисленные стимуляторы повышают желудочную секрецию, за исключением:

- этилового спирта;
- ацетилхолина;

- резерпина;
- кофеина;
- жиров.

417. Показаниями для направления больного с язвенной болезнью к хирургу с целью решения вопроса о хирургическом лечении являются:

- язва желудка, не рубцующаяся через 12 недель после начала лечения;
- наличие язвы в желудке и 12-перстной кишке одновременно;
- повторное кровотечение из язвы на фоне медикаментозной терапии;
- обнаружение при морфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка края язвы дисплазии эпителия тяжелой степени.
- все перечисленное верно

418. Малигнизация наиболее вероятна:

- при язве постбульбарного отдела;
- при множественной язве луковицы 12-перстной кишки;
- при язве верхней трети тела желудка;
- при язве желудочного канала;
- при множественных изъязвлениях слизистой оболочки желудка.

419. К язвенной болезни предрасполагают:

- частый приём НПВС;
- наследственная отягощенность;
- курение;
- нервное перенапряжение в сочетании с дефектами питания;
- все перечисленные факторы.

420. Характер болей при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- тупая, давящая, в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи;
- схваткообразные ноющие в левом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи;
- постоянная тупая, не связанная с приемом пищи;
- локализованные в эпигастрии, возникающие натощак и через 2 - 3 часа после еды;

- возникающие через 30 мин после еды.

421. Для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не характерны:

- боли натощак;
- боли через 30 минут после еды;
- боли через 2,5 часа после еды;
- боли справа и в эпигастрии;
- изжога, «кислая» отрыжка.

422. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны все осложнения, кроме:

- стеноза привратника;
- перфорации;
- кровотечения;
- пенетрации;
- озлокачествления.

423. Укажите основную цель антихеликобактерной терапии при язвенной болезни:

- снижение секреции соляной кислоты;
- уменьшение выраженности болевого синдрома;
- ускорение рубцевания язвы;
- уменьшение риска прободения язвы;
- снижение частоты рецидивов болезни.

424. К осложнениям язвенной болезни относят все, кроме:

- кровотечения;
- перфорации;
- пенетрации;
- стеноза привратника и двенадцатиперстной кишки;
- рака желудка.

425. Желчные камни чаще всего состоят из:

- цистина;

- мочевой кислоты;
- солей желчных кислот;
- холестерина;
- оксалатов.

426. При желчнокаменной болезни имеется:

- снижение соотношения желчных кислот к холестерину;
- снижение уровня белков желчи;
- повышение уровня белков желчи;
- повышение уровня желчных кислот;
- снижение уровня билирубина в моче;
- повышение уровня билирубина в моче.

427. Основным этиологическим фактором хронического бескаменного холецистита является:

- алкогольная интоксикация;
- охлаждение;
- курение;
- бактериальная инфекция;
- переизбыток.

428. Ранний клинический признак хронического бескаменного холецистита:

- горечь во рту;
- частый жидкий стул с комочками непереваренной пищи;
- ложные позывы на дефекацию;
- рвота;
- сжимающая боль в эпигастрии.

429. Метод диагностики, наиболее достоверный для диагностики синдрома мальабсорбции::

- тест с d-ксилозой;
- тест на толерантность к глюкозе;
- тест Шиллинга;
- рентгенологическое исследование толстой кишки;

- тест на толерантность к лактозе.

430. К факторам возникновения воспалительных заболеваний кишечника НЕ относят:

- дефекты врожденного и приобретенного иммунитета;
- нарушение кишечной микрофлоры
- вегетарианство;
- генетическая предрасположенность;
- влияние факторов окружающей среды.

431. Противоречит диагнозу «синдром раздраженного кишечника»:

- усиление симптомов происходит на фоне стрессов;
- диарея мешает больному спать (просыпается из-за позывов на стул);
- сигмоскопия не выявляет изменений;
- длительность заболевания более 3 месяцев;
- имеются симптомы гастроэзофагального рефлюкса.

432. К осложнениям неспецифического язвенного колита относятся все, кроме:

- сепсис;
- токсическая дилатация толстой кишки;
- перфорация толстой кишки;
- межкишечные свищи;
- микроразрывы в слизистой желудка.

433. Наиболее типичной локализацией патологического процесса при болезни Крона является:

- перианальная область;
- поперечноободочная кишка;
- пищевод;
- желудок;
- терминальный отдел подвздошной кишки.

434. Морфологическим субстратом болезни Крона является:

- крипт-абсцессы;

- хроническая эрозия;
- лимфоцитарная гранулема;
- специфическая гранулема;

435. Наиболее частым осложнением болезни Крона является:

- ректальное кровотечение;
- стриктуры и внутренние фистулы;
- парез кишечника;
- мегаколон.

436. При осмотре пациента выявлена наружная фистула в правой подвздошной области. 2 месяца назад больной перенес операцию в связи с подозрением на острый аппендицит. Во время операции патологических изменений слепого отростка не выявлено. Ваш предположительный диагноз:

- болезнь Крона;
- неспецифический язвенный колит;
- туберкулез;
- инфекция *Actinomyces israelii*;
- одиночный дивертикул слепой кишки.

437. Симптом, являющийся наиболее характерным проявлением неспецифического язвенного колита:

- разлитая боль в животе;
- жидкий стул;
- частые кровянистые испражнения;
- узловатая эритема;
- боли в суставах.

438. Неверным утверждением в отношении неспецифического язвенного колита:

- никогда не следует применять стероиды местно;
- стероиды эффективнее сульфаниламидов;
- целесообразна терапия иммуносупрессорами;
- лечение обычно начинается с сульфасалазина;
- консервативная терапия язвенного колита носит пожизненный характер.

439. В основе патогенеза псевдомембранозного колита лежит:

- рост анаэробных грам – «+» бактерий Clostridium difficile, выделяющих токсины – А и В;
- массивная антибиотикотерапия с размножением условно-патогенной микрофлоры кишечника, приводящей к выраженному дисбактериозу;
- избыточный рост грибов рода Candida под влиянием массивной антибиотикотерапии или выраженного иммунодефицита;
- псевдомембранозный колит обусловлен аутоиммунным поражением толстой кишки, индуцированным воздействием условно-патогенной микрофлоры;
- Все выше перечисленное.

440. Диагноз псевдомембранозного колита позволяет установить все, кроме:

- исследование токсина В в кале;
- посев кала на Clostridium difficile;
- посев кала на грибы рода Candida;
- иммуноферментный анализ для выявления токсинов А и В;
- желтовато-белые бляшки из фибрина, слизи, клеток воспаления, отторгнутого эпителия в кале;

441. Для тяжелого проявления C. difficile-ассоциированной болезни характерно:

- Водянистая диарея с кровью и один из симптомов: гипотензия, лихорадка 38,5 °С, илеус, изменение сознания, лейкоциты $>25 \times 10^9/\text{л}$ или $<2 \times 10^9/\text{л}$, органная недостаточность;
- водянистая диарея с кровью; гипоальбуминемия $< 30 \text{ г/л}$ в сочетании с одним из следующих симптомов: лейкоцитоз $>15 \times 10^9/\text{л}$, болезненность при пальпации живота;
- диарея (неоформленный стул три или более раз в сутки) в сочетании с болью в животе.

442. Для раннего выявления рака прямой и толстой кишки показаны все кроме:

- ректороманоскопия;
- исследование кала на скрытую кровь;
- обзорная рентгенограмма брюшной полости;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- первичные опухолеассоциированные маркеры (раковоэмбриональный антиген).

443. Ранней болью в эпигастральной области после еды при заболеваниях ЖКТ принято считать возникновение (1):

- в течение 30 минут после еды;
- за 2 часа до приема пищи;
- за 4 часа до приема пищи;
- в течение 1 часа после еды.

444. Вторичный билиарный цирроз печени развивается при:

- интоксикации промышленными ядами;
- применении гепатотоксических медикаментов;
- обтурации внепеченочных желчных протоков;
- вирусном поражении печени.

445. Причина первичного билиарного цирроза печени:

- вирус гепатита;
- алкоголь;
- неизвестен;
- вирус гепатита В;
- все выше перечисленное.

446. Патогенез вирусного цирроза печени:

- субмассивный некроз паренхимы печени;
- жировая инфильтрация печеночных клеток;
- склероз перипортальных трактов;
- асептический некроз желчных канальцев;
- прогрессирующий фиброз.

447. Морфологическая картина обострения хронического гепатита:

- воспалительная инфильтрация локализуется перипортально, внутрь печеночных долек не проникает;
- воспалительная инфильтрация проникает внутрь долек, имеется некроз гепатоцитов;
- жировой гепатоз;
- наличие ложных долек.

448. Клинический признак, отличающий хронический гепатит от цирроза печени:

- синдром холестаза;
- гепатомегалия;
- синдром портальной гипертензии;
- печеночная желтуха.

449. Клиническая картина, характерная для обострения хронического гепатита:

- острая приступообразная боль в правом подреберье, купирующаяся спазмолитиками;
- тупая постоянная боль в правом подреберье;
- опоясывающая интенсивная боль в верхней половине живота;
- боль в эпигастральной области через 2 часа после еды, проходящая после приема пищи.

450. Выберите клинический признак, не характерный для хронического гепатита:

- боль в правом подреберье;
- кожный зуд;
- кровоточивость;
- частый жидкий стул с примесью слизи и крови.

451. Признак синдрома печеночно-клеточной недостаточности:

- ксантомы;
- расчесы на коже;
- сосудистые звездочки;
- расширение поверхностных вен передней брюшной стенки;
- печёночная энцефалопатия.

452. Признаки портальной гипертензии:

- расчесы на коже;
- ксантомы;
- печеночные ладони;
- расширение вен передней брюшной стенки.

453. Повышение СОЭ при хроническом гепатите характерно для:

- синдрома иммунного воспаления;

- синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
- синдрома цитолиза;
- синдрома внутripеченочного холестаза;
- мезенхимально-воспалительного синдрома.

454. Метод этиологической диагностики вирусного гепатита:

- исследование активности аминотрансфераз;
- исследование уровня билирубина;
- исследование уровня холестерина;
- серологические исследования в иммунных реакциях.

455. При мезенхимально-воспалительном синдроме в биохимическом исследовании обнаруживается:

- гипоальбуминемия;
- гипергаммаглобулинемия;
- гипербилирубинемия;
- гиперпротромбинемия.

456. К осложнениям острого панкреатита относят:

- шок;
- органная недостаточность (легочная, почечная);
- диссеминированное внутрисосудистое свертывание;
- гипергликемия более 11 ммоль/л;
- развитие некротизирующего панкреатита и нагноение некрозов поджелудочной железы;
- все выше перечисленное.

457. При печеночно-клеточной недостаточности в биохимическом исследовании обнаруживается:

- гиперхолестеринемия;
- гипоальбуминемия;
- гиперальбуминемия;
- повышенный уровень щелочной фосфатазы.

458. Повышение уровня АлАТ крови характерно для:

- печеночно-клеточной недостаточности;
- цитолиза гепатоцитов;
- холестаза;
- портальной гипертензии.

459. Лабораторный признак надпеченочной желтухи:

- повышение уровня прямого билирубина в крови;
- повышение уровня непрямого билирубина в крови;
- повышение уровня прямого и непрямого билирубина в крови;
- повышение уровня прямого билирубина и щелочной фосфатазы в крови.

460. Изменения, характерные для печеночной желтухи на фоне обострения хронического гепатита:

- повышение уровня прямого билирубина в крови + обесцвеченный кал;
- повышение уровня билирубина в крови за счет прямого и непрямого + повышение активности АЛТ + положительная реакция на уробилин;
- повышение уровня непрямого билирубина в крови + гиперхромия кала;
- повышение уровня прямого билирубина в крови + отсутствие уробилина в моче.

461. Лабораторные признаки подпеченочной желтухи:

- повышение уровня прямого билирубина в крови + высокая активность щелочной фосфатазы;
- повышение уровня прямого и непрямого билирубина в крови + высокая активность АЛТ;
- повышение уровня непрямого билирубина в крови + нормальная активность АЛТ;
- повышение уровня прямого билирубина в крови + резко положительная реакция на уробилин.

462. Дифференциальная диагностика острого панкреатита проводится с:

- перфоративной язвой;
- острым холециститом;
- желчнокаменной болезнью;
- острым аппендицитом;
- всем выше перечисленным.

463. Макрофаги:

- клетки гранулоцитарного происхождения;
- клетки моноцитоидного происхождения;
- клетки мегакариоцитарного происхождения;
- клетки лимфоидного происхождения;
- клетка эритроидного ряда.

464. При обнаружении лимфоаденопатии:

- необходимо физиотерапевтическое лечение;
- показана пункция лимфатического узла;
- необходимо наблюдение, при необходимости биопсия лимфатического узла;
- показана цитостатическая терапия;
- показана противовоспалительная терапия.

465. Для моноцитоидно-макрофагальных реакций характерно:

- возникновение при любой инфекции;
- частое возникновение при туберкулезе;
- проявление моноцитозом в крови;
- сходство с хроническим моноцитарным лейкозом;
- возникновение при сифилисе

466. Повышение количества эритроцитов в периферической крови наблюдается при:

- гипоксии и гипоксемии;
- поликистозе почек;
- эритремии;
- острых лейкозах;
- опухолях почек.

467. Для железодефицитной анемии характерно:

- гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;
- гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;
- гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
- гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;

- гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба.

468. Клиническими признаками дефицита железа являются:

- мышечная слабость;
- ангулярный стоматит;
- глоссит;
- извращение вкуса;
- койлонихии.

469. Железо всасывается:

- в желудке;
- в тонком кишечнике;
- в толстом кишечнике;
- в ротовой полости;
- в пищеводе.

470. При железодефицитной анемии характер анемии:

- макроцитарный;
- микроцитарный;
- гиперхромный;
- гипохромный;
- гиперрегенераторный
- все перечисленное верное

471. При профессиональных отравлениях свинцом:

- назначают витамин В-12;
- возникает сидеробластная анемия;
- возникает железодефицитная анемия;
- возникает фолиеводефицитная анемия;
- возникает апластическая анемия.

472. Внутриклеточный гемолиз характерен для:

- наследственного сфероцитоза;
- болезни Маркиафавы-Микелли;
- болезни Жильбера;
- болезни Гоше;
- ангиогемофилии.

473. К аутоиммунным гемолитическим анемиям относят:

- тепловую гемолитическую анемию;
- микросфероцитарная анемия;
- пароксизмальную ночную гемоглобинурию;
- холодовая гемолитическая анемия;
- талассемию.

474. Аутоиммунная гемолитическая анемия характерна для:

- инфекционного мононуклеоза;
- хронического лимфолейкоза;
- системной красной волчанки;
- лечения пенициллином;
- лимфом.

475. Для установления диагноза острого лейкоза необходимо:

- выявить лейкоцитоз в периферической крови;
- выявить анемию;
- обнаружить увеличение количества бластов в миелограмме более 20%;
- выявить тромбоцитопению;
- выявить спленомегалию.

476. Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать о:

- истинной полицитемии;
- апластической анемии;
- остром лейкозе;
- В-12 дефицитной анемии;

- железодефицитной анемии.

477. Если у больного количество эритроцитов 7 млн., лейкоцитов 13.000, тромбоцитов 600.000, то следует думать о:

- хроническом миелолейкозе;
- инфекционном нейтрофилезе;
- истинной полицитемии;
- хроническом лимфолейкозе;
- вторичном эритроцитозе.

478. Если у больного 70 лет имеется лейкоцитоз с лимфоцитозом и увеличение лимфатических узлов, то следует думать о:

- лимфогранулематозе;
- остром лимфобластном лейкозе;
- злокачественной лимфоме;
- хроническом лимфолейкозе;
- миеломной болезни.

479. Для диагностики лимфогранулематоза необходимо:

- обнаружение клеток Гумпрехта;
- обнаружение клеток Березовского-Штернберга-Рид;
- обнаружение клеток цитолиза;
- обнаружение клеток Гоше;
- обнаружение клеток Степанова.

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

- нефротическом синдроме;
- множественной миеломе;
- макроглобулинемии Вальденстрема;
- истинной полицитемии;
- хроническом миелолейкозе.

481. Нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза можно выявить:

- при определении протромбинового времени;
- при определении времени кровотечения;
- при определении тромбинового времени;
- при определении МНО;
- при определении АЧТВ.

482. Если у больного 17 лет имеется гематомный тип кровоточивости и поражение опорно-двигательного аппарата, то следует заподозрить:

- геморрагический васкулит;
- ДВС-синдром;
- идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру;
- гемофилию;
- тромбоцитопатию.

483. Если у больного имеются телеангиоэктазии, носовые кровотечения, а

исследование системы гемостаза не выявляет существенных нарушений, следует думать о:

- гемофилии;
- болезни Рандю-Ослера;
- болезни Виллебранда;
- болезни Верльгофа;
- болезнь Гоше.

484. В дебюте ревматоидного артрита наиболее часто вовлекающиеся в патологический процесс суставы:

- пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые;
- лучезапястные;
- коленные;
- шейный отдел позвоночника;
- локтевые.

485. Наиболее типичным признаком деформации кисти при ревматоидном артрите является:

- "рука с лорнетом";

- кульнарная девиация;
- в виде "шеи лебедя";
- в виде "бутоньерки";
- в виде "молоткообразного пальца".

486. Назовите общие проявления ревматоидного и псориатического артритов при поражении стопы:

- вальгусное отклонение стопы;
- сосискообразные пальцы;
- наличие симптомов воспаления;
- синдром предплюсневого канала;
- поражение пяточных костей

487. Чаще всего при ревматоидном артрите встречается вторичный амилоидоз:

- печени;
- кишечника;
- почек;
- надпочечников;
- сердца.

488. Назовите этиологический фактор остеоартроза:

- детерминированный несколькими генами конституциональный диспуринизм;
- перенесенные в прошлом травмы, метаболические болезни;
- эндокринопатии, болезнь отложения кальция, невропатии и другие заболевания;
- наличие псориаза;
- острая кишечная инфекция, вызванная энтеробактериями или острая урогенитальная инфекция, вызванная *chlamydia trachomatis*.

489. Поддержание пациентами нормальной массы тела с позиции механической разгрузки суставов следует при:

- подагре;
- остеоартрозе;
- псориатическом артрите;

- реактивном артрите;
- анкилозирующем спондилоартрите.

490. Клиническим признаком какого заболевания является гангрена пальцев: ишемические некрозы дистальных фаланг пальцев кистей/стоп с их последующей самоампутацией?

- ревматоидный артрит;
- системная склеродермия;
- системная красная волчанка;
- дерматомиозит;
- первичный остеоартроз.

491. К немодифицируемым факторам риска остеопороза относят все, кроме:

- гипогонадизм у мужчин и женщин;
- склонность к падениям;
- низкая минеральная плотность костной ткани;
- прием ГКС;
- ранняя менопауза.

492. Укажите обязательный диагностический признак анкилозирующего спондилоартрита (болезни Бехтерева):

- сакроилеит;
- спондилит;
- артрит;
- энтезит;
- увеит.

493. Укажите, при каком заболевании поражение пяточных костей встречается в 50% и может быть единственным проявлением заболевания?

- ревматоидный артрит;
- подагрический артрит;
- псориатический артрит;
- реактивный урогенный артрит;
- первичный остеоартрит.

494. Назовите, в каком возрасте преимущественно начинаются первые проявления ОА:

- 20-30лет;
- 30– 40 лет;
- 40-50 лет;
- 50 – 70 лет;
- 75 - 80 лет.

495. Назовите причину стартовых болей при ОА:

- мышечный спазм;
- синовит;
- тендобурсит.

496. Основным препаратом для подавления фиброза является:

- блокаторы кальциевых каналов;
- преднизолон;
- сердечные гликозиды;
- диуретики;
- Д-пеницилламин.

497. Укажите, что содержится в подагрическом тофусе:

- урат натрия;
- бикарбонат натрия;
- хлорид натрия,
- пирофосфат кальция

498. С нарушением какого вида обмена связана подагра:

- жирового;
- пуринового;
- углеводного;
- водно-солевого.

499. Укажите признак, позволяющий отличить артрит от артроза:

- ограничение объема движений в суставе;
- локальная гиперемия кожи и опухание сустава;
- хруст в суставе;
- деформация сустава.

500. Укажите нормальные значения мочевой кислоты у женщин:

- < 340 мкмоль/л;
- < 420 мкмоль/л;
- > 420 мкмоль/л;
- < 0,25 мкмоль/л.

501. Первичная профилактика, предусматривающая антимикробную терапию острой и хронической рецидивирующей инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком группы А, применяется при:

- системной красной волчанке;
- острой ревматической лихорадке;
- ревматоидном артрите;
- системной склеродермии.

502. Вторичную профилактику начинают еще в стационаре сразу после окончания этиотропной терапии при:

- системной красной волчанке;
- острой ревматической лихорадке;
- ревматоидном артрите;
- системной склеродермии.

503. Доказательная медицина (evidence-based medicine) — это:

- раздел медицины, основанный на доказательствах, предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах больных
- раздел биostatистики, предназначенный для математической обработки данных, полученных в экспериментальных исследованиях
- новый подход, направление или технология сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации

- вмешательство, основанное на интуиции или на общепринятых подходах
- объединение индивидуального клинического опыта врача с наилучшими доступными независимыми клиническими доказательствами из систематизированных исследований

504. Понятие «клиническая эпидемиология» означает:

- использование эпидемиологического метода для изучения различного рода клинических явлений и научного обоснования врачебных решений в клинической медицине
- использование эпидемиологического метода и биостатистики при изучении патологических процессов на популяционном уровне
- оценка существующих стратегий профилактики соматических болезней
- оценка деятельности медицинских учреждений и программ
- разработка и применение таких методов клинического наблюдения, которые позволяют получать достоверные выводы, исключая возможные систематические ошибки

505. Что изображено на эмблеме Кокрановского сотрудничества

- вертикальная линия, делящая круг пополам
- круг с горизонтальными линиями
- символически изображен систематический обзор 7 клинических исследований
- змея внутри лаврового венка

506. На что опирается доказательная медицина

- интуицию
- общепринятую практику
- объективную оценку научного факта

507. Какая основная задача Кокрановского сотрудничества

- регулярные публикации систематических обзоров в открытом доступе
- регулярные публикации обзоров литературы в открытом доступе
- публикации полных аннотаций лекарственных средств
- публикации научных статей в открытом доступе

508. Наука, разрабатывающая методы клинических исследований, которые дают возможность делать справедливые заключения, контролируя влияние систематических и случайных ошибок

- Клиническая эпидемиология

- Доказательная медицина

509. Вмешательства, направленные на то, чтобы замедлить или остановить развитие заболевания у больных

- Профилактика вторичная
- Профилактика первичная
- Профилактика третичная

510. Вмешательства, направленные на предупреждение возникновения болезни, обычно за счет устранения ее причин

- Профилактика вторичная
- Профилактика первичная
- Профилактика третичная

511. Мероприятия, направленные на предотвращение ухудшения течения или осложнений заболевания после того, как болезнь проявилась

- Профилактика вторичная
- Профилактика первичная
- Профилактика третичная

512. Смещение (систематическая ошибка при отборе больных), которое возникает при исследовании в специализированных центрах, где собираются самые сложные и тяжелые больные, используются наиболее современные и эффективные методы диагностики и лечения, работают наиболее квалифицированные специалисты. Полученные результаты не в полной мере соответствуют реальной клинической практике

- Центростремительное смещение
- Смещение вследствие популярности
- Смещение вследствие фильтрации

513. Метод снижения вероятности возникновения систематической ошибки при проведении исследований по эффективности вмешательства, если ее причина – эффект плацебо

- Рандомизация
- Применение слепых методов в отношении больных и врачей-исследователей
- Включение в анализ всех пациентов, принимавших участие в исследовании

514. Метод, обеспечивающий математическое выражение сочетанного влияния многих переменных

- Мета-анализ
- Многофакторное моделирование
- Многофакторный анализ
- Описание случая

515. Совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих переменных на какой-либо один фактор

- Мета-анализ
- Многофакторное моделирование
- Многофакторный анализ
- Описание случая

516. Метод, заключающийся в простом изложении материала о нескольких больных

- Мета-анализ
- Многофакторное моделирование
- Многофакторный анализ
- Описание случая

517. К какой категории доказательности относятся рандомизированные контролируемые исследования

- Категория I
- Категория II
- Категория III

518. К какому уровню доказательности относятся рекомендации по диагностике и лечению, если доказательства убедительны, есть веские доказательства в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение

- A;
- B;
- C;
- D;
- E

519. К какому уровню доказательности относятся рекомендации по диагностике и лечению, если есть веские доказательства, чтобы исключить данный метод из рекомендаций

- A;
- B;
- C;
- D;
- E

520. Вероятность отрицательного результата диагностического теста при отсутствии болезни

- Специфичность диагностического теста
- Чувствительность диагностического теста

521. Психологическое воздействие результатов теста или диагноза на пациента – участника скрининга

- Плацебо-эффект;
- Эффект ярлыка

522. Число больных, которых необходимо подвергнуть лечению исследуемым методом для предотвращения одного случая изучаемого исхода

- Число больных, которых необходимо лечить
- Шансы
- Частота новых случаев

523. Отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет

- Число больных, которых необходимо лечить
- Шансы
- Частота новых случаев

524. Что является ключевым моментом качественного исследования по течению заболевания

- Полнота отслеживания пациентов
- Число выздоровевших пациентов

525. Если в ходе исследования выбывает более 10% пациентов, то могут ли его данные быть ценными

- Да;
- Нет

526. При жалобах на боль в сердце человеку выполняют электрокардиографию. Это-

- скрининг
- поиск сопутствующих заболеваний
- диагностическое исследование
- мониторинг

527. Человеку с ИБС назначили нитроглицерин внутрь и через неделю выполнили электрокардиографию. Это-

- скрининг
- поиск сопутствующих заболеваний
- диагностическое исследование
- мониторинг

528. Как называется замена одного препарата на другой, если количество активного вещества, концентрация и лекарственная форма идентичны

- Генерическая
- Терапевтическая

529. Как называются схемы лечения распространенных заболеваний и синдромов, разработанные и утвержденные ведущими специалистами для достижения максимального терапевтического эффекта наименее затратным способом

- Стандарт качества лечения
- Формулярный список

530. Чем отличается формулярный список от перечня жизненно важных лекарственных средств

- Носит ограничительный характер
- Носит рекомендательный характер

531. При применении препарата с доказанной эффективностью число положительных эффектов должно существенно и достоверно превышать их частоту при приеме плацебо

- Да;
- Нет

532. Если новый препарат безопасен, то число побочных, нежелательных и серьезных явлений должно быть неодинаковым в группах лечения и плацебо

- Да;
- Нет

533. Что является основным критерием оценки эффективности диагностического, лечебного или профилактического вмешательства

- Исход
- Изменение биохимических показателей крови
- Изменение качества жизни человека

534. Метод, обеспечивающий математическое выражение сочетанного влияния многих переменных

- Мета-анализ
- Многофакторное моделирование
- Многофакторный анализ
- Описание случая

535. Совокупность статистических методов, которые одновременно рассматривают влияние многих переменных на какой-либо один фактор

- Мета-анализ
- Многофакторное моделирование
- Многофакторный анализ
- Описание случая

536. Укажите механизм заражения брюшным тифом:

- трансмиссивный
- аэрогенный
- фекально-оральный

- парентеральный

537. Укажите элементы сыпи при брюшном тифе:

- пятна
- папулы
- пузырьки
- розеолы

538. Назовите синдром наиболее характерный для брюшного тифа:

- энтерит
- лихорадка
- желтуха
- катаральный

539. Укажите серологические реакции, используемые для подтверждения диагноза брюшного тифа:

- Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с эритроцитарным брюшнотифозным диагностикумом О, Н, Vi; Реакция Видаля.
- Реакция связывания комплимента с антигеном Провачека
- Реакция Вейля-Феликса
- Реакция непрямой иммунофлюоресценции

540. Укажите специфические осложнения брюшного тифа:

- кишечное кровотечение
- пневмония
- отек мозга
- отек легких

541. К типичным симптомам дизентерии НЕ относится:

- повышение температуры
- стул типа "ректального плевка"
- схваткообразная боль в нижних отделах живота
- сыпь на коже

542. Для диагностики дизентерии применяют:

- ректороманоскопию
- лапароскопию
- компьютерную томографию
- гастроскопию

543. Наиболее характерные испражнения при острой дизентерии:

- "малиновое желе"
- скудные слизистые с примесью прожилок крови
- обильные водянистые без патологических примесей
- водянистый, зловонный с зеленью

544. Для этиотропной терапии дизентерии НЕ применяют:

- фуразолидон
- бисептол
- оксациклин
- ампициллин

545. Для амебиаза характерно:

- острое начало с явлениями общей интоксикации
- появление жидкого стула со слизью, равномерно окрашенного кровью
- наличие болей в левой подвздошной области
- локализация болей преимущественно в средней части живота

546. Укажите механизм заражения холерой:

- фекально-оральный
- трансмиссивный
- аэрогенный
- контактный

547. Назовите синдром наиболее характерный для холеры:

- дегидратация
- колит
- желтуха
- лихорадка

548. Перечислите методы диагностики, которые НЕ используются для подтверждения диагноза холера:

- Метод иммобилизации и микроагглютинации вибрионов под влиянием специфической О-сыворотки
- Биопроба
- Метод макроагглютинации вибрионов под влиянием специфической О-сыворотки при подрачивании на пептонной воде
- Иммунофлюоресцентный

549. Назовите препарат, применяющийся для этиотропного лечения холеры:

- трихопол
- тетрациклин
- иммуноглобулин
- солевые растворы

550. Укажите инкубационный период при холере:

- до 7 дней
- от нескольких часов до 5 суток
- 30-45 дней
- 7-25 дней

551. Укажите инкубационный период при ботулизме:

- от 2 часов до 7 дней
- 7-25 дней
- 30-45 дней
- несколько часов

552. Выберите синдром, который НЕ характерен для ботулизма:

- лихорадка
- паралитический
- гастроинтестинальный
- интоксикационный

553. Назовите лекарственное средство, которое не используется для неотложной терапии при ботулизме:

- Противоботулиническая сыворотка
- Глюкокортикостероиды
- Бактериофаг
- Реополиглюкин

554. Укажите лечебную дозу поливалентной противоботулинической сыворотки:

- Показано введение 2 доз поливалентной противоботулинической сыворотки (по 10 тыс МЕ типа А и Е и 5 тыс МЕ типа В)
- Показано введение 1 дозы поливалентной противоботулинической сыворотки (по 10 тыс МЕ типа А и Е и 5 тыс МЕ типа В)
- Показано введение 1 дозы поливалентной противоботулинической сыворотки (по 5 тыс МЕ типа А и типа В)
- Показано введение 2 дозы поливалентной противоботулинической сыворотки (по 5 тыс МЕ типа А и типа В)

555. Выделите патогенетический механизм ботулизма:

- Ботулотоксин блокирует освобождение ацетилхолина в окончании холинэргических нервов, что обуславливает развитие периферических параличей
- Ботулотоксин блокирует освобождение ацетилхолина в окончании холинэргических нервов, что обуславливает развитие периферических спазмов
- Ботулотоксин увеличивает освобождение ацетилхолина в окончании холинэргических нервов, что обуславливает развитие периферических спазмов
- Ботулотоксин увеличивает освобождение ацетилхолина в окончании холинэргических нервов, что обуславливает развитие периферических параличей

556. Пищевые токсикоинфекции:

- вызываются патогенными микробами кишечной группы
- характеризуются полным отсутствием интоксикационного синдрома

- вызываются условно-патогенной микрофлорой
- характеризуются тем, что размножение возбудителя и токсинообразование происходит в организме человека

557. Для диагностики сальмонеллеза значение НЕ имеет:

- цвет кожного покрова
- появление симптомов болезни через несколько часов после еды
- сочетание диспепсических расстройств и интоксикации
- обильный зловонный стул

558. Укажите НЕВЕРНОЕ утверждение - "При лечении сальмонеллеза...":

- в легких случаях достаточно промывание желудка, обильного питья и диеты
- при болевом синдроме полезны спазмолитики
- ведущее значение имеет регидратационная терапия полиионными растворами
- раннее назначение антибиотиков значительно сокращает продолжительность болезни

559. Укажите, что НЕ характерно для клинических симптомов ПТИ:

- многократная рвота
- признаки обезвоживания
- разлитые боли в животе постоянного характера
- повышение температуры

560. В патогенезе сальмонеллеза ведущую роль играет:

- интенсивное размножение возбудителя в кишечнике
- поражение центральной нервной системы
- поражение сердечно-сосудистой системы
- общее и местное действие эндотоксина

561. Выберите путь передачи ВГА:

- парентеральный
- фекально-оральный
- воздушно-капельный
- половой

562. Инкубационный период ВГА составляет:

- 1-2 недели
- 8-10 недель
- 3-8 недель
- 4-6 месяцев

563. Источником инфекции при ВГА является:

- травоядные животные
- больной человек
- птицы
- рыбы, амфибии

564. Для патогенеза и патоморфологии ВГА НЕ характерно:

- Внедрение в кишечник, затем в печень; в гепатоцитах происходит репликация
- Хроническая персистенция вируса в организме зараженного
- Вирусемия с симптомами токсикоза
- Нормальный иммунный ответ с элиминацией вируса

565. К биохимико-морфологическим синдромам вирусного гепатита НЕ относится:

- цитолитический
- гидроминеральный
- мезенхимально-воспалительный
- холестатический

566. Для патогенеза и патоморфологии вирусного гепатита Е НЕ характерно:

- Наличие фазы вирусемии
- Обязательная интеграция вируса с геномом гепатоцита
- Воспаление печени с синдромами цитолиза, МВС, холестаза
- Нормальный иммунный ответ с элиминацией вируса

567. К особенностям течения преджелтушного периода у больных с ВГА НЕ относится:

- Преобладают гриппоподобный и диспепсический синдромы
- Появляются нарушения в сердечно-сосудистой системе
- С наступлением желтухи самочувствие улучшается
- Определяются признаки ахолии кала и потемнение мочи

568. Выберите редко встречающийся симптом при портальной гипертензии:

- признаки коллатерального кровообращения
- спленомегалия
- желтуха
- асцит

569. К индикаторам синдрома цитолиза относят все, кроме:

- АЛТ
- АСТ
- Щелочная фосфатаза
- ЛДГ

570. К индикаторам мезенхимально-воспалительного синдрома относят:

- Проба с антипирином
- Содержание билирубина
- Содержание холестерина
- Тимоловая проба

571. Показанием для лечения интерфероном при хроническом активном гепатите В является:

- Повышение активности трансаминаз
- Наличие HBsAg
- Повышение уровня билирубина
- Наличие HBeAg

572. Для патогенеза острого ВГС характерно:

- HCV обладает выраженным цитопатическим действием на гепатоцит
- Длительная персистенция вируса в организме человека

- Наличие синдрома желтухи в большинстве случаев
- Обязательная интеграция вируса с геномом гепатоцита

573. К особенностям преджелтушного периода у больных с ВГВ НЕ относится:

- Удлинен преджелтушный период до 1 месяца
- Уменьшается удельный вес мочи
- Нередко артралгический синдром
- С наступлением желтухи ухудшается общее состояние

574. Инкубационный период ОВГВ составляет:

- 120-160 дней
- 60-80 дней
- 5-7 дней
- 60-180 дней

575. Для цирроза печени НЕ характерно наличие:

- асцита
- спленомегалии
- варикозного расширения вен пищевода и желудка
- отеки лица и пастозность век

576. Укажите симптом характерный для энтеробиоза:

- Зуд в перианальной области
- Высокая лихорадка
- Анемия
- Недомогание

577. К основным клиническим симптомам в острую фазу описторхоза НЕ относится:

- Повышение температуры тела
- Экзантема
- Диспепсический синдром
- Зуд в перианальной области

578. Гиперосмолярная кома развивается в результате:

- низкого уровня глюкозы крови
- дегидратации организма
- дефицита инсулина
- инфекционного заболевания

579. Выберите препарат, который используется для этиотропной терапии энтеробиоза:

- Празиквантель
- Экстракт мужского папоротника
- Пирвиний памоат
- Мебендазол

580. Выберите материал от больного, который НЕ используется для диагностики описторхоза::

- моча
- желчь
- испражнения
- кровь

581. Для подтверждения диагноза менингококковый менингит НЕ используют:

- определение цитогаммы цереброспинальной жидкости
- определение белка цереброспинальной жидкости
- бактериоскопию цереброспинальной жидкости
- выделение культуры вируса из цереброспинальной жидкости

582. При менингококковой инфекции:

- на 1-2 день болезни появляется геморрагическая сыпь
- характерна этапность высыпания сыпи (лицо, туловище, конечности)
- наиболее типична розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь
- в типичных случаях элементы сыпи имеют правильную форму и возвышаются над поверхностью кожи

583. Препаратом выбора для лечения менингококкового менингита является:

- бензилпенициллин
- ампиокс
- клафоран
- эритромицин

584. Наиболее типичная экзантема при менингококкцемии:

- геморрагическая, звездчатая, с склонностью к некротизации
- обильная, пятнистая, яркая
- уртикарная
- папулезно-геморрагическая

585. Ведущий симптом отека мозга при менингококковом менингите:

- головная боль
- судороги
- лихорадка
- менингеальные знаки

586. К признакам локализованной пленчатой формы дифтерии глотки относится все, КРОМЕ:

- Практически у всех больных повышается температура до 38 градусов.
- На отечной миндалине появляется новый налет на месте ранее снятого.
- Пленка серо-перламутрового цвета, трудно снимается, слизистая кровоточит.
- Пленка рыхлая, легко снимается.

587. Продолжительность инкубационного периода при дифтерии:

- 2-10 дней
- до 24 часов
- до 2 суток
- 16-21 и более дней

588. К признакам парагриппа HE относится:

- На 4-5 день болезни на боковых поверхностях туловища появляется макуло-папулезная сыпь.
- Осиплость голоса, грубый "лающий кашель".

- Слабый интоксикационный синдром, умеренные катаральные явления.
- Субфебрильная температура тела, ведущим является синдром ларингита.

589. Признаки респираторно-синцитиальной инфекции включают все, КРОМЕ:

- Умеренное повышение температуры тела, катаральные явления, слабая интоксикация.
- Незначительное поражение мягкого неба и задней стенки глотки.
- Типичен гепатолиенальный синдром и энтероколит.
- Часто осложняется пневмонией, бронхиолитом, обструктивным бронхитом, ОДН.

590. К общим признакам аденовирусной инфекции НЕ относится:

- Менингоэнцефалитический синдром.
- Обильные серозные выделения из носа, отек задней стенки глотки с гиперплазией лимфатической ткани.
- На миндалинах экссудат в виде точечных белесоватых наложений.
- Частым является симптом конъюнктивита.

591. Какова продолжительность инкубационного периода чумы:

- от 1 до 6 дней
- несколько часов
- 30 дней
- несколько месяцев

592. Укажите инкубационный период при туляремии:

- до 7 дней
- 7-25 дней
- от 1 дня до 3 недель
- несколько часов

593. Укажите серологическую реакцию, которая используется для подтверждения диагноза туляремии:

- РНГА с эритроцитарным диагностикумом O, H, Vi
- РСК с антигеном Провачека
- Реакция Вейля-Феликса

- РСК с туляремийным антигеном

594. Выберите симптом, который НЕ характерен для кожной формы сибирской язвы:

- лихорадка
- наличие карбункула
- интоксикация
- болезненность в области карбункула

595. Укажите этиотропный препарат для лечения сибирской язвы:

- Стрептомицин
- Пенициллин
- Окситетрациклин
- Ципрофлоксацин

596. Укажите длительность инкубационного периода при сибирской язве:

- несколько часов
- от нескольких часов до 14 дней
- 1 месяц
- от 1 до 3 недель

597. Для ранней диагностики сибирской язвы применяют:

- посев крови
- флюоресцентную микроскопию
- посев желчи
- реакцию Видаля

598. Выберите клиническое проявление, НЕХАРАКТЕРНОЕ для чумы:

- лихорадка
- тяжелая интоксикация
- серозно-геморрагическое воспаление в лимфоузлах, легких и других органах
- умеренно выраженная интоксикация

599. К характерным признакам бубона при туляремии относят:

- незначительную болезненность и четкие контуры
- синюшность и блеск кожи над бубоном
- нагноение лимфоузлов в ранние сроки
- спаянность с окружающими тканями

600. Для специфической диагностики туляремии наиболее часто применяют:

- внутрикожную аллергическую пробу
- серологические методы диагностики (ИФА, РНИФ, РА)
- люминисцентную риноцитоскопию смывов из носоглотки
- генно-молекулярную диагностику (ПЦР)

601. Укажите длительность максимального инкубационного периода при ГЛПС:

- 45 дней
- 7 дней
- 2 недели
- 180 дней

602. Назовите синдром, наиболее характерный для ГЛПС:

- желтуха
- лихорадка
- энтерит
- почечный

603. Укажите НЕПРАВИЛЬНОЕ утверждение про ГЛПС:

- распространена преимущественно в сельской местности
- сопровождается тяжелым поражением печени
- сопровождается тяжелым поражением почек
- встречается на территории РФ от западных регионов до Дальнего Востока

604. В лабораторной диагностике ГЛПС применяют:

- РНИФ

- РНГА
- РСК
- РА

605. Наибольший подъем заболеваемости ГЛПС наблюдается:

- в феврале-марте
- в марте-апреле
- в мае-июне
- в октябре-декабре

606. Укажите, что НЕ относится к герпетической инфекции:

- поражает некоторые виды домашних животных
- вызывается вирусом простого герпеса
- относится к СПИД-ассоциированным болезням
- характеризуется преимущественным поражением эпителиальных клеток

607. Характерным первичным проявлением ВИЧ-инфекции является все, КРОМЕ:

- мононуклеозоподобный синдром
- лихорадка
- аутоиммунный гепатит
- энцефалит

608. Инфекционный мононуклеоз вызывается:

- хламидией
- бактерией
- энтеровирусом
- вирусом из группы герпесвирусов

609. Выберите, что НЕ характерно для инфекционного мононуклеоза:

- поражаются В-лимфоциты
- формируется прочный иммунитет
- поражаются ретикуло-эндотелиальные клетки

- нередко развивается гепатит

610. Укажите НЕПРАВИЛЬНОЕ утверждение в отношении клиники герпетической инфекции:

- в организме человека персистирует в нервных ганглиях
- источником инфекции являются больные и вирусоносители
- восприимчивость к простому герпесу высокая
- вирус простого герпеса вызывает генерализованный васкулит

611. ВИЧ-инфекция - это:

- антропоноз
- зооантропоноз
- сапроноз
- зооноз

612. К оппортунистическим инфекциям НЕ относят:

- кандидоз
- опоясывающий герпес
- пневмоцистную пневмонию
- иерсиниоз

613. К группам риска заражения ВИЧ-инфекцией НЕ относятся:

- потребители инъекционных наркотиков
- медицинские работники, имеющие постоянный контакт с кровью
- доноры крови
- лица, занимающиеся проституцией

614. Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции НЕ используют метод:

- вирусологический
- серологический
- микроскопический
- биологический

615. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции:

- только в период выраженных клинических проявлений
- только в терминальной стадии
- только в стадии острой инфекции (II Б)
- пожизненно, при наличии вiremии

616. Одним из опасных специфических осложнений ГЛПС является:

- острая печеночная недостаточность
- гнойный менингит
- почечная эклампсия
- прободение язв кишечника

617. Характерным осложнением брюшного тифа является:

- гиповолемический шок
- острая печеночная недостаточность
- острая почечная недостаточность
- кишечное кровотечение

618. Выберите клинические признаки прекомы при вирусных гепатитах:

- гепатоспленомегалия
- тахикардия, тремор кончиков пальцев
- увеличение печени, наличие сосудистых звездочек
- пальмарная эритема, венозный рисунок на боку живота

619. Диагностическим признаком развития острой печеночной недостаточности является:

- прогрессивное нарастание желтухи
- изменение цвета мочи
- энцефалопатия
- тахикардия

620. Основу лечения больных тяжелыми формами холеры составляет:

- дезинтоксикационная терапия с использованием тактики форсированного диуреза

- проведение внутривенной регидратации путем введения полиионных и коллоидных растворов
- проведение внутривенной регидратации путем струйного введения полиионных растворов
- комбинированная терапия, включающая регидратацию и применение вазопрессоров

621. К методу лабораторного обследования, имеющему решающее значение в диагностике малярии, относят:

- посев крови
- серологические реакции с малярийными антигенами
- микроскопию толстой капли и мазка крови
- клинический анализ крови

622. Основной причиной смерти больных с тяжелой формой малярии является:

- дыхательная недостаточность
- внутреннее кровотечение
- пневмония
- малярийная кома

623. Центральная Россия не является эндемичной по малярии территорией, потому что:

- недостаточная восприимчивость населения к малярии
- нет комаров-переносчиков инфекции
- нет паразитоносителей
- недостаточно высокая среднесуточная температура

624. Для Малярии-овале наиболее характерно:

- крайне тяжелое течение
- отсутствие поздних рецидивов
- развитие пароксизмов в вечернее и ночное время
- частое развитие церебральных форм

625. Обследованию на малярию подлежат лица:

- с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение 5 дней
- прибывшие из местности, где есть комары рода Anopheles
- получившие донорскую кровь

- с множественными укусами комаров

626. К основным источникам инфекции при бруцеллезе относят:

- диких животных
- клещей
- крупный и мелкий рогатый скот
- больного человека

627. Для проведения кожно-аллергической пробы при бруцеллезе применяют:

- пробу с антраксином
- пробу Бюрне
- реакцию Хеддельсона
- реакцию Райта

628. При хроническом бруцеллезе к наиболее поражаемым органам и системам органов относят:

- опорно-двигательный аппарат
- систему кроветворения
- органы дыхания
- пищеварительную систему

629. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет (в месяцах):

- более 12
- до 3
- свыше 6
- от 3 до 6

630. К основным клиническим симптомам острого бруцеллеза относят:

- парезы и параличи
- лихорадку, потливость
- диарею
- ангину

631. Для этиотропной терапии тяжелой формы гриппа применяется:

- осельтамивир
- азитромицин
- цефтриаксон
- изопринозин

632. Для лечения вирусно-бактериальных пневмоний при гриппе используют:

- цефтриаксон
- интерферон альфа 2b и интерферон гамма
- умифеновир (арбидол)
- рибаверин

633. Основными клиническими симптомами гриппа являются:

- умеренное повышение температуры, гиперемия слизистой ротоглотки, слизистое отделяемое по задней стенке глотки
- лихорадка, выраженная интоксикация при отсутствии ярких катаральных явлений
- лихорадка, выраженная интоксикация, наложения на миндалинах серозного характера
- лихорадка, рыхлая, пятнистая слизистая оболочка щек, одутловатость лица, гнойное отделяемое из носа

634. К наиболее быстрым и чувствительным методам лабораторной диагностики гриппа относят:

- исследование крови в парных сыворотках
- реакция связывания комплемента
- культивация вируса в культурах тканей
- исследование носоглоточной слизи методом ПЦР

635. Бактериальная суперинфекция при гриппе обусловлена:

- аллергической сенсibilизацией
- нарушением дренажной функции бронхов за счет бронхоспазма
- нарушением иннервации тканей
- развитием некроза слизистой трахеи и бронхов, нарушением микроциркуляции, иммуносупрессией

636. Когда заканчивается зародышевый и начинается плодный период внутриутробного развития человека?

- в конце первого месяца;
- в конце второго месяца;
- в начале третьего месяца;
- в конце третьего месяца;
- в начале четвертого месяца.

637. Как называется плоскость, лежащая между большим и малым тазом:

- плоскость широкой части полости;
- плоскость входа в малый таз;
- плоскость узкой части полости;
- плоскость выхода таза.

638. Угол наклона таза при положении женщины стоя составляет:

- 35-40°;
- 45-50°;
- 55-60°;
- 65-70°;
- 60-65°.

639. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом:

- оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию;
- профилактических осмотров на предприятиях;
- периодических осмотров декретированных контингентов;
- диспансерного наблюдения.

640. Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, не осуществляется в:

- в отделения больниц по профилю патологии;
- в отделения патологии беременных специализированных родильных домов;
- в отделения патологии беременных неспециализированных родильных домов;
- в санатории-профилактории.

641. Какой из приведенных ниже гормонов не синтезируется плацентой?

- эстриол;
- прогестерон;
- человеческий хорионический гонадотропин;
- человеческий плацентарный лактоген;
- пролактин.

642. Ранняя диагностика беременности предполагает:

- изменение базальной температуры;
- определение уровня ХГ в моче;
- УЗИ;
- динамическое наблюдение;
- все перечисленное.

643. Предполагаемая дата родов, если первый день последней менструации 19 июля:

- 6 февраля;
- 8 августа;
- 26 апреля;
- 8 февраля;
- 26 октября.

644. Продольным называется положение, при котором ось плода:

- находится под прямым углом к продольной оси матки;
- находится под острым углом к оси матки.;
- совпадает с длинником матки;
- находится под тупым углом к оси матки.

645. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

- позиция плода;
- вид плода;
- высота стояния дна матки;

- подлежащая часть.

646. Истинная конъюгата - это расстояние между:

- серединой верхнего края лона и мыса;
- наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом;
- нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса;
- гребнями подвздошной кости;
- между пупком и мечевидным отростком.

647. Диагональная конъюгата равна:

- 31-32 см;
- 12-13 см;
- 12-15 см;
- 28-29 см;
- 9-12 см.

648. Какой из скрининговых тестов не показан при нормальном течении беременности?

- серологическое обследование;
- группа крови и резус-фактор;
- определение человеческого хорионического гонадотропина;
- определение уровня гемоглобина;
- исследование мазков на цитологию.

649. Своевременные роды при сроке гестации:

- 154-259 дней;
- 259-294 дня;
- 240-259 дней;
- 295-308 дней.

650. Что такое пояс соприкосновения:

- терминальная линия;
- место охвата головки стенками нижнего сегмента;

- граница между малым и большим тазом;
- линия, ограничивающая плоскость выхода таза.

651. В течение родов разделяют:

- два периода;
- три периода;
- четыре периода;
- шесть периодов.

652. III период родов:

- период раскрытия;
- последовый период;
- период изгнания.

653. При применении промедола в родах возможными осложнениями могут быть:

- анурия;
- гипертензия;
- угнетение дыхания у матери и плода;
- все перечисленные;
- никакие из перечисленных.

654. Для зрелой шейки матки характерно:

- расположение ее по проводной оси таза;
- размягчение на всем протяжении;
- проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальцев;
- укорочение шейки до 1-1,5 сантиметров;
- все перечисленное.

655. Что характерно для схваток в активной фазе родов:

- во время схватки в полости матки повышается давление;
- схватки вызывают раскрытие шейки матки;
- схватки возникают каждые 2-4- минуты;

- схватки продолжаются 60 секунд;
- все перечисленное.

656. При ведении родов не следует допускать удлинения безводного промежутка более:

- 6 ч;
- 8 ч;
- 12 ч;
- 16 ч;
- 20 ч.

657. Показанием к проведению влагалищного исследования в экстренном порядке является все перечисленные ниже ситуации, кроме:

- излития околоплодных вод;
- появления кровянистых выделений из половых путей;
- изменения сердцебиения плода;
- хронической фетоплацентарной недостаточности;
- выпадения петель пуповины.

658. Раннюю амниотомию производят при:

- преждевременных родах;
- анатомически узком тазе;
- тазовом предлежании плода;
- плоском плодном пузыре;
- многоплодной беременности.

659. Роды через естественные родовые пути при лобном вставлении доношенного плода:

- возможны;
- невозможны;
- требуют индивидуального подхода;
- зависят от массы плода.

660. Пособия по Цовьянову не применяются при:

- чисто ягодичном;

- смешанном ягодичном;
- полном ножном;
- неполном ножном.

661. Клинически узкий таз – это:

- одна из форм анатомически узкого таза;
- отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности;
- несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности;
- все перечисленное;
- ничего из перечисленного.

662. Размеры таза 24 – 26 – 29 – 18 см. Какой это таз?

- нормальные размеры таза;
- общеравномерносуженный таз;
- простой плоский таз;
- общесуженный плоский таз;
- плоскорихитический таз.

663. Слабость родовой деятельности характеризуется:

- нарушением ритма сокращений матки;
- ослаблением или чрезмерным усилением схваток;
- наличием судорожных сокращений матки;
- отсутствием координированности сокращений между правой и левой половиной матки;
- ничем из перечисленного.

664. Роды З, преждевременные. Положение плода поперечное, II позиция. Открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел. Что делать?

- произвести наружный поворот плода на головку;
- родоразрешить путем операции кесарева сечения;
- проводить стимуляцию родовой деятельности;
- произвести комбинированный наружно-внутренний поворот плода с последующей экстракцией.

665. К преимуществам кесарева сечения в нижнем сегменте матки не следует относить:

- разрез в функционально менее активной и малососудистой зоне;
- соответствие направления разреза на матке направлению основных пластов миометрия;
- заживление раны на матке путем полной регенерации.

666. Для наложения акушерских щипцов необходимы нижеперечисленные условия, кроме:

- внутриутробной гибели плода;
- полного раскрытия шейки матки;
- переднего вида затылочного предлежания;
- отсутствия плодных оболочек;
- определенного положения головки плода.

667. К причинам кровотечений в раннем послеродовом периоде не относится:

- гипотония матки;
- разрыв шейки матки, влагалища, промежности;
- задержка дольки плаценты;
- нарушение свертываемости крови;
- наличие у беременной ожирения 2 степени.

668. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки является все, кроме:

- кровопотери, превышающей физиологическую;
- наличия рубцов на матке;
- разрыва шейки матки 1-2 степени;
- сомнения целостности последа;
- подозрения на разрыв матки.

669. Показанием к удалению матки при отслойке нормально расположенной плаценты является:

- перерастяжение матки;
- имбибиция стенки матки кровью;
- наличие миоматозного узла;
- наличие добавочного рога матки.

670. Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно:

- боли в животе;
- отсутствие болей в животе;
- геморрагический шок;
- изменение сердцебиения плода;
- изменение формы матки.

671. В женскую консультацию обратилась повторнородящая женщина при сроке беременности 33-34 недели по поводу кровянистых выделений из половых путей, появившихся утром после сна. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Матка в состоянии обычного тонуса. Какова тактика врача?

- произвести влагалищное исследование;
- срочно госпитализировать в дородовое отделение родильного дома;
- назначить кровоостанавливающие средства;
- рекомендовать повторный осмотр в женской консультации через 3 дня.

672. Заживление плацентарной площадки происходит под влиянием:

- распада и отторжения остатков децидуальной оболочки;
- регенерации эндометрия из донных желез;
- эпителизации эндометрия;
- образования грануляционного вала из лейкоцитов;
- всего перечисленного.

673. Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении спо- способствует:

- снижению частоты гнойно-септических заболеваний;
- становлению лактации;
- формированию психоэмоциональной связи матери и ее ребенка;
- всему перечисленному выше.

674. Наиболее частым гнойно-септическим осложнением, развивающимся в послеродовом периоде, являются:

- мастит;
- эндометрит;
- раневая инфекция;
- пиелонефрит;

- тромбофлебит.

675. Что соответствует II этапу инфицирования согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

- инфекция в пределах послеродовой раны;
- инфекция вышла за пределы раны, но ограничена малым тазом;
- инфекция вышла за пределы малого таза, близка к генерализованной;
- генерализованная инфекция.

676. Подавление лактации при мастите показано при:

- серозном мастите;
- гнойном мастите;
- инфильтративном мастите.

677. Эклампсию необходимо дифференцировать:

- с эпилепсией;
- с гипертонической болезнью;
- с опухолью мозга;
- с инсультом;
- со всем перечисленным.

678. Инфузионная терапия при тяжелой преэклампсии предполагает:

- уменьшение гиповолемии;
- улучшение реологических свойств крови;
- нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах;
- лечение гипоксии плода;
- все перечисленное верно.

679. Акушерская тактика при осложненном аппендиците при доношенной беременности предусматривает:

- консервативное ведение родов;
- кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки;
- кесарево сечение;

- кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков;
- кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами.

680. Зеленый цвет околоплодных вод свидетельствует:

- о хронической гипоксии плода;
- об острой гипоксии плода;
- об антенатальной гибели плода;
- о гемолитической болезни плода;
- о нарушении обмена амниотической жидкости.

681. Децелерация – это:

- учащение сердечных сокращений плода;
- урежение сердечных сокращений плода;
- отражение бодрствования плода;
- отражение глубокого сна плода;
- ничего из перечисленного.

682. Наиболее частой причиной самопроизвольного аборта в ранние сроки является:

- несовместимость по резус-фактору;
- поднятие тяжести, травма;
- хромосомные аномалии;
- инфекции;
- истмико-цервикальная недостаточность.

683. К внутриутробному инфицированию плода может привести:

- ОРВИ во время беременности;
- обострение хронического пиелонефрита во время беременности;
- угроза прерывания беременности;
- кольпит во время беременности;
- все ответы правильные.

684. Возможен ли резус-конфликт у резус-отрицательной матери при первой беременности?

- да;
- нет.

685. Ранняя неонатальная смертность – это:

- смертность детей на первой неделе жизни;
- смертность детей на первом месяце жизни;
- смертность детей в возрасте до 2 лет;
- смертность детей на первом году жизни.

686. Продолжительность нормального менструального цикла:

- 28-29 дней
- 28-40 дней
- 3-7 дней
- 21-35 дней
- 14-28 дней

687. Продолжительность нормальной менструации:

- 1-3 дня
- 3-7 дней
- 7-8 дней
- 4-10 дней
- 10-12 дней

688. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации:

- 200-250 мл
- 150-200 мл
- 100-150 мл
- 50-80 мл
- 20-30 мл

689. Десквамация функционального эндометрия происходит вследствие:

- «Пикового» выброса ЛГ

- Снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови
- Снижения уровня пролактина в крови
- «Пикового» выброса ФСГ
- Повышения уровня андрогенов в крови

690. «Пик» ЛГ в середине менструального цикла является следствием:

- Значительного повышения уровня пролактина в крови
- Уменьшения выработки ФСГ
- Уменьшения выработки ГнРГ
- Снижения уровня эстрогенов и прогестерона
- Значительного повышения уровня эстрадиола

691. Синтез гонадотропинов осуществляется в:

- Передней доле гипофиза
- Задней доле гипофиза
- Ядрах гипоталамуса
- Нейронах коры большого мозга
- Нейронах мозжечка

692. Укажите основные биологические свойства эстрогенов – все, кроме:

- Активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах
- Усиливают синтез остеобластов
- Оказывают антиатеросклеротическое действие
- Уменьшают свертываемость крови
- Стимулируют пролиферацию влагалищного эпителия

693. Перечислите основные биологические свойства прогестерона – все, кроме:

- Вызывает секреторную трансформацию эндометрия
- Оказывает натрий-диуретический эффект
- Уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и маточных труб
- Активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах
- Способствует повышению ректальной температуры

694. Основными стероидпродуцирующими тканями яичника являются все – кроме:

- Клетки гранулезы
- Белочная оболочка
- Тека-ткань
- Строма яичника
- Все перечисленные

695. Факторы роста, участвующие в процессе фолликулогенеза:

- Инсулиноподобные факторы роста
- Эпидермальный фактор роста
- Ингибин В
- Сосудистый эндотелиальный фактор роста
- Все перечисленные

696. Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки является:

- Визуальный осмотр
- Кольпоскопия
- Радионуклидный метод
- Цитологическое исследование мазков
- Биопсия шейки матки

697. Какие рентгенологические признаки характерны для нормальной полости матки?

- Правильная треугольная форма
- Заостренные трубные углы
- Наличие сужения в области перешейка
- Все перечисленное
- Ничего из перечисленного

698. Перечислите основные противопоказания к гистероскопии:

- III – IV степень чистоты влагалищного отделяемого
- Аменорея

- Острые воспалительные заболевания половых органов, беременность
- Аллергическая реакция на йод

699. В процессе выполнения гистероскопии возможны следующие осложнения:

- Газовая эмболия
- Анафилактический шок на введение контрастного вещества
- Перфорация матки
- Ранение мочеточников
- Ранение внутренней подвздошной артерии

700. К патологической аменорее не относится:

- Психогенная аменорея
- Аменорея при синдроме Шихана
- Аменорея детского возраста
- Аменорея при синдроме Каллмана
- Аменорея при дисгенезии гонад

701. Ятрогенная аменорея может быть вызвана всем, кроме:

- Приема ингибиторов MAO
- Двусторонней овариоэктомии
- Каутеризации яичников
- Тотальной гистерэктомии
- Приема агонистов ГнРГ

702. Ложная аменорея обусловлена:

- Аплазией матки
- Гинатрезией
- Синдромом гиперпролактинемии
- СПКЯ
- Андрогенпродуцирующей опухолью надпочечников

703. Послеродовый гипопитуитаризм необходимо дифференцировать со всем, кроме:

- Синдрома «пустого турецкого седла»
- Опухоли гипофиза
- Гипотиреоза
- Аплазии матки
- Психогенной аменореи

704. Возможные причины гиперпролактинемии – все, кроме:

- Приема ингибиторов дофамина
- Аденомы гипофиза
- Гипотиреоза
- Овариэктомии
- Беременности

705. Препарат первой линии терапии при пролактиноме гипофиза:

- Каберголин
- Бромкриптин
- Хинаголид
- Эстрадиол
- Кломифен

706. Основные диагностические критерии СПКЯ:

- Ожирение, олиго-/ановуляция, гиперпролактинемия
- Ожирение, гиперандрогения, инсулинорезистентность
- Высокий ЛГ, ожирение, УЗ-признаки ПКЯ
- Гиперандрогения, олиго-/ановуляция, УЗ-признаки ПКЯ
- Соотношение ЛГ/ФСГ более ++ ожирение, УЗ-признаки ПКЯ

707. К методам стимуляции овуляции при СПКЯ относят все, кроме использования:

- Кломифена
- Гестагенов
- Гонадотропинов
- Клиновидной резекции яичников

- Каутеризации яичников

708. Метод лечения синдрома истощения яичников:

- Назначение ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами
- Назначение ЗГТ глюкокортикоидами
- Стимуляция овуляции
- Удаление яичников
- Назначение агонистов ГнРГ

709. Этиология ВДКН:

- Дефицит фермента P450-ароматазы
- Опухоль гипофиза
- Дефицит фермента 21-гидроксилазы
- Андрогенпродуцирующая опухоль надпочечников
- Дефицит фермента 5 α -редуктазы

710. Ведущая теория патогенеза предменструального синдрома:

- Аллергическая
- Водной интоксикации
- Гормональная
- Обменно-эндокринная
- Ничего из перечисленного

711. Клиническими формами предменструального синдрома являются все, кроме:

- Кризовой
- Нервно-психической
- Цефалгической
- Артралгической
- Отечной

712. Менопауза – это:

- Первая в жизни менструация

- Последняя в жизни менструация
- Первые 12 мес. после прекращения менструаций
- Первые 3-5 лет после прекращения менструаций
- Ничего из перечисленного

713. К ранним проявлениям перименопаузального синдрома относятся:

- Вазомоторные симптомы
- Эмоционально-аффективные расстройства
- Прибавку массы тела и ожирение
- Все перечисленное
- Ничего из перечисленного

714. К средневременным симптомам перименопаузального синдрома не относятся:

- Дизурические явления
- Ломкость ногтей, волос
- Появление глубоких морщин
- Дисбиозы влагалища
- Остеопороз

715. К поздним осложнениям перименопаузального синдрома относятся:

- Вазомоторные симптомы
- Эмоционально-аффективные расстройства
- Генитоуринарный синдром
- Атрофические изменения кожи и ее придатков
- Остеопороз

716. Факторы риска гиперпластических процессов и рака эндометрия:

- Нарушения жирового обмена
- Артериальная гипертензия
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Все ответы правильные

717. Атипическая гиперплазия эндометрия может переходить в рак:

- В репродуктивном возрасте
- В пременопаузальном возрасте
- В любом возрасте
- В периоде постменопаузы
- Ничего из перечисленного

718. Наиболее частым механизмом развития ановуляторных маточных кровотечений в ювенильном периоде является:

- Гиполютеинизм
- Персистенция фолликулов
- Атрезия фолликулов
- Гиперпролактинемия
- Нарушения в свертывающей системе крови

719. К инфекциям передающимся половым путем не относится:

- Хламидиоз
- Трихомониаз
- Энтеробиоз
- Микоплазмоз
- Гонорея

720. Препараты выбора для лечения микоплазменной инфекции:

- Доксициклина моногидрат
- Джозамицин
- Азитромицин
- Ципрофлоксацин
- Цефтриаксон

721. Препараты для лечения трихомониаза:

- Метронидазол
- Доксициклин
- Тинидазол

- Амоксициллин
- Азитромицин

722. К высокоонкогенным штаммам ВПЧ относятся:

- 6, 11
- 16, 18, 51, 52
- 1, 2, 3
- 24, 26
- Все перечисленные

723. Клинические проявления папилломовирусной инфекции:

- Кондиломы
- Пенистые, гнойные выделения желтого цвета
- Творожистые выделения
- Везикулезные высыпания
- Дисплазия шейки матки

724. Чем обусловлены иммунологические факторы бесплодия?

- Образование антиспермальных антител
- Ановуляцией
- Атрезией цервикального канала
- Нарушением проходимости маточных труб
- Деформацией полости матки

725. Показания для хирургического лечения при ВЗОМТ:

- Пиосальпингс
- Тубоовариальный абсцесс, перитонит
- Неосложненный сальпингоофорит
- Эндометрит

726. Миома матки:

- Имеет определенные патогенетические связи с состоянием рецепторного аппарата миометрия

- При расположении узла между листками широкой связки относится к атипичной форме
- Считается быстрорастущей при увеличении ее размеров более чем на 5 недель за один год
- Может сопровождаться анемией
- Все перечисленное верно

727. Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:

- Хроническая тазовая боль
- Олигоменорея
- Меноррагия
- Диспареуния
- Синдром сдавления соседних органов

728. Операция экстирпации матки отличается от надвлагалищной ампутации матки удалением:

- Верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку
- Параметральной клетчатки
- Подвздошных лимфатических узлов
- Шейки матки
- Придатков матки

729. Наиболее частой формой внутреннего эндометриоза матки является:

- Диффузная
- Очаговая
- Узловая
- Кистозная
- Верно 1 и 3

730. В раннем послеоперационном периоде реабилитация больных с эндометриозом направлена:

- На уменьшение структурных изменений в малом тазу
- На уменьшение сопутствующих эндокринных изменений
- На уменьшение болевых ощущений
- Все перечисленное
- Ничто из перечисленного

731. Эндометриоз яичников:

- Относится к наружному генитальному эндометриозу
- Характеризуется типичной клинической симптоматикой
- Выявляется с помощью гистеросальпингографии
- Диагностируется при гистероскопии
- Часто является показанием для хирургического лечения

732. Кистомы яичников:

- Это истинные опухоли
- Увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток
- Имеют капсулу
- Могут малигнизироваться
- Все перечисленное верно

733. Операцией выбора при доброкачественной опухоли яичника в пре- и постменопаузе является:

- Резекция яичника
- Удаление придатков со стороны поражения
- Двухстороннее удаление придатков
- Надвлагалищная ампутация матки с придатками
- Надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомия

734. Ведущей причиной развития предрака и рака шейки матки является:

- Цитомегаловирусная инфекция
- Герпетическая инфекция
- Хламидийная инфекция
- Папилломовирусная инфекция
- Дисгормональные нарушения

735. Гормональная контрацепция включает все, кроме:

- Комбинированных оральных контрацептивов
- Чисто гестагенных контрацептивов

- Внутриматочной рилизинг-системы «Мирена»
- Антагонистов прогестерона (мифепристон)
- Спермицидов

736. Дайте определение «посттромбофлебитической болезни»:

- затруднение венозного оттока из пораженной конечности
- затруднение артериального притока в пораженной конечности
- затруднение лимфатического оттока из пораженной конечности

737. В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:

- механическая
- гормональная
- ангиодисплазии
- наследственная
- коллагенозов

738. Малая подкожная вена обычно располагается:

- в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
- в подкожной клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней трети голени
- между листками глубокой фасции на всем протяжении
- субфасциально
- между листками глубокой фасции в нижней половине с субфасциально в верхней трети голени

739. Все перечисленные факторы приводят к прогрессированию варикозной болезни нижних конечностей, кроме

- беременности
- тромбофлебита
- потери веса
- асцита
- опухоли брюшной полости

740. Варикозное расширение вен нижних конечностей, проявляется

- отеком
- гиперпигментацией кожи голеней
- образованием язв на голенях
- гипостатической экземой
- всем вышеперечисленным

741. Факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей все, кроме

- затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей
- сброс крови из глубоких вен а поверхностные через перфоранты
- относительная клапанная недостаточность глубоких вен
- системная артериальная гипертензия
- клапанная недостаточность поверхностных вен

742. Что неправильно? При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей нередко находят

- деформирующий артроз
- геморрой
- вальгусную деформацию стопы
- склонность к грыжеобразованию

743. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем, кроме

- врожденного нарушения клапанного аппарата
- длительной ходьбы
- непроходимости глубоких вен
- беременности
- посттромбофлебитического синдрома

744. Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей:

- регулярное плавание
- теплые термальные и плавательные бассейны
- переменные бассейны, использование экстрактов с тонизирующим и антиотечным действием
- ходьба в эластичных чулках

- все перечисленное

745. Для лечения варикозной болезни нижних конечности применимо все, кроме:

- склеротерапии
- тугой кольцевидной перетяжки конечности
- оперативной перевязки вен
- эластического бинтования конечности
- отдыха с приподнятыми нижними конечностями

746. Какие оперативные вмешательства выполняются при варикозной болезни?

- операция Троянова - Тренделенбурга
- операция Бебкока
- коррекция клапанной недостаточности глубоких вен
- операция Нарата
- все перечисленные операции

747. Какие операции применяются при варикозной болезни нижних конечностей с целью устранения вено-венозного сброса через перфорантные вены голени?

- операция Троянова-Тренделенбурга
- операция Бебкока
- операция Коккета
- операция Шаде-Кохера
- операция Сидориной

748. С помощью какого метода можно оценить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни?

- ультразвуковой доплерографии
- реовазографии
- радиоиндикацией с меченым фибриногеном
- капилляроскопии
- сфигмографии

749. Симптомы варикозной болезни вен нижних конечностей все, кроме:

- отечности дистальных отделов конечности к концу дня
- судорог в ногах по ночам
- резких болей в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота)
- трофических расстройств кожи в нижней трети голени
- наличия расширенных вен

750. Факторы, способствующие улучшению венозного кровотока в низких конечностях в послеоперационном периоде все, кроме:

- раннего вставания
- бинтования голени эластичными бинтами
- возвышенного положения конечностей
- длительного и строгого постельного режима
- сокращения икроножных мышц

751. К осложнениям варикозной болезни относится всё, кроме:

- экзема и дерматит
- индурация подкожной клетчатки
- трофические язвы
- тромбофлебит
- слоновость

752. После флебэктомии рекомендуется:

- раннее вставание
- эластичное бинтование конечности
- физиотерапевтическое лечение
- лечебная гимнастика
- все перечисленное

753. Радикальным при варикозной болезни будет вмешательство:

- устраняющее сброс из глубоких вен в поверхностные
- обеспечивающее удаление несостоятельных поверхностных вен
- корригирующее несостоятельные клапаны глубоких вен
- решающее все эти задачи

754. Целью бинтования нижних конечностей эластичными бинтами в послеоперационном периоде является:

- необходимость профилактики лимфостаза
- ускорение кровотока по глубоким венам
- замедление кровотока по глубоким венам
- профилактика трофических расстройств
- необходимость воздействия на артериальный кровоток

755. Устранить сброс крови из глубоких вен в поверхностные позволяют операции:

- Троянова-Тренделенбурга
- Коккета
- Линтона
- все три операции
- ни одна из них

756. Что следует предпринять при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?

- прижать бедренную артерию
- наложить жгут
- наложить давящую повязку
- внутримышечно ввести викасол
- внутривенно перелить фибринолизин

757. К осложнениям варикозной болезни нижних конечностей относят все, кроме:

- гангрены
- тромбофлебита
- хронической венозной недостаточности
- экземы и дерматита
- трофических язв

758. Для трофических язв характерно:

- локализация на медиальной поверхности нижней трети голени

- резкий болевой синдром
- локализация на дистальных фалангах пальцев стоп
- отсутствие пульса на артериях стоп

759. Какой процент населения в среднем страдает варикозной болезнью?

- 1 – 2 %
- 5 – 8 %
- 20 – 25 %
- 50 – 60 %
- более 80 %

760. Посттромбофлебитическая болезнь развивается в :

- глубоких венах конечностей
- в подкожной клетчатке в нижней половине голени
- артериях конечностей
- мышечной ткани конечностей

761. Посттромбофлебитическая болезнь является следствием перенесенного тромбоза:

- артерий конечностей
- глубоких вен конечностей
- поверхностных вен конечностей
- на уровне микроциркуляторного русла

762. Укажите последовательность формирования посттромбофлебитической болезни конечностей:

- фибринолиз→реканализация→острый тромбоз
- реканализация→острый тромбоз→фибринолиз
- острый тромбоз→фибринолиз→реканализация

763. Какие симптомы характерны для лимфедемы?

- боль
- мягкий отек
- нарушение движения в суставах конечности

- трофические нарушения
- все перечисленное

764. Основной компонент консервативного лечения лимфедемы?

- массаж
- медикаментозная терапия
- физиолечение
- лимфостимуляция
- сорбция
- эластическая компрессия

765. Какая степень компрессии нужна при лимфедеме?

- первая
- вторая
- третья

766. При остром геморрое первичным является:

- тромбоз
- воспаление
- только при кровоточащем геморрое - тромбоз
- при геморрое с воспалением узлов первичным является воспаление
- единого мнения не существует

767. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- сфинктерит
- анусит
- воспаление геморроидальных узлов
- острый тромбоз геморроидальных узлов
- тромбофлебит геморроидальных узлов

768. При остром тромбозе геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается:

- в морганиевых криптах

- в кавернозных тельцах
- в венах подслизистого слоя
- в сосудах слизистой оболочки прямой кишки
- четкой закономерности нет

769. Присоединение инфекции при остром тромбозе геморроидальных узлов всегда приводит к:

- развитию парапроктита
- образованию свищей прямой кишки
- к восходящему тромбозу сосудов прямой кишки
- улучшению микроциркуляции в слизистой оболочки дистальной части прямой кишки за счёт притока крови к очагам воспаления
- нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

770. Объективным признаком присоединения воспаления при остром тромбозе геморроидальных узлов является:

- усиление болей в области заднего прохода
- повышение температуры тела
- появление перианального отёка, отсутствие дифференцировки узлов
- затруднённое мочеиспускание
- затруднённый акт дефекации

771. В амбулаторных условиях при тромбозе наружных геморроидальных узлов с наличием перианального отёка и некроза целесообразнее всего:

- после наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала
- после пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию
- для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома
- после наружного осмотра максимально щадящее сделать пальцевое исследование прямой кишки
- ограничиться наружным осмотром области заднего прохода

772. При остром тромбозе геморроидальных узлов с перианальным отёком срочная операция:

- показана во всех случаях
- всегда противопоказана

- показана при сильных болях
- показана у молодых пациентов, если тромбоз не в первый раз
- показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)

773. Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана:

- при наличии некроза слизистой
- при наличии перианального отёка, что бы уменьшить боль
- при тромбозе наружного узла
- при нарастании перианального отёка
- желанием больного

774. При тромбозе с перианальным отёком нужно отсрочить операцию из-за:

- опасности тромбэмболии
- выраженных болей в области заднего прохода
- отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений
- невозможности ушить рану наглухо
- возможности повредить наружный сфинктер заднего прохода

775. Больной лечится по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов амбулаторно. Лучше всего:

- назначить приём солевых слабительных
- сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
- лигировать узлы латексными кольцами
- назначить анальгетики, на первые 2-3 дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином и пр., диету
- применить склерозирующую терапию

776. Острым парапроктитом называется

- любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
- острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
- острое воспаление в области морганиевых крипт
- острое воспаление слизистой прямой кишки

- изъязвление слизистой в области морганиевых крипт

777. Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

- гематогенным путем
- лимфогенным путем
- через кожу
- из прямой кишки
- из соседних органов, пораженных воспалительным процессом

778. Выводные протоки анальных желез открываются

- на дне морганиевых крипт
- в межфинктерном пространстве
- в параректальной клетчатке
- на слизистой в области гребешка
- в области анальных сосочков

779. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

- туберкулезная палочка
- стафилококк
- кишечная палочка
- протей
- смешанная микрофлора

780. Самой частой формой острого парапроктита является

- подслизистый парапроктит
- подкожный парапроктит
- ишиоректальный
- пельвиоректальный
- ретроректальный

781. Локализация гнойника при остром парапроктите устанавливается при пальцевом исследовании прямой кишки. Одним из основных ориентиров служит аноректальная линия. При подкожном парапроктите гнойник располагается

- выше аноректальной линии
- на уровне аноректальной линии
- ниже аноректальной линии
- зависит от величины абсцесса
- зависит от расположения пораженной крипты

782. В начале заболевания особенно трудна диагностика

- подкожного парапроктита
- подслизистого парапроктита
- ишиоректального парапроктита
- пельвиоректального парапроктита
- межмышечного парапроктита

783. При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход чаще располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода

- только транссфинктерно
- только экстрасфинктерно
- всегда кнутри от сфинктера
- транссфинктерно и экстрасфинктерно
- чаще всего транссфинктерно

784. Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего

- госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- вскрыть гнойник в поликлинике
- назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке

785. После вскрытия гнойника при остром парапроктите без иссечения гнойного хода и пораженной крипты наименее вероятно

- формирование свища прямой кишки
- рецидивирование парапроктита

- выздоровление
- периодическое появление болей в промежности
- послеоперационная недостаточность анального сфинктера

786. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:

- злокачественного процесса
- перианальных кондилом
- острого парапроктита
- анальной трещины
- геморроя

787. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является:

- зуд в области промежности
- боль в прямой кишке пульсирующего характера
- кровотечение во время дефекации
- наличие на коже промежности рубцов
- наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности

788. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению:

- к внутреннему сфинктеру
- наружному сфинктеру заднего прохода
- к морганиевой крипте
- клетчаточному пространству
- к лонному сочленению

789. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить:

- посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- посев кала на дисбактериоз
- цитологическое или гистологическое исследование
- сфинктерометрию
- рентгенографию крестцового отдела позвоночника

790. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и:

- рак прямой кишки
- кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
- эпителиальный копчиковый ход
- остеомиелит копчика
- свищевую форму пиодермии

791. При экстрасфинктерных свищах деление на степени сложности в основном имеет значение для:

- дифференцированного подхода к выбору вида операции
- прогнозирования исходов лечения
- разработки мер профилактики осложнений
- выбора вида обезболивания
- для планирования сроков пребывания больного в стационаре

792. При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать:

- шелк
- викрил или полисорб
- лавсан
- кетгут хромированный
- кетгут простой

793. Пересечение анокопчиковой связки:

- производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
- выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
- целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
- при свищах прямой кишки никогда не производится
- не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера

794. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- в морганиевой крипте
- на линии Хилтона
- в нижеампулярном отделе прямой кишки
- в вышеампулярном отделе прямой кишки
- в среднеампулярном отделе прямой кишки

795. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять:

- наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- пальцевое исследование прямой кишки
- окрашивание свищевого хода и зондирование
- колоноскопию
- ректороманоскопию

796. При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является

- кровотечение струйкой в конце акта дефекации
- выделение крови в конце акта дефекации каплями
- слизисто-кровянистые выделения из ануса
- выделение малых порций алой крови
- «стулобоязь»

797. Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

- на задней стенке анального канала
- на передней стенке анального канала
- на 3-х часах по циферблату
- на 9 часах по циферблату
- одинаково часто на задней и передней стенках

798. В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:

- ректальным кровотечениям
- Затруднённому венозному оттоку
- спазму внутреннего сфинктера
- спазму наружного сфинктера

- анальному зуду и мацерации

799. Для острой анальной трещины нехарактерно:

- боли в заднем проходе
- спазм сфинктера
- скудные выделения крови
- выделение гноя
- "стулобоязнь"

800. При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует:

- обязательно выполнить уже при первичном осмотре
- отсрочить до купирования болей и эпителизации дефекта
- ректороманоскопия не показана вообще
- выполнить после дивульсии заднего прохода
- обязательно выполнить с применением обезболивания

801. Показанием для безотлагательного обследования всей толстой кишки при наличии острой анальной трещины служит:

- острое начало заболевания
- дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- жалобы на периодический метеоризм
- пожилой возраст больного
- выделения крови и слизи из заднего прохода

802. Причинами первичного анального зуда могут быть:

- воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
- сахарный диабет
- глистная инвазия
- гепатит и пиелонефрит
- несоблюдение гигиены

803. Что не характерно для анокопчикового болевого синдрома?

- кокцигодиния

- боль в анальном канале
- боль в сигмовидной кишке
- боль в прямой кишке

804. Что не относится к причинам кокцигодинии по классификации А.Н.Рыжих (1956г)?

- кокцигодиния травматического характера
- кокцигодиния инфекционного характера
- кокцигодиния идиопатического характера
- кокцигодиния обменного характера

805. В лечении анального зуда не применяется:

- гигиенические мероприятия
- диета
- инъекционные методы лечения
- лечебная физкультура
- лечение грибковых заболеваний

806. Причиной язвенного колита является

- психическая травма
- физическая травма
- перенесенная кишечная инфекция
- микробное начало
- причина неизвестна

807. В классификацию язвенного колита не включается фактор:

- этиология
- локализация процесса
- тяжесть заболевания
- острота болезни
- длительность заболевания

808. Для диагностики язвенного колита наиболее информативным является:

- аноскопия
- посев кала на микрофлору
- колоноскопия
- рентгенологическое исследование тонкой кишки
- гастроскопия

809. Для оценки тяжести атаки язвенного колита не учитывается критерий

- склонность к запорам
- частота стула в сутки
- примесь крови в стуле
- температура тела
- изменение лабораторных показателей

810. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу язвенного колита является:

- кишечное кровотечение
- токсическая дилатация толстой кишки
- отсутствие эффекта от консервативной терапии
- перфорация толстой кишки
- учащение стула до 5-6 раз сутки

811. Элементами предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу язвенного колита являются

- введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики
- очистительная клизма, антибиотики, наркотики
- очистительная клизма, гормональные препараты, наркотики
- кишечный лаваж
- 15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут

812. Нежелательным элементом в процессе предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу язвенного колита, осложненного кровотечением, является:

- локальная гипотермия
- применение гемостатиков, препаратов крови

- применение противошоковых инфузионных средств
- назначение антикоагулянтов
- назначение стероидных препаратов

813. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций , применяемых у больных язвенным колитом, являются:

- закрытие двуствольной илеостомы после операции отключения
- колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
- закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
- илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
- илеотрансверзоанастомоз

814. Введение послеоперационного периода у больных язвенным колитом предусматривает:

- в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену их сразу же после операции
- постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель
- длительное продолжение гормональной терапии
- увеличение дозы гормональных препаратов
- снижение дозы гормонов в два раза через день после операции

815. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает:

- формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
- ушивания "окна" между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
- подшивания серозной оболочки кишки к коже
- подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
- подшивания париетальной брюшины к коже

816. В каком возрасте развивается острый аппендицит

- в детском
- в половозрелом
- в старческом
- в любом

817. Какое расположение червеобразного отростка встречается наиболее часто

- тазовое
- подпеченочное
- медиальное
- ретроцекальное
- свободно в брюшной полости

818. При диагнозе острый аппендицит больной должен быть прооперирован

- через 1 час
- через 2 часа
- через 6 часов
- через 12 часов
- через 24 часа

819. Для какого расположения червеобразного отростка характерен симптом Образцова

- свободного в брюшной полости
- тазового
- подпеченочного
- медиального
- ретроцекального

820. Какой доступ используется наиболее часто при аппендэктомии

- Мак-Бурнея
- Ленандера
- нижне-срединная лапаротомия
- поперечный (трансректальный)

821. Какое осложнение острого аппендицита лечится консервативно

- перитонит
- аппендикулярный инфильтрат

822. Наиболее информативным методом ранней диагностики острой тонкокишечной непроходимости является один из следующих:

- обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- лапароскопия
- ирригоскопия
- ультрасонография брюшной полости
- колоноскопия

823. При каком виде кишечной непроходимости могут наблюдаться кровянистые выделения из прямой кишки?

- паралитической
- спастической
- инвагинации
- завороте тонкой кишки
- инфаркте кишечника

824. Больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, в ранние сроки заболевания рациональнее всего выполнить следующую операцию:

- правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом
- наложение илеостомы
- наложение цекостомы
- операцию Гартмана
- операцию Микулича

825. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- постепенного нарастания симптомов
- вздутия живота
- появления чаш Клойбера
- задержки стула
- быстрого обезвоживания

826. Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- завороте тонкой кишки

- завороте сигмовидной кишки;
- опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости
- обтурационной толстокишечной непроходимости
- илеоцекальной инвагинации

827. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

- наличием выпота в брюшной полости
- скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
- скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
- наличием свободного газа в брюшной полости
- все перечисленное неверно

828. У больной 75 лет, с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, поступившей в поздние сроки заболевания, наиболее рациональна следующая тактика:

- обследование и выполнение операции через 48-72 часа
- строго консервативная терапия
- инфузионная терапия и сифонные клизмы
- подготовка к операции в течение 2-3 часов с последующим выполнением операции Гартмана
- экстренная операция с выполнением резекции сигмовидной кишки и анастомозом «конец в конец»

829. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:

- инородные тела
- желчные камни
- опухоли
- спайки брюшной полости
- гельминты

830. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- инородными телами
- желчными камнями
- злокачественными опухолями толстого кишечника
- спайками брюшной полости

- гельминтами

831. Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

- обтурационной
- странгуляционной
- смешанной
- спастической
- динамической

832. Для заворота тонкой кишки не характерно:

- схваткообразные боли
- асимметрия живота
- «Шум плеска»
- многократная рвота
- симптом Цеге-Мантейфеля

833. Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости:

- только консервативное лечение
- экстренная операция
- плановая операция
- оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- назогастральная интубация

834. Кал в виде «малинового желе» характерен для:

- стеноза привратника
- инвагинации
- обтурации кишки фитобезоаром
- дивертикула Меккеля
- аппендикулярного инфильтрата

835. Что из перечисленного неверно в отношении высокой тонкокишечной непроходимости?

- чаши Клойбера в верхней половине живота

- равномерное раннее вздутие живота
- ранние рвоты
- схваткообразные боли
- быстрое ухудшение состояния больного

836. Летальность при перитоните составляет

- 10-15%
- 20-30%
- 40-50%
- 60-70%

837. Наиболее частой причиной вторичных перитонитов является

- перфоративная язва
- острый аппендицит
- острый панкреатит
- деструктивный холецистит

838. К первичному перитониту относится

- туберкулезный перитонит
- послеоперационный перитонит
- посттравматический перитонит
- аппендикулярный перитонит

839. Какой возбудитель стоит на первом месте среди возбудителей перитонита

- стафилококк
- кишечная палочка
- стрептококк
- бактериоды

840. Укажите площадь (м²) брюшинного покрова человека

- 0,5 - 1
- 1-1,5

- 1,5 – 2

- 2-2,5

841. Сколько анатомических областей условно выделяют в брюшной полости?

- 2

- 3

- 6

- 9

842. Периаппендикулярный абсцесс является примером

- местного отграниченного перитонита

- местного неотграниченного перитонита

- распространенного перитонита

- не является перитонитом

843. При каком заболевании перитонит может носить хронический характер?

- хронический холецистит

- хронический аппендицит

- эндометриоз

- канцероматоз брюшины

844. Сколько анатомических областей должен занимать воспалительный процесс в брюшной полости, чтобы считать перитонит местным?

- 1-2

- 2-3

- 1-3

- 1-4

845. Сколько анатомических областей должен занимать воспалительный процесс в брюшной полости, чтобы считать перитонит распространенным ?

- 1-2

- 2 и более

- 3 и более

- 4 и более

846. Какова тактика на догоспитальном этапе при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение

- экстренная госпитализация
- запрещается прием пищи и жидкости через рот, полный физический покой
- необходимо ввести парентерально гемостатики
- всё перечисленное верно

847. В какое отделение должен быть направлен больной с язвенным кровотечением независимо от степени его тяжести?

- хирургическое
- терапевтическое
- реанимации
- гастроэнтерологическое

848. Какова тактика лечения больного, поступившего в состоянии геморрагического шока с клинико-anamnestическими указаниями на кровотечение язвенной природы?

- экстренная ФГДС, интенсивная терапия в палате. Подготовка к операции
- интенсивная терапия на операционном столе, экстренная операция
- интенсивная терапия в отделении реанимации, при признаках повторного кровотечения – экстренная операция
- экстренная ФГДС, интенсивная терапия в реанимации, при признаках продолжающегося кровотечения – экстренная операция

849. Какова тактика лечения больного, поступившего в хирургическое отделение с остановившемся язвенным кровотечением, которое рецидивировало на фоне консервативной терапии?

- экстренная ФГДС, остановка кровотечения эндоскопическим методом.
- экстренная операция
- интенсивная гемостатическая терапия, при отсутствии эффекта – экстренная операция
- интенсивная гемостатическая терапия, переливание препаратов крови, подготовка к срочной (в течение 24 часов) операции

850. Назовите оптимальный вариант операции у больного с язвой ДПК, осложненного кровотечением тяжелой степени

- резекция желудка
- селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Финнею и прошиванием язвы
- стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею и прошивание язвы
- дуоденотомия, прошивание язвы

851. Укажите оптимальный вариант операции у больного с язвой желудка, осложненной кровотечением средней степени тяжести

- стволовая ваготомия, гастротомия, иссечение язвы
- гастротомия, прошивание язвы
- резекция желудка по Бильрот-I
- резекция желудка по Бильрот –II

852. Зонд Блэкмора для остановки кровотечения можно оставлять

- 6-10 часов
- 12-24 часа
- 1-7 суток
- 9-12 суток

853. Больной Н., 30 лет поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками, язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть

- кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
- синдром Маллори-Вейса
- синдром Золлингера-Элиссона
- пенетрирующая в поджелудочную железу язва желудка

854. Какую операцию следует выполнить больному при неэффективности консервативного лечения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода

- резекцию пищевода
- наложить порто-кавальный анастомоз
- прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка через гастротомию
- резекцию желудка

855. Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является

- малая кривизна желудка
- гастроэнтероанастомоз
- эрозивный гастрит
- оставленная язва в культе желудка

856. При каком заболевании наиболее часто образуются кишечные стриктуры

- ЯК
- болезнь Крона
- дивертикулез
- ишемический колит
- болезнь Гиршпрунга

857. Кровоснабжение сигмовидной кишки осуществляется за счет

- верхнебрыжеечной артерии
- нижнебрыжеечной артерии
- средней прямокишечной артерии
- средней ободочной артерии
- подвздошноободочной артерии

858. Ирригоскопия при кишечном кровотечении применяется не только с диагностической, но и с лечебной целью при

- опухолях толстой кишки
- неспецифическом язвенном колите
- дивертикулезе толстой кишки
- врожденной ангиодисплазии
- болезни Крона

859. Рентгенологическим симптомом характерным для дивертикулярной болезни является

- наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки
- множественные выпячивания стенки толстой кишки
- наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке

- наличие спикул по контуру кишки
- наличие внутренних и наружных кишечных свищей

860. К наиболее характерным нарушениям стула при дивертикулярной болезни ободочной кишки относятся

- постоянный жидкий стул
- постоянные запоры
- постоянная примесь крови в кале
- затрудненное опорожнение прямой кишки
- неустойчивый стул, чередование запоров и поносов

861. При синдроме раздраженной кишки в отличие от дивертикулеза в кале возможна примесь

- алой крови
- гноя
- слизи
- прожилок крови
- сукровицы

862. Наиболее типичный характер болей при дивертикулярной болезни ободочной кишки

- боли постоянного характера
- боли, возникающие после еды
- боли, стихающие после дефекации
- боли при ходьбе и физической нагрузке
- ночные боли

863. Для верификации диагноза дивертикулярная болезнь ободочной кишки не используется

- сбор анамнеза
- рентгенологическое обследование
- колоноскопия
- бактериологическое исследование кала
- ангиография

864. Диетическое лечение дивертикулярной болезни ободочной кишки должно включать

- механически и термически обработанные продукты
- ограничение углеводов
- полное исключение мясных продуктов
- пищу с повышенным содержанием клетчатки
- продукты с пониженным содержанием соли

865. Самый неблагоприятный прогноз характерен для свища, расположенного на уровне:

- тощей кишки
- подвздошной кишки
- слепой кишки
- поперечной ободочной кишки
- прямой кишки

866. Самопроизвольно закрыться может:

- губовидный свищ
- губовидный свищ с незначительными потерями
- несформированный свищ с большими потерями
- трубчатый свищ с низкими потерями
- все свищи со временем самопроизвольно закрываются

867. Для какого заболевания, из ниже указанных, характерно образование свищей?

- язвенная болезнь
- дуоденостаз
- болезнь Крона
- синдром раздраженной кишки
- семейный полипоз

868. Чаще всего в злокачественные опухоли могут превращаться

- полипы на ножке
- ювенильные полипы
- псевдополипы
- полипы на широком основании

- гамартомные полипы

868. Обязательным предраком является

- аденоматозный полип
- ювенильный полип
- гиперпластический полип
- ворсинчатая опухоль
- семейный аденоматоз

869. При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 8 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3х2 см. В этом случае необходимо

- срочно проконсультироваться с патоморфологом
- сразу удалить полип через ректоскоп
- дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа
- установить динамическое наблюдение
- назначить повторную ректоскопию через 2 недели

870. Наиболее характерным для одиночных полипов толстой кишки размерами до 1,0 см является

- выделение крови из заднего прохода
- выделение слизи из заднего прохода
- затруднение со стулом
- отсутствие симптомов
- боли в животе

871. Наиболее эффективным методом диагностики одиночных полипов прямой кишки является

- ректороманоскопия
- пальцевое исследование
- ирригоскопия
- колоноскопия
- ультразвуковое исследование

872. Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

- до 0,5 см

- от 0,5 см и более
- более 2 см
- более 5 см
- любых размеров

873. Наиболее эффективным из перечисленных способов лечения доброкачественных полипов прямой кишки является

- лучевая терапия
- клизмы с соком чистотела
- клизмы с ромашкой
- диета
- электроэксцизия полипов

874. Если при гистологическом исследовании биоптата из полипа обнаружен участок перехода в аденокарциному, то необходимо выполнить операцию - электрокоагуляцию полипа

- провести курс лечения чистотелом
- провести курс химиотерапии
- выполнить радикальную операцию
- провести курс лучевой терапии

875. Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно

- выделение крови и слизи из прямой кишки
- запоры
- боли в животе
- бессимптомное течение заболевания
- поносы

876. Эффективным методом диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки является

- пальцевое исследование прямой кишки
- ректороманоскопия
- колоноскопия
- ультразвуковое исследование
- обзорная рентгенография брюшной полости

877. Выберите возможное противопоказание для диагностической лапароскопии

- перитонит
- внутреннее кровотечение
- тяжелая сердечная и легочная недостаточность
- кишечная непроходимость

878. Какие симптомы могут появиться при травме органов брюшной полости

- перитонита
- шока
- кровотечения
- все вышеперечисленное

879. Пальпируемый увеличенный безболезненный желчный пузырь на фоне желтухи- это симптом:

- Мюсси
- Курвуазье
- Керра
- Склярова

880. При какой форме острого холецистита наиболее часто развивается эмпиема желчного пузыря?

- катаральном
- флегмонозном
- гангренозном
- перфоративном

881. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе?

- внутривенная инфузионная холангиография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- чрескожная чреспеченочная холангиография
- УЗИ

- пероральная холецистохолангиография

882. Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения предпочтителен?

- эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- комплексная консервативная терапия
- трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
- холедохотомия с наружным дренированием холедоха
- экстракорпоральная литотрипсия

883. Для демпинг-синдрома верно все, кроме:

- это комплекс сосудистых и нейровегетативных и кишечных расстройств
- возникает через 3-4 часа после принятия пищи
- возникает как правило при приеме молочной и углеводистой пищи
- обусловлен нарушением гуморальной регуляции пищеварения
- обусловлен нарушением осмотического давления в кишечнике

884. Больному 2 года назад была выполнена резекция желудка по Бильрот – 2 в модификации Гофмейстера – Финстерера. Сейчас его беспокоит резкая слабость, наступающая сразу после еды, потливость, головная боль, иногда после еды появляется боль в животе режущего характера, усиленная перистальтика, что иногда сопровождается профузным поносом. Какую из болезней оперированного желудка можно предположить?

- синдром приводящей петли
- демпинг – синдром
- рефлюкс – гастрит
- пептическая язва

885. Укажите определение «здоровья», данное в Уставе ВОЗ:

- здоровье – это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции
- здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов
- здоровье – это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения

886. Термин «общественное здоровье» применяется для характеристики здоровья:

- население в целом
- индивидуума как члена общества
- каждого жителя страны

887. Термин «индивидуальное здоровье» применяется для характеристики здоровья:

- население в целом
- индивидуума как члена общества
- каждого жителя страны

888. Уровни изучения здоровья:

- индивидуальный
- групповой
- региональный
- популяционный
- всё выше перечисленное

889. Факторы, определяющие здоровье населения:

- образ жизни
- биологический
- природно-климатический
- состояние медицинской помощи
- всё выше перечисленное

890. В настоящее время в России существует:

- государственная модель здравоохранения
- страховая модель здравоохранения
- частно-предпринимательская модель здравоохранения
- государственная, страховая и частно-предпринимательская модель здравоохранения

891. Методы изучения общественного здоровья:

- статистические
- исторические
- экономические
- экспериментальные
- социологические
- психо-социологические
- эпидемиологические
- методы экспертных оценок
- экологические
- клинические
- лабораторные
- гигиенические
- всё выше перечисленное

892. Основным методом медико-социального анализа является:

- исторический метод
- экспериментальный метод
- социологический метод
- статистический метод

893. Показатели, характеризующие состояние здоровья населения:

- демографические показатели
- показатели заболеваемости и инвалидности
- показатели физического развития
- всё выше перечисленное

894. Свойство репрезентативности характерно для статистической совокупности:

- генеральной
- выборочной

895. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является:

- посещение больного по поводу заболевания

- первичное обращение по поводу конкретного заболевания
- каждое заболевание, выделенное при медицинском осмотре
- больной, впервые обратившийся по поводу заболевания в данном году

896. При вычислении экстенсивных показателей необходимо знание статистических совокупностей:

- одной
- двух

897. При вычислении интенсивных показателей необходимо знание статистических совокупностей:

- одной
- двух

898. Структуру изучаемого явления характеризует коэффициент:

- интенсивный
- экстенсивный
- соотношения
- наглядности

899. Частоту явления в данной среде характеризует коэффициент:

- интенсивный
- экстенсивный
- соотношения
- наглядности

900. Показатель соотношения характеризует:

- изменение явления во времени
- отношение двух независимых совокупностей
- распределение целого на части
- частоту явления в данной среде

901. Выравнивание динамических рядов производится, если динамический ряд состоит:

+ резко колеблющихся величин

- неоднородных величин

902. Ряд однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления во времени, называется:

- динамическим рядом

- вариационный рядом

- производным рядом

- временным рядом

903. Для характеристики изменения явлений во времени применяются диаграммы:

- пирамидальные

- линейные

- секторные

904. Для изображения состава, структуры изучаемых явлений пользуются диаграммами:

- линейными

- секторными

- радиальными

905. Для изображения сезонных колебаний явлений применяются диаграммы:

- ленточные

- радиальные

- секторные

- пирамидальные

906. Для изображения возрастно-половой структуры населения используются диаграммы:

- ленточные

- радиальные

- секторные

- пирамидальные

907. Средние величины применяются для характеристики признаков:

- качественных
- количественных

908. Для получения средних величин необходимым условием является:

- наличие качественно однородной группы данных
- знание формул расчета
- построение вариационного ряда
- построения динамического ряда

909. При характеристике разнообразия изучаемого признака в совокупности применяются следующие критерии:

- лимит
- амплитуда
- коэффициент вариации
- среднее квадратическое отклонение
- всё выше перечисленное

910. Разница между средними или относительными величинами считается достоверной, если:

- $t = 1$;
- $t = 2$ и больше

911. Величина стандартизованных показателей истинному размеру явления:

- соответствует
- не соответствует

912. Демография - это наука о:

- заболеваемости населения
- количественных сторонах массовых общественных явлений
- воспроизводстве населения в его общественном развитии

913. Динамика населения включает:

- механическое движение (миграцию)
- естественное движение

- механическое и естественное движение
- уровень брачности населения и среднее число детей в семье
- уровень смертности населения и ее структуру

914. Для определения типа возрастной структуры населения необходимо знать его численность в следующих возрастных группах:

- 1-10 лет, 11-30 лет, 31-50 лет
- 0-20 лет, 21-40 лет, 41-60 лет
- 0-14 лет, 15-49 лет, 50 лет и старше

915. Общий коэффициент смертности выражается в:

- процентах
- промилле
- продецимилле

916. Материнская смертность - это смертность:

- женщин
- женщин фертильного возраста
- женщин, родивших в данном году
- женщин в связи с беременностью, родами и от осложнений после родов в течение 42 дней
- женщин, умерших в данном году

917. Младенческая смертность - это смертность детей в возрасте:

- одних суток
- одной недели
- одного месяца
- на первом году жизни

918. Тип возрастной структуры населения России:

- регрессивный
- прогрессивный
- стационарный

919. Основные методы изучения заболеваемости населения:

- по статистическим талонам; по данным о причинах смерти; по историям болезни
- по листкам нетрудоспособности; по медицинским картам; по данным медицинских осмотров
- по данным обращаемости за медицинской помощью; по данным медицинских осмотров; по данным о причинах смерти
- по данным переписи населения; по талонам на прием к врачу; по историям болезни
- по статистическим картам выбывших из стационара; по контрольным картам диспансерного наблюдения; по данным обращаемости за медицинской помощью

920. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте находятся болезни:

- кровообращения
- пищеварительной
- дыхательной

921. Основной учетный документ при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

- контрольная карта диспансерного наблюдения
- медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- листок нетрудоспособности;
- статистическая карта выбывшего из стационара.

922. Основной учетный документ при изучении инфекционной заболеваемости:

- медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- контрольная карта диспансерного наблюдения
- экстренное извещение об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания

923. Первичный учетный документ при изучении госпитализированной заболеваемости:

- экстренное извещение об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- листок нетрудоспособности

- статистическая карта выбывшего из стационара

924. Территориальные поликлиники оказывают помощь населению:

- первичную медико-санитарную
- специализированную
- высококвалифицированную

925. В поликлинике ведется статистический учёт:

- больничной летальности
- госпитализированной заболеваемости
- общей заболеваемости по данным обращаемости

926. Отделение профилактики входит в состав:

- стационара
- поликлиники
- диспансера

927. Назовите один из принципов, определяющий специфику организации здравоохранения в сельской местности:

- участковость
- преемственность
- доступность
- этапность
- плановость

928. Главный принцип диспансеризации беременных:

- проведение общественной профилактики
- дифференцированное обслуживание
- активное выявление гинекологических заболеваний

929. Наибольший удельный вес в структуре коечного фонда родильного дома занимает отделение:

- физиологическое

- обсервационное
- патологии беременности

930. Ведущая роль в оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи принадлежит:

- консультациям «Брак и семья»
- центрам перинатальной диагностики
- женским консультациям
- объединенным родильным домам

931. Оптимальный метод расчета ставок врачей акушер-гинекологов в женской консультации основывается на численности:

- населения
- женщин
- женщин старше 15 лет
- женщин от 15 до 49 лет

932. Приоритетный признак, по которому проводится дифференцированная диспансеризация женщин в женской консультации:

- возраст
- заболевания
- социальное положение
- физиологическое состояние

933. Постановка на учет в женской консультации до 12 недель беременности считается:

- ранней
- поздней

934. Женская консультация оказывает акушерско-гинекологическую помощь следующего типа:

- амбулаторно-поликлинического
- стационарного

935. Родильный дом оказывает акушерско-гинекологическую помощь следующего типа:

- амбулаторно-поликлинического
- стационарного

936. Детская поликлиника обеспечивает медицинскую помощь:

- 12 лет включительно
- 14 лет включительно
- 17 лет включительно

937. Детская поликлиника отвечает за качество оказываемой медицинской помощи:

- на дому и в поликлинике
- на дому, в поликлинике, в школе
- на дому, в поликлинике, в школе, в детских дошкольных учреждениях

938. Приоритетный признак, по которому проводится дифференцированная диспансеризация детей:

- пол
- возраст
- социальное положение
- заболевания

939. Основным организационным подразделением детской поликлиники является:

- отделение профилактики
- отделение восстановительного лечения
- отделение участковых врачей - педиатров
- регистратура

940. Ориентировочный норматив численности детей на педиатрическом участке:

- 1800 человек
- 3500 человек
- 1200 человек
- 800 человек

941. Ориентировочный норматив численности населения детей на терапевтическом участке:

- 1800 человек
- 3500 человек
- 1200 человек
- 800 человек

942. Основным в работе детской поликлиники является следующий метод:

- диспансерный
- профилактический
- организационный

943. Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности:

- с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства
- без разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения

944. При одновременном заболевании двух детей по уходу за ними выдается листок нетрудоспособности:

- один
- два

945. Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют лечащие врачи учреждений:

- государственной системы здравоохранения
- муниципальной и частной системы здравоохранения;
- государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности

946. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:

- с 1-го дня заболевания
- с 5-го дня заболевания
- со дня окончания отпуска

947. При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания сроком не более:

- 24 дня
- 48 дней
- 54 дня

948. Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на:

- 5 дней
- 10 дней
- весь период дегельминтизации

949. Женщине, усыновившей новорожденного ребенка, листок нетрудоспособности выдается стационаром по месту его рождения до:

- 56 календарных дней
- 70 календарных дней
- 86 календарных дней

950. При родах, наступивших с 22 до 30 недель беременности и рождении живого ребенка, общая продолжительность дородового и послеродового отпуска составляет:

- 140 календарных дней
- 156 календарных дней
- 180 календарных дней

951. При заболеваниях и травмах лечащий врач может единолично выдавать листок нетрудоспособности до:

- 15 календарных дней
- 25 календарных дней
- 30 календарных дней
- 40 календарных дней

952. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности на срок не более:

- 4 месяцев
- 5 месяцев
- 7 месяцев
- 10 месяцев

953. В отдельных случаях (травмы, состояние после реконструктивных операций) листок нетрудоспособности выдается на срок не более:

- 5 месяцев
- 7 месяцев
- 10 месяцев
- 12 месяцев, с периодичностью продления врачебной комиссией не реже, чем через 15 дней

954. Листок нетрудоспособности выдается:

- врачом «скорой медицинской помощи»
- врачом учреждений санэпиднадзора
- лечащим врачом бальнеогрязелечения и городских курортных водолечебниц
- лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения

955. Максимальный срок, на который выдается листок нетрудоспособности при выписке из стационара, составляет:

- 10 дней
- 15 дней
- 30 дней

956. Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на:

- Конституции Российской Федерации
- Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан
- Федеральном законе от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»
- Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании»

- других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации
- всё перечисленное верно

957. Обязательное медицинское страхование – это:

- вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС
- вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС
- вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС

958. Объект обязательного медицинского страхования – это:

- риск, связанный с возникновением страхового случая
- страховой риск, связанный с возникновением случая
- страховой риск, связанный с возникновением страхового случая

959. Застрахованное лицо – это:

- лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование
- физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование
- физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с ФЗ от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании»

960. Страхователями для работающих граждан, являются:

- лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам: организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями
- индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты
- всё перечисленное верно

961. Страхователями для неработающих граждан, являются:

- органы исполнительной власти субъектов РФ
- органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ

962. Специализированную медицинскую помощь оказывают:

- участковые врачи – общей практики поликлиники
- врачи специалисты поликлиники

963. Основная задача консультативно-диагностического центра:

- ведение диагностического поиска, направленного на первичную диагностику, уточнение ранее установленных диагнозов специалистами других медицинских учреждений с привлечением современных инструментально-лабораторных методов исследования
- оказание внебольничной специализированной помощи и проведение санитарно-просветительской работы в соответствии со своей специализацией

964. Виды диспансеров:

- врачебно-физкультурный
- кардиологический
- кожно-венерологический
- маммологический
- наркологический
- онкологический
- офтальмологический
- противотуберкулезный
- психоневрологический
- эндокринологический
- всё выше перечисленное

965. Больничную специализированную помощь оказывают:

- специализированные отделения многопрофильных больниц
- специализированные больницы
- клиники научно-исследовательских институтов и вузов

966. Оптимальным числом взаимосвязанных признаков в статистической таблице следует считать:

- пять
- два
- три – четыре
- более пяти

967. За статистическое подлежащее в статистической таблице принимается:

- изучаемая совокупность в ее основных явлениях
- сводная количественная характеристика статистической совокупности по строкам таблицы
- главный признак, о котором говорится в таблице в первой графе
- данные статистической обработки, расположенные по графам таблицы

968. За статистическое сказуемое в статистической таблице принимается:

- сумма показателей в графах таблицы
- показатели горизонтального ряда (по строкам)
- изучаемые группировки статистической совокупности
- признаки, применяемые для характеристики подлежащего и расположенные по графам таблицы

969. Статистические таблицы бывают:

- простые
- групповые
- простые, групповые, комбинационные

970. Для углубленного и дифференцированного анализа явлений необходимо пользоваться коэффициентами:

- специальными интенсивными
- относительной интенсивности

971. Чем реже встречается изучаемое явление, тем числовое основание коэффициента должно быть:

- меньше
- больше

972. Динамический ряд может быть составлен из величин:

- абсолютных
- относительных
- средних
- всё выше перечисленное

973. Самыми древними средними величинами являются:

- средняя арифметическая
- средняя геометрическая
- мода и медиана

974. Лимит – ЭТО:

- крайние значения варианты в вариационном ряду
- разность крайних вариант
- мера отклонения каждой варианты от своей средней

975. Амплитуда - ЭТО:

- крайние значения варианты в вариационном ряду
- разность крайних вариант
- мера отклонения каждой варианты от своей средней

976. Среднее квадратическое отклонение - это:

- крайние значения варианты в вариационном ряду
- разность крайних вариант
- мера отклонения каждой варианты от своей средней

977. Чтобы уменьшить ошибку выборки, число наблюдений нужно:

- увеличить
- уменьшить

978. Основное условие применения метода стандартизации:

- достаточное число наблюдений
- наличие данных о структуре среда и явления
- резкие различия состава изучаемых совокупностей

979. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни - это:

- средний возраст умерших
- средний возраст живущих на данной территории
- число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся, если повозрастные показатели смертности останутся такими же, как в год составления прогноза
- среднее число лет, которое прожило предыдущее поколение

980. Расчет младенческой смертности по формуле Йоханесса Ратса проводится на 1000 детей

- $2/3$ от числа родившихся живыми в данном году + $1/3$ от числа родившихся живыми в предыдущем году
- $1/3$ от числа родившихся живыми в данном году + $2/3$ от числа родившихся живыми в предыдущем году
- родившихся живыми за год
- родившихся живыми и мертвыми
- умерших в возрасте одного года

981. Уровень инфекционной заболеваемости характеризуется коэффициентом:

- соотношения
- экстенсивным
- интенсивным

982. Структура заболеваемости характеризуется коэффициентом:

- наглядности
- экстенсивным
- интенсивным
- соотношения

983. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:

- до 3 дней

- до 7 дней
- до 10 дней
- на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания

984. Листок нетрудоспособности выдается:

- гражданам РФ, работающим в государственных учреждениях и организациях РФ
- иностранным гражданам, работающим в государственных учреждениях и организациях РФ
- беженцам и вынужденным переселенцам, работающим в государственных учреждениях и организациях РФ, независимо от форм собственности
- всем перечисленным выше лицам

985. Дефект наполнения в мочевом пузыре можно дифференцировать с помощью

- ретроградной уретропиелографии
- обзорного снимка мочевой системы
- экскреторной урографии
- ультразвукового исследования

986. При ультразвуковом исследовании акустическую тень дают

- опухоли
- камни
- кисты
- апостемы почки

987. Плотность мочевого камня позволяет определить

- ультразвуковое исследование
- магнитно-резонансная томография
- экскреторная урография
- мультиспиральная компьютерная томография

988. Рентгенонегативными (рентгенонеконтрастными) являются

- ураты
- оксалаты

- карбонаты
- фосфаты

989. При камне мочеточника наиболее полную информацию о размерах камня, его плотности и местоположении дает

- ультразвуковое исследование
- мультиспиральная компьютерная томография
- магнитно-резонансная урография
- обзорный снимок органов мочевой системы

990. Лейкоцитурия характеризуется выявлением под микроскопом в поле зрения более _____ лейкоцитов

- 2
- 4
- 8
- 6

991. Наличие кетонов в моче может указывать на

- анемию
- инфекцию верхних мочевых путей
- сахарный диабет
- почечную недостаточность

992. Для выяснения функции почек больному необходимо назначить урографию. Какой вид урографии назначите больному, если в пробе Зимницкого цифры удельного веса в пределах 1006-1016:

- ретроградную пиелографию.
- экскреторную урографию
- инфузионную урографию
- восходящую цистографию

993. Пациент Н., 45 лет доставлен в экстренном порядке в урологическое отделение с болями в поясничной области справа и лихорадкой, суточные колебания которой достигают 3—5°C, при этом, подъёмы температуры с быстрым спадом могут повторяться несколько раз в течение суток. Как называется такой вид лихорадки?

- волнообразная
- критическая
- гектическая
- перемежающееся

994. Пациенту С. 85 лет наложена эпицистостома по поводу острой задержки мочи. Какое основное оснащение следует подготовить для смены мочеприемника?

- катетер фолея
- сменный мешок
- зажим
- шприц Жане

995. При КТ-ангиографии выявлено отхождение почечной артерии от подвздошной артерии, что может соответствовать

- тазовой дистопии
- мальротации
- подковообразной почке
- удвоению почки

996. Самым ярким симптомом является

- почечная колика
- тупые боли в поясничной области
- макрогематурия
- отхождение камней
- лейкоцитурия

997. При острой задержке мочи у пациента в мочевом пузыре при катетеризации определяется

- небольшое количество мочи
- отсутствие мочи
- много мочи
- макрогематурия

998. Наиболее эффективным способом купирования почечной колики является

- медикаментозный
- новокаиновая блокада семенного канатика или круглой связки матки
- катетеризация мочеточника
- катетеризация мочевого пузыря

999. Противопоказанием к катетеризации мочевого пузыря является

- острый пиелонефрит
- острое воспалительное заболевание уретры и (или) органов мошонки
- гиперплазия простаты
- рак простаты и/или мочевого пузыря

1000. При конкременте мочеточника характерным типом макрогематурии является

- инциальная с «червеобразными» сгустками
- тотальная безболевая с бесформенными сгустками
- тотальная с «червеобразными» сгустками
- терминальная без сгустков

1001. Для гематурии характерно:

- наличие в моче порфирина
- наличие железа в моче
- выделение крови из мочеиспускательного канала
- выделение крови с мочой

1002. При остром орхоэпидидимите является целесообразным применение

- антиагрегантов
- длительных прогреваний мошонки
- ношения свободного нижнего белья
- полуспиртовых компрессов на область мошонки

1003. Для острого эпидидимита является характерным симптом

- «булыжной мостовой»
- «бычьих рогов»

- Прена
- Лихтенберга

1004. При остром цистите не бывает

- болезненного мочеиспускания
- крови в моче
- Учащенного мочеиспускания
- Высокой температуры тела

1005. Для клинической картины острого цистита характерна

- Дизурия с лихорадкой
- Боль в поясничной области
- Ночная поллакиурия
- Лейкоцитурия и гематурия

1006. При абсцессе простаты противопоказано

- проведение интенсивной антибактериальной терапии
- дренирование полости абсцесса
- установление постоянного катетера
- проведение цистостомии при задержке мочи

1007. При остром пиелонефрите на первичном этапе диагностики пациенту необходимо провести:

- рентгеновское исследование
- компьютерную томографию
- ультразвуковое исследование
- магнитно-резонансную томографию

1008. В моче могут определяться клетки штенгеймера- мальбина при

- амилоидозе почек
- миеломной болезни
- пиелонефрите
- гломерулонефрите

1009. Наиболее достоверным диагностическим критерием конкремента в почке при УЗИ является

- гиперэхогенное образование неправильной формы на границе коркового и мозгового вещества почки с нечеткой акустической тенью
- линейное гиперэхогенное образование без акустической тени на границе паренхимы и почечного синуса
- гиперэхогенное образование в проекции чашечно-лоханочной системы с акустической тенью в виде <дорожки>
- округлое образование повышенной эхогенности с четкими ровными контурами в проекции паренхимы почки без акустической тени

1010. При подозрении на солидную опухоль почки пациенту предпочтительнее назначить:

- компьютерную томографию с внутривенным контрастированием
- магнитно-резонансную томографию без внутривенного контрастирования
- магнитно-резонансную томографию с внутривенным контрастированием
- компьютерную томографию без внутривенного контрастирования

1011. Наиболее чувствительным методом выявления метастатического поражения скелета при раке предстательной железы на ранних сроках является:

- компьютерная томография
- классическая рентгенография
- радиоизотопное исследование
- ультразвуковое исследование

1012. На экскреторной урограмме выявлены дефект наполнения лоханки и «ампутация» чашечки, что может быть признаком

- опухоли почки
- туберкулеза почки
- гидронефроза
- солитарной кисты

1013. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является

- гиперкалиемия
- повышение содержания мочевины в крови

- повышение содержания креатинина в крови
- гиперфосфатемия

1014. Окклюзия мочеточника конкрементом вызовет _____ анурию

- экскреторную
- секреторную
- смешанную
- ренальную

1015. Больному с хроническим пиелонефритом и хпн 1-2 стадии следует исключить из употребления

- жареное мясо, ливерные продукты
- овощи, фрукты
- жиры (сливочное, растительное масло)
- молочные продукты (творог, сметана и т.д.)

1016. Замедлению прогрессирования почечной недостаточности при хронической болезни почек способствуют

- тиазидные диуретики
- ингибиторы АПФ
- бета-блокаторы
- альфа-блокаторы

1017. Пациентам с обструкцией мочеточника конкрементом при назначении рентгенологического исследования с внутривенным контрастированием необходимо обращать особое внимание на уровень

- мочевой кислоты
- креатинина
- щелочной фосфатазы
- бактериурии

1018. Показанием для госпитализации и экстренного оперативного лечения является наличие камней

- нижней трети мочеточника без колики и лихорадки

- мочеточников с уретеропиелокаликоектазией с обеих сторон
- мочеточника, уретерогидронефроза
- устья мочеточника, почечной колики

1019. Проведение дистанционной литотрипсии противопоказано при

- подковообразной почке
- единственной почке
- почечной колике
- остром пиелонефрите

1020. Показанием к экстренной госпитализации пациента с камнем мочеточника является

- бактериурия
- лейкоцитоз
- единственная почка
- хронический пиелонефрит

1021. К фактору, обуславливающему возникновение вторичного пиелонефрита относится

- острый простатит
- недержание мочи
- острый цистит
- камень мочеточника

1022. «Закладывание струи мочи» наблюдается при локализации камня в

- чашечно-лоханочной системе
- мочевом пузыре
- Верхней трети мочеточника
- средней трети мочеточника

1023. Витамин D может привести к образованию _____ камня

- уратного
- цистинового
- кальциевого

- ксантенового

1024. Отсутствие контрастирования верхних мочевых путей при истинной почечной колике на экскреторной урографии связано с

- необратимым снижением экскреторной функции
- повышением внутривидного кровотока
- временным снижением экскреторной функции
- уменьшением внутривидного кровотока

1025. Наиболее четко объясняет механизм камнеобразования _____ теория

- осмодиуретическая
- абактериальная
- ионная
- коллоидно-кристаллоидная

1026. Закрытой травме почки способствует

- остро наступившая обструкция мочеточника
- резкое сотрясение почки и окружающих органов
- острый тромбоз почечной вены
- внезапное сокращение мышц передней брюшной стенки и диафрагмы

1027. При внебрюшинной травме мочевого пузыря необходимо произвести

- уретрографию
- цистоскопию
- обзорную урографию
- ретроградную уретроцистографию

1028. Какой метод исследования необходим при повреждении почки

- ультразвуковое сканирование
- пневморетроперитонеум
- лапароскопия
- селективная почечная венография

1029. К признакам внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря относят

- резкие боли в животе, уменьшающиеся в положении сидя
- почечную недостаточность
- боль в поясничной области
- невозможность самостоятельного мочеиспускания

1030. К внутрибрюшному разрыву мочевого пузыря чаще приводит

- перелом костей таза
- перфорация мочевого пузыря при трансуретальной резекции простаты
- травма в ходе акушерско-гинекологического пособия
- ушиб живота

1031. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря характеризуется

- частыми болезненными позывами на мочеиспускание
- симптом Дитриха
- подкожными гематомами мошонки, промежности, бедер
- симптомом «ваньки-встаньки»

1032. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является :

- пиурия
- острая задержка мочи
- дизурия
- гематурия

1033. Методом выбора в диагностике повреждений мочеиспускательного канала является

- ретроградная уретерография
- ретроградная уретрография
- уретроскопия
- компьютерная томография таза

1034. У больного после изолированной травмы почки наблюдается резкое падение артериального давления и анемия при отсутствии гематурии, что связано с повреждением

- мозгового слоя почки и лоханки

- сосудов почки
- околопочечной клетчатки
- коркового слоя почки

1035. ТУБЕРКУЛЕЗ ВЫЯВЛЯЕТ ВРАЧ

- первичного звена здравоохранения
- аллерголог-иммунолог
- инфекционист
- профпатолог

1036. АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОИСХОДИТ ПРИ

- ежегодной флюорографии
- опросе населения
- осмотре врачом-терапевтом участковым
- сдаче анализа крови

1037. ЕЖЕГОДНАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ С (лет)

- 15
- 13
- 7
- 20

1038. МЕТОДОМ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- туберкулинодиагностика
- компьютерная томография
- пальпация лимфатических узлов
- анализ крови на микобактерии туберкулеза

1039. ЕЖЕГОДНАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- скрининга населения для выявления изменений в легких
- изучения анатомических особенностей
- выявления бронхита курильщика

- выявления бронхиальной астмы

1040. ВСЕМ ЛИЦАМ С СИМПТОМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРОВОДЯТ

- трёхкратную микроскопию мокроты окраской по Цилю – Нельсену
- посев на питательные среды Левенштейна-Йенсена
- анализ крови на микобактерии туберкулеза
- посев на жидкие среды bactec

1041. АКТИВНЫМ ВЫЯВЛЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЁЗА В РОССИИ ПРИНЯТО ПОНИМАТЬ ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ

- при обследованиях, независимо от наличия жалоб
- при наличии жалоб на кровохарканье
- наличие одышки
- при признаках пневмонии

1042. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ЗАВИСИТ ОТ:

- полноценного учёта лиц, подлежащих обследованию
- осмотра медицинских работников
- осмотра лиц пожилого возраста
- от наличия справки об осмотре

1043. ПРИ РАССПРОСЕ ПАЦИЕНТА С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕОБХОДИМО ВЫЯСНИТЬ О

- контакте с больным туберкулезом
- стаже курения
- работе на вредных производствах
- семейном положении

1044. К СОПУТСТВУЮЩЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В РИСКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОТНОСЯТ

- ВИЧ-инфекцию
- ревматизм
- порок сердца

- алкоголизм

1045. ПРЕПАРАТЫ, ПОДАВЛЯЮЩИЕ КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ, РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

- повышают

- снижают

- не повышают

- не снижают

1046. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА УСТОЙЧИВЫЙ СУБФЕБРИЛИТЕТ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ КОЛЕБАНИЯМИ ТЕМПЕРАТУРЫ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ

- не характерен

- характерен

- является обязательным признаком

- отмечаются значительные колебания

1047. НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ КАШЕЛЬ

- может отсутствовать

- сильно выражен

- с примесью крови

- приступообразный

1048. ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ МОКРОТА

- бесцветная, гомогенная и не имеет запаха

- зеленоватая с запахом

- желтоватая без запаха

- с прожилками крови

1049. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА МОКРОТЫ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА

- наличие распада легочной ткани

- уменьшение деструкции

- увеличение инфильтрации

- обсеменение легочного поля

1050. ГНОЙНЫЙ ХАРАКТЕР МОКРОТЫ УКАЗЫВАЕТ НА

- присоединение неспецифического воспаления
- отсутствие туберкулеза
- пневмонию
- на курение в анамнезе

1051. РАЗВИТИЕ ЛЁГочно-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УКАЗЫВАЕТ НА

- прогрессирование туберкулёза
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- коронарный синдром
- рассасывание инфильтрации

1052. ВНЕЗАПНАЯ РЕЗКАЯ БОЛЬ В ГРУДИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА

- спонтанный пневмоторакс
- плевральный выпот
- деструкция легочной ткани
- стенокардия

1053. ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ТУБЕРКУЛЁЗА

- отсутствуют жалобы
- появляется кровохарканье
- отмечается повышение артериального давления
- наблюдается поражения кожи

1054. ПРИ ПРОВЕДЕНИ АУСКУЛЬТАЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ МОЖЕТ

- не отмечаться наличия хрипов
- всегда выслушиваются влажные хрипы
- выслушиваются свистящие хрипы
- выслушивается шум трения плевры

1055. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ОТНОСИТСЯ К ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА

- первичным
- вторичным
- запущенным
- остаточным изменениям

1056. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- детей и подростков
- пожилых
- среднего возраста
- стариков

1057. ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- проверочной ККФ
- постановке пробы Манту
- постановке пробы Диаскинтест
- обращаемости

1058. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС ВОЗНИКАЕТ В ОРГАНИЗМЕ

- ранее неинфицированном
- ранее переболевшем пневмонией
- перенесшим туберкулез
- болеющим пневмонией

1059. ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- обоих легких
- одного легкого
- нижних отделов легких
- корней легких

1060. МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- всех органов и систем организма
- всех легочных полей

- позвоночника
- нижних долей легких и плевральным выпотом

1061. ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ В ОРГАНИЗМЕ

- ранее инфицированном
- ранее неинфицированном
- переболевшим инфильтративным туберкулезом
- переболевшим пневмонией

1062. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ НАИБОЛЕЕ

- распространенной
- редкой
- неизлечимой
- безопасной

1063. КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- прогрессирующим распадом легочной ткани
- быстрым фиброзированием
- медленным развитием
- отсутствием клиники

1064. ТУБЕРКУЛОМА ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ ПО

- проверочной флюорографии
- жалобам
- пробе Диаскинтест
- анализу мокроты

1065. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО

- экссудативный
- сухой
- гнойный
- геморрагический

1066. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТУБЕРКУЛЁЗА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- отсутствием патогномоничных признаков
- пиурией
- гематурией
- затрудненным мочеиспусканием

1067. ОСНОВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТУБЕРКУЛЁЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- образование абсцессов и свищей
- замещение их соединительной тканью
- формирование обызвествления
- перерождение в онкопатологию

1068. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТСЯ

- плохие жилищные условия
- сахарный диабет
- многодетная семья
- частые переезды

1069. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА К СОМАТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТСЯ

- сахарный диабет
- низкий рост
- ожирение
- близорукость

1070. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТСЯ
ПРОЖИВАНИЕ

- с больным туберкулезом
- с больным ВИЧ-инфекцией
- в многодетной семье
- в общежитии

1071. КРОВОХАРКАНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- кавернозном туберкулезе
- очаговом туберкулезе
- туберкулезе
- туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов

1072. ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

- кашель, явления интоксикации, потливость по ночам
- боль в грудной клетке, раздражительность, лихорадка
- страх смерти, головная боль, инспираторная одышка
- головная боль, рвота, повышение температуры

1073. МАССИВНОЕ ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- фиброзно-кавернозного туберкулеза
- очагового туберкулеза
- пневмонии
- рака легкого

1074. НЕДОСТАТКОМ МИКРОСКОПИИ МАЗКА МОКРОТЫ ПО ЦИЛЮ-НИЛЬСЕНУ ЯВЛЯЕТСЯ

- низкая чувствительность
- требования к персоналу
- наличие специальной лаборатории
- дороговизна оборудования

1075. МЕТОДОМ ПОИСКА МБТ, ВЫПОЛНЯЕМЫЙ В ЛЮБОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- прямая бактериоскопия
- метод флотации
- бактериологическое исследование
- метод ПЦР

1076. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХАРАКТЕРНО

- наличие нормальной рентгенограммы

- наличие округлых теней менее 1 см в диаметре в верхних долях легкого
- наличие диффузной диссеминации легких
- определение кольцевидной тени верхней доли правого легкого

1077. ПРЕОБЛАДАЮЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- очаговая диссеминация
- инфильтрация
- лобит
- перисциссурит

1078. ФИБРОЗ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- смещением органов средостения в сторону поражения
- наличием очагов обсеменения
- затемнением легочного поля
- просветлением легочного поля

1079. У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА

- диссеминированный
- очаговый
- кавернозный
- туберкулома

1080. ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПАД ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

- инфильтративный
- очаговый
- диссеминированный
- туберкулома

1081. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА С ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- туберкулома

- диссеминированная
- очаговая
- инфильтративная

1082. НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЙ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ПЛАНЕ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- фиброзно-кавернозная
- очаговая
- туберкулома
- милиарный

1083. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАЛИЧИЕМ

- затемнения до 1 см
- округлой тени более 1 см
- кольцевидной тени
- затемнения любого размера

1084. ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- склонностью к распаду
- наличием диссеминации
- поражением корня легкого
- сочетанием с туберкулезом бронхов

1085. Диагностические критерии сахарного диабета по плазме крови:

- больше или равно 7,0 натощак и больше или равно 11,1 через 2 часа
- больше или равно 6,0 натощак и больше или равно 10,1 через 2 часа
- больше или равно 6,0 натощак и больше или равно 7,8 через 2 часа
- больше или равно 5,5 натощак и меньше 10,1 через 2 часа

1086. Аналоги инсулина ультракороткого действия при сахарном диабете 1 типа обычно вводятся:

- до приема пищи за 20-30 минут
- до приема пищи за 30-40 минут
- за 1 час до еды

- за 5-10 мин. или непосредственно перед едой

1087. Причиной нейро-эндокринной формы ожирения могут быть следующие эндокринопатии, кроме:

- Гиперкортицизм
- Гипотиреоз
- Гипогонадизм
- Надпочечниковая недостаточность

1088. С-пептид является:

- Маркером компенсации сахарного диабета
- Контринсулярным гормоном
- Показателем секреции инсулина
- Маркером сахарного диабета 2 типа

1089. Для подтверждения диагноза сахарный диабет возможно использование следующих тестов за исключением:

- Тест с 75 гр. глюкозы per os
- Глюкозурический профиль
- Определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)
- Определение глюкозы в венозной крови натощак
- Определение глюкозы в случайной точке

1090. Контроль адекватной терапии минералокортикоидами при первичной ХНН оценивается по уровню:

- Кортизола в слюне
- Ренина плазмы
- Электролитов плазмы
- АКТГ

1091. К факторам риска развития диабетической макроангиопатии относятся:

- Кетоацидотическая кома
- Перемежающая хромота

- Дислипидемия
- Диабетическая ретинопатия

1092. Парафолликулярные клетки щитовидной железы вырабатывают гормон:

- Трийодтиронин
- Тироксин
- Тиреотропный гормон
- Кальцитонин
- Паратгормон

1093. Показанием для проведения тонкоигольной биопсии щитовидной железы НЕ является:

- Наличие микрокальцинатов в узле
- Быстрый рост узла
- Размер узла менее 1 см
- Симптом «высота больше, чем ширина»

1094. Причиной развития кардиоваскулярной формы диабетической автономной нейропатии является:

- Нарушение иннервации сердечно-легочного комплекса и крупных сосудов
- Дислипидемия
- Артериальная гипертензия
- Постинфарктный кардиосклероз

1095. Для ишемической формы синдрома диабетической стопы характерно:

- Отсутствие пульса на артериях стоп
- Болезненные язвы акральной локализации
- Выпадение волос на голеньях, атрофия жировой клетчатки, холодная, бледная кожа
- Всё вышеперечисленное

1096. Укажите симптом НЕ характерный для диабетической нефропатии на стадии протеинурии:

- Отечный синдром
- Высокая протеинурия
- Повышение скорости клубочковой фильтрации

- Артериальная гипертензия

1097. Для уточнения типа ожирения необходимо провести измерение:

- Роста и веса
- Соотношения объема талии к объему бедер
- Индекса массы тела
- Толщины жировой складки на животе

1098. Гестационный сахарный диабет – это:

- Гипергликемия, впервые выявленная во время беременности, но не соответствующая критериям «манифестного» сахарного диабета
- Любое значение гликемии, превышающие нормальный уровень глюкозы во время беременности
- Гипергликемия, впервые выявленная во время беременности или в течение года после родов
- Сахарный диабет, манифестировавший в III триместре беременности

1099. Диагноз гестационного сахарного диабета выставляется при уровне гликемии натощак:

- более 6,1 ммоль/л, но менее 7,0 ммоль/л в плазме крови
- более 5,1 ммоль/л, но менее 7,0 ммоль/л в плазме крови
- более 11,1 ммоль/л в капиллярной крови
- более 5,5 ммоль/л, но менее 6,1 ммоль/л в капиллярной крови

1100. У больных с кетоацидотической комой развиваются следующие из нижеперечисленных симптомов:

- Запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- Тахикардия
- Дыхание типа Куссмауля
- все перечисленное

1101. Противопоказаниями для приема бигуанидов являются:

- Железодефицитная анемия
- Хронический алкоголизм
- Острый инфаркт миокарда

- Цирроз печени
- Все перечисленное

1102. Механизм действия метформина:

- Стимуляция секреции инсулина
- Уменьшение инсулинорезистентности
- Активация ядерных рецепторов PPAR γ
- Ингибирование дипептидилпептидазы 4 типа

1103. Показанием к инсулинотерапии может быть:

- Некомпенсируемый диетой гестационный диабет
- Кетоацидотическая кома
- Большое оперативное вмешательство пациенту с сахарным диабетом 2 типа
- Всё вышеперечисленное

1104. Отсутствие кетоацидоза при гиперосмолярной коме можно объяснить тем, что:

- имеется остаточная секреция инсулина
- отсутствует значительное повышение контринсулярных гормонов
- повышена чувствительность к инсулину
- блокируется глюконеогенез

1105. Для пролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме:

- отека сетчатки
- наличия микроаневризм, кровоизлияний
- отсутствия неоваскуляризации
- очагов дегенерации в сетчатке

1106. Сахарный диабет может быть заподозрен при выявлении в общем анализе мочи:

- протеинурии
- глюкозурии
- цилиндрурии
- понижения плотности мочи

1107. Причинами нарушения углеводного обмена могут быть следующие эндокринопатии, кроме:

- акромегалии
- тиреотоксикоза
- гипокортицизма
- феохромоцитомы

1108. В лечении первичной ХНН показаны следующие препараты, кроме:

- Гидрокортизона
- Кортинеффа
- 5%-раствора глюкозы
- 4% раствора калия хлорида

1109. К основным эффектам глюкокортикоидов в организме НЕ относится:

- Активация гликогенолиза
- Иммуносупрессия
- Повышение анаболизма белка
- Повышение липолиза на конечностях и липогенеза на туловище и лице

1110. Наиболее высокий риск гипогликемии из перечисленных препаратов имеет:

- вилдаглиптин
- глибенкламид
- пиоглитазон
- метформин

1111. Препарат с глюкозозависимым механизмом действия, не имеет риска развития гипогликемии:

- эмпаглифлозин
- глибенкламид
- репаглинид
- глимепирид

1112. При сахарном диабете может быть выявлен следующая форма автономной нейропатии:

- кардиоваскулярная
- нейропатическая
- дистальная симметричная
- плексопатия

1113. Фактором риска развития макроангиопатий, специфичным для сахарного диабета является:

- гиперхолестеринемия
- гиперинсулинемия
- менопауза
- гиподинамия

1114. Для коррекции факторов риска атеросклероза при ХОЗАНК необходимо все перечисленное, кроме:

- компенсация углеводного обмена
- антикоагулянты
- статины и фибраты
- актовегин

1115. Антигипертензивными препаратами первого ряда при наличии микро- и макроальбуминурии, обладающими нефропротективным действием являются:

- препараты центрального действия
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- диуретики
- бета-блокаторы

1116. Для течения ИБС при сахарном диабете НЕ характерно:

- высокая частота трансмурального инфаркта миокарда
- высокая летальность
- безболевые формы
- более частое выявление у мужчин

1117. Фактором риска макроангиопатий, общим для популяции, является:

- гиперинсулинемия

- курение
- инсулинорезистентность
- гипергликемия

1118. Риск метаболических осложнений у женщин ассоциирован с объемом талии более:

- 94 см
- 80 см
- 102 см
- 88 см

1119. Гипогликемия у больного сахарным диабетом может быть вызвана всем, кроме:

- прием препаратов ИНГЛТ-2
- прием алкоголя
- прием препаратов сульфонилмочевины
- введение неадекватно высокой дозы инсулина

1120. Механизмом действия, основанным на снижении реабсорбции глюкозы в почках и выведения ее с мочой, обладают препараты группы:

- сульфонилмочевины
- аналогов ГПП-1
- ингибиторов ДПП-4
- блокаторов SGLT 2

1121. Показанием для перевода на постоянную инсулинотерапию при СД 2 типа является:

- плановая полостная операция
- кетоацидоз
- неэффективность комбинации ТССП в максимальных терапевтических дозах
- гипергликемия

1122. Метаболическими признаками гиперосмолярной комы являются:

- гипернатриемия и гиперкалиемия
- кетоацидоз и гипергликемия
- гипергликемия и гиперосмолярность

- гиперосмолярность и гиперкалиемия

1123. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения:

- допамина
- изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- глюкозы и инсулина
- бикарбоната натрия

1124. Для лактацидемической комы не характерно:

- повышение молочной кислоты в крови
- снижение уровня бикарбонатов, резервной щелочности и pH крови
- повышение коэффициента лактат/пируват
- высокая гипергликемия и глюкозурия

1125. При гипогликемической коме в первую очередь необходимо введение:

- физиологического раствора
- 40% глюкозы
- хлорида калия
- бикарбоната натрия

1126. Метаболическими признаками кетоацидотической комы являются:

- гипернатриемия и гиперкалиемия
- кетоацидоз и гипергликемия
- гипергликемия и гиперосмолярность
- гиперосмолярность и гиперкалиемия

1127. У беременных при сахарном диабете можно использовать:

- инсулин
- бигуаниды
- ингибиторы НГЛТ-2
- препараты сульфонилмочевины

1128. Тактика введения родов у женщин с сахарным диабетом предусматривает:

- роды через естественные родовые пути, кесарево сечение при наличии акушерских показаний или прогрессировании осложнений
- родоразрешение только через естественные родовые пути
- только кесарево сечение, независимо от наличия осложнений

1129. Частые гипогликемии могут способствовать всему перечисленному, кроме:

- развития инсулинорезистентности
- прогрессирования микроангиопатий
- развития свежих ретинальных кровоизлияний
- развития инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения

1130. При назначении высоких доз тиреостатиков необходим частый контроль следующих показателей:

- Артериального давления
- Частоты сердечных сокращений
- ОАК с лейкоформулой
- ОАМ

1131. Действие иДПП-4 основано на:

- Стимуляции бета-клеток поджелудочной железы
- Снижение инсулинорезистентности
- Глюкозозависимом увеличении синтеза и высвобождение инсулина из бета-клеток поджелудочной железы и снижение секреции глюкагона альфа-клетками
- Ингибировании SGLT-2

1132. Пациенту с сахарным диабетом и вегетативной нейропатией противопоказан следующий вид анестезии:

- высокая спинальная анестезия
- общий наркоз
- проводниковая анестезия
- аппликационная анестезия

1133. При выборе сахароснижающей терапии при остром коронарном синдроме верно все, кроме:

- Тиазолидиндионы при развитии ОКС должны быть немедленно отменены, т.к. могут вызывать задержку жидкости, способствуя развитию застойной сердечной недостаточности.
- Наличие у больного СД 2 типа ОКС не является показанием к переводу на инсулинотерапию.
- Показания к назначению инсулина при ОКС у пациента с СД 2 типа в целом такие же, как у больных без ОКС.
- Метформин не противопоказан больным СД и ОКС.

1134. Определите какие проявления характерны для симптома Мебиуса при тиреотоксикозе:

- Потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
- Мелкий тремор закрытых глаз
- Расширение глазной щели с появлением белой полосы склеры между радужной оболочкой и верхним веком
- Гиперпигментация верхнего века

1135. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают

- инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания
- болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления
- новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания
- инфекционные заболевания; болезни системы кровообращения
- грипп и ОРВИ

1136. Рак in situ по Международной классификации TNM относится

- к раку
- к предраку факультативному
- к доброкачественным опухолям
- отношение не определено
- к предраку облигатному

1137. Наиболее часто злокачественные опухоли в полости рта являются

- эпителиальными
- лимфоидными

- сосудистыми
- соединительнотканными
- нейронными

1138. Носителем генетической информации клетки человека в основном является

- РНК
- АТФ
- ДНК
- митохондрии
- все ответы правильные

1139. Наиболее часто связывают возникновение рака шейки матки с вирусом группы

- герпес
- вирус папилломы
- аденовирус
- вирус гепатита
- эпштейн-Барра

1140. Нарушение гормонального баланса не оказывает влияния на возникновение

- рака яичников
- рака матки
- рака молочной железы
- рака печени
- рака предстательной железы

1141. К комбинированной операции следует относить

- удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
- удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
- удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания

- все ответы правильные

1142. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется

- как самостоятельный метод
- в комбинации с хирургическим методом до операции
- в комбинации с лекарственной терапией
- в комбинации с хирургическим методом после операции
- все ответы правильные

1143. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме

- лимфогранулематоза
- лимфосаркомы
- семиномы
- аденокарциномы желудка
- мелкоклеточного РЛ

1144. Противопоказанием для назначения антрациклинов является

- диссеминация опухолевого процесса
- сердечно-сосудистая недостаточность
- диабет
- отсутствие одной почки
- гиперкоагуляция

1145. Под терминалом «неoadъювантная химиотерапия» понимают

- послеоперационную химиотерапию
- профилактическую химиотерапию
- предоперационную химиотерапию с оценкой эффективности по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
- лечебную химиотерапию
- консолидирующую химиотерапию

1146. Антиандрогены применяются при

- раке предстательной железы

- раке почки
- злокачественных опухолях яичка
- меланоме кожи
- лимфосаркоме

1147. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются

- лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
- надключичные
- паратрахеальные
- претрахеальные
- загрудинные

1148. Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать

- энуклеацию узла
- резекцию доли
- гемитиреоидэктомию
- гемитиреоидэктомию с резекцией перешейки
- субтотальную резекцию щитовидной железы

1149. У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует

- выполнить субтотальную резекцию
- провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
- провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией
- провести самостоятельную лучевую терапию
- выполнить субтотальную резекцию железы с последующей химиотерапией

1150. Наиболее часто злокачественные опухоли слюнной железы представлены

- аденокарциномой
- плоскоклеточным раком
- раком из смешанных опухолей
- мелкоэпидермоидной опухолью

- цистаденокарциномой

1151. Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнных желез необходимо выполнить

- сиалографию
- пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием
- компьютерную томографию
- ангиографию
- МРТ

1152. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании

- клинической картины
- термографии
- маммографии
- морфологического исследования
- ультразвукового исследования

1153. Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается

- при лимфогранулематозе
- при лимфосаркоме
- при ретикулосаркоме
- при плазмацитоме
- все вышеуказанные с одинаковой частотой

1154. Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки, выявляемое при рентгенологическом исследовании, наиболее характерно для

- тимомы
- злокачественных лимфом средостения
- загродинного зоба
- тератомы средостения
- хемодектомы

1155. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является

- повышенное слюноотделение
- тошнота
- дисфагия
- рвота
- кашель

1156. При резекции или экстирпации пищевода по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода с ним должны быть удалены все перечисленные лимфатические узлы, кроме

- бифуркационных
- околопищеводных
- паракардиальных
- левых желудочных
- передних средостенных

1157. Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли

- в шейном отделе пищевода
- в верхнегрудном отделе пищевода
- в среднегрудном отделе пищевода
- в нижнегрудном отделе пищевода
- в верхнегрудном и шейном отделах пищевода

1158. Рак легкого в структуре заболеваемости (смертности) населения СНГ злокачественными новообразованиями с 1985 года занимает

- I место
- II место
- III место
- IV место
- V место

1159. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

- эндобронхиального экзофитного рака легкого.

- перибронхиального узлового рака.
- разветвленного рака.
- пневмониеподобного рака.
- рака верхушки легкого (Пэнкоста).

1160. Периферический рак легкого диаметром 4 см , не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопультмональных лимфатических узлах соответствует

- I стадии заболевания.
- IIa стадии.
- IIб стадии.
- IIIa стадии.
- IIIб стадии.

1161. Рак сегментарного бронха менее 3-х см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится

- к I стадии
- к IIa стадии
- к IIб стадии
- к IIIa стадии
- к IIIб стадии

1162. Хирургический метод в лечении мелкоклеточного рака

- не применяется
- применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода
- применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией
- применяется только в сочетании с лучевой терапией
- применяется в сочетании с иммунотерапией

1163. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

- внутриплевральное введение препаратов
- внутривенное введение химиопрепаратов
- внутрилимфатическое введение
- верные ответы А и Б

- все способы введения одинаково эффективны

1164. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

- железистым раком
- плоскоклеточным раком
- смешанным железисто-плоскоклеточным раком
- слизистым раком
- переходноклеточным раком

1165. Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях может быть выполнена

- при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
- при желудочном кровотечении
- при относительно удовлетворительном состоянии больного
- при отсутствии технических осложнений операции
- при всем перечисленном

1166. Больному 45 лет. Три года назад произведена гастрэктомия по поводу рака желудка. В настоящее время выявлены множественные метастазы в печень. Состояние больного удовлетворительное. Ему показаны

- симптоматическая терапия
- лучевая терапия
- системная химиотерапия
- иммунотерапия
- внутриартериальная химиотерапия

1167. Из органов билиопанкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается раком

- большой дуоденальный сосочек
- 12-перстная кишка
- желчный пузырь
- поджелудочная железа
- внепеченочные желчные протоки

1168. Симптом Курвуазье проявляется

- появлением резко болезненного, увеличенного желчного пузыря
- появлением увеличенного желчного пузыря практически без болевого синдрома
- увеличением печени на фоне механической желтухи
- болезненной пальпацией области желчного пузыря на фоне желтухи
- желтухой, повышением t°

1169. Наиболее информативный метод для диагностики рака большого дуоденального соска – это

- ретроградная холецистопанкреатография
- гастродуоденоскопия
- чрезкожная чрезпеченочная холангиография
- ангиография
- УЗИ

1170. Наиболее широко распространенной радикальной операцией при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны является

- экстирпация 12-перстной кишки
- расширенная резекция большого дуоденального соска
- гастропанкреатодуоденальная резекция
- гастрэктомия
- криодеструкция

1171. К препаратам, обладающим наибольшей эффективностью при раке поджелудочной железы, относятся:

- циклофосфан
- 5-фторурацил
- гемзар
- винкристин
- метотрексат

1172. Положительная реакция на α -фетопротеин чаще наблюдается

- при гепатоцеллюлярном раке печени
- при холангиоцеллюлярном раке печени

- при смешанных формах первичного рака печени
- при всех перечисленных формах первичного рака печени положительная реакция наблюдается с одинаковой частотой
- положительная реакция на α -фетопротеин не характерна для первичного рака печени

1173. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли

- в восходящем отделе
- в поперечно-ободочной кишке
- в нисходящем отделе
- в сигмовидной кишке
- частота развития кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли в кишечнике

1174. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

- в правых отделах ободочной кишки
- в поперечно-ободочной кишке
- в нисходящей кишке
- в сигмовидной кишке
- во всех перечисленных отделах встречается с одинаковой частотой

1175. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены

- гистологической структурой опухоли
- размерами опухоли
- локализацией опухоли
- размерами и локализацией опухоли
- гистологической структурой и размерами опухоли

1176. Морфологическое подтверждение диагноза при забрюшинных неорганных опухолях до операции может быть получено

- путем пункции опухоли под контролем ультразвукового исследования
- путем пункции опухоли под контролем рентгеновской компьютерной томографии
- при пункции или ее биопсии во время ретроперитонеоскопии

- при пункции опухоли или ее биопсии во время лапароскопии
- все ответы правильные

1177. В настоящее время наиболее часто в лечении больных неорганными забрюшинными опухолями используется

- хирургический метод
- химиотерапевтическое лечение
- лучевая терапия
- комбинированные методы лечения
- с одинаковой частотой используются все перечисленные методы лечения

1178. Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является

- цитологическое исследование
- гистологическое исследование
- осмотр в зеркалах
- кольпоскопия
- лимфография

1179. К предраку шейки матки относится

- эндоцервикоз
- эндометриоз
- эктропион
- дисплазия
- карцинома in situ

1180. При раке шейки матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма рака

- плоскоклеточный
- аденокарцинома
- светлоклеточный
- недифференцированный
- мелкоклеточный

1181. При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме

- параметральных
- запираательных
- с наружной и внутренней подвздошной артерий
- с общей подвздошной
- парааортальных

1182. Больной 52 года по поводу кровянистых выделений в межменструальном периоде произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически - железисто-кистозная гиперплазия. Из сопутствующих заболеваний миома матки 12 недель. Тактика лечения включает

- наблюдение
- лечение гестагенами
- лечение эстрогенами
- операцию - экстирпацию матки с придатками
- сочетанное лучевое лечение

1183. Решающим для постановки диагноза рака эндометрия является

- осмотр в зеркалах
- пальпация
- ультразвуковое исследование малого таза
- радиоизотопное исследование с ³²P
- диагностическое выскабливание

1184. Асцит и плеврит наиболее характерны для следующих злокачественных опухолей яичников

- дисгерминомы
- гранулезоклеточной опухоли
- серозной цистаденокарциномы
- андробластомы
- тератобластомы

1185. Для диагностики злокачественной опухоли яичников решающим методом является

- ультразвуковое исследование

- компьютерная томография
- лапароскопия
- гистологическое исследование
- гинекологический осмотр

1186. Больной 16 лет по поводу пере крута ножки опухоли правого яичника произведено удаление правых придатков матки. Гистологически - чистая дисгерминома. Дальнейшая тактика предусматривает

- релапаротомию с удалением матки и левых придатков
- облучение + химиотерапия
- химиотерапию
- наблюдение
- релапаротомию + облучение + химиотерапия

1187. Наиболее распространенным видом рака у женщин является

- рак шейки матки
- рак тела матки
- рак яичников
- рак вульвы
- рак молочной железы

1188. При лечении рака вульвы I стадии (T,NOM0) методом выбора является

- простая вульвэктомия
- расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия
- расширенная вульвэктомия + химиотерапия
- расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия + лучевое лечение после операции
- расширенная вульвэктомия + облучение + химиотерапия

1189. Стадия T4 при раке почки подразумевает

- опухоль более 2,5 см, ограниченная почкой
- массивное распространение опухоли в почечную вену
- опухоль распространяется на надпочечник в пределах фасции Герота

- опухоль распространяется за пределы фасции Герота
- опухоль распространяется на полую вену

1190. Категория N2 при раке почки подразумевает

- метастазы в л/узлах размерами более 5 см
- метастазы в л/узлах размерами до 5 см
- метастазы в л/узлах размерами до 2 см
- множественные метастазы в л/узлах независимо от их размеров
- одиночный метастаз в л/узле

1191. Наиболее оптимальным оперативным доступом при раке почки является

- чрезбрюшинный доступ
- доступ по Федорову
- доступ по Bergmann
- доступ по Nagamatsu
- преимуществ какого-либо доступа нет

1192. У больного 65 лет рак почки. По данным ультразвукового исследования и ангиографии опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает капсулу. Регионарные метастазы не выявлены. Ему следует

- провести предоперационную лучевую терапию концентрированную интенсивную
- провести предоперационную лучевую терапию пролонгированным курсом
- провести послеоперационную лучевую терапию
- ограничиться хирургическим лечением
- провести неоадьювантную химиотерапию

1193. Показанием для проведения внутривезикулярной химиотерапии является

- поверхностный рак мочевого пузыря
- инвазивный рак мочевого пузыря
- диссеминированный рак мочевого пузыря
- внутривезикулярная химиотерапия показана во всех случаях
- наличие метастазов в регионарные лимфоузлы

1194. Наиболее частым симптомом рака мочевого пузыря является

- гематурия
- дизурия
- пальпируемая опухоль
- боль над лоном
- гипертермия

1195. Клиническая картина рака предстательной железы характеризуется

- ранним появлением дизурических расстройств
- длительным бессимптомным течением
- выраженным болевым синдромом
- гематурией
- нарушением функции почек

1196. Полная андрогенная блокада при лечении распространенного рака предстательной железы это

- двухсторонняя орхиэктомия + эстрогенотерапия
- лечение большими дозами антиандрогенов
- двухсторонняя орхиэктомия или назначение агонистов ГТ-РГ + антиандрогены
- эстрогенотерапия
- двухсторонняя орхиэктомия

1197. Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует

- в кости
- в легкие
- в печень
- в головной мозг
- по плевре

1198. Опухолевым маркером рака предстательной железы является

- АКТГ
- ХГ
- ПСА

- СА-125
- а-фетопротеин

1199. Чаще злокачественные опухоли яичка метастазируют

- в печень
- в головной мозг
- в легкие
- в надпочечники
- в кости

1200. Больному 36 лет год назад произведена орхофуникулэктомия по поводу семиномы левого яичка. Больной находился под наблюдением. В настоящее время у больного определяются множественные метастазы в легкие и забрюшинные лимфоузлы. Оптимальный метод лечения для него

- химиотерапия по схеме ВЕР
- химиотерапия по схеме VELP
- лучевая терапия
- все варианты равноценны
- симптоматическая терапия

1201. У больной 65 лет рак кожи волосистой части головы 2 см, подвижный с кожей. Ей наиболее целесообразна

- близкофокусная рентгенотерапия
- дистанционная g-терапия
- лазерная деструкция
- хирургическое удаление
- химиотерапия

1202. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому

- папилломатозный невус
- «Монгольское» пятно
- Невус Ито
- меланоз Дюбрейя
- невус Ота

1203. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является

- радиофосфорная проба
- постлучевая меланурия (реакция Якша)
- термография
- морфологический метод
- компьютерная томография

1204. Ведущим методом лечения меланомы кожи является

- хирургический
- лучевая терапия
- комбинированный
- электрокоагуляция
- химио-гормонотерапия

1205. Неблагоприятными факторами прогноза при лимфогранулематозе являются:

- увеличение медиастинальных лимфоузлов $> 1/3$ диаметра грудной клетки
- наличие экстранодальных зон поражения
- поражение костного мозга
- наличие $>$ трех групп лимфоузлов
- все ответы правильны

1206. Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение

- лимфоузлов выше диафрагмы
- лимфоузлов ниже диафрагмы
- частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова
- начало болезни с появления экстранодальных очагов поражения
- поражение костного мозга

1207. Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейра при лимфогранулематозе встречается

- редко ($< 10\%$)
- часто ($>70\%$)

- у половины больных
- не встречается никогда
- встречается у 1/3 больных

1208. Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксиллярных лимфоузлов слева означает при лимфогранулематозе

- I стадию
- II стадию
- III стадию
- IV стадию
- IIb стадию

1209. Вовлечение при лимфогранулематозе селезенки и паховоподвздошных лимфоузлов трактуется

- как I стадия
- как II стадия
- как III стадия
- как IV стадия
- как IIb стадия

1210. Изолированное поражение селезенки при лимфогранулематозе означает

- I стадию
- II стадию
- III стадию
- IV стадию
- IIb стадию

1211. Злокачественные неходжкинские лимфомы имеют склонность к метастазированию

- лимфогенному
- гематогенному
- смешанному
- преимущественно гематогенному
- преимущественно лимфогенному

1212. В соответствии с классификацией ВОЗ (2011) прогностически благоприятными являются следующие морфологические варианты В-клеточной лимфосаркомы

- лимфоплазмочитарная
- диффузная крупноклеточная
- фолликулярная
- мантийноклеточная
- фолликулярная, лимфоплазмочитарная

1213. Прогностически неблагоприятными (агрессивными) морфологическими вариантами В-клеточной лимфосаркомы являются

- диффузная крупноклеточная
- мантийноклеточная
- фолликулярная
- маргинальная
- диффузная крупноклеточная, мантийноклеточная

1214. Основным методом лечения лимфосаркомы Ia-IIa стадии является (кроме лимфосаркомы пищеварительной трубки)

- химиотерапия
- лучевая терапия
- хирургический метод
- комбинированный (химиолучевой) метод
- хирургический и лучевой метод

1215. Первой линией терапии ШБ-IV стадии лимфогранулематоза является

- схема ABVD.
- схемы CVPP, COPP.
- BEACOPP.
- схемы MOPP/ABV.
- Dexam-BEAM

1216. При достижении полной ремиссии у больных лимфосаркомой высокой степени злокачественности III-IV стадий следует

- прекратить лечение.
- провести два цикла аналогичной химиотерапии с целью консолидации.
- использовать лучевую терапию по радикальной программе.
- использовать лучевую терапию на зоны бывшего поражения.
- использовать лучевую терапию на зоны опухолевых очагов наибольших размеров.

1217. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения

- лучевой терапии.
- гормонотерапии.
- химиотерапии.
- мастэктомии
- иммунотерапии

1218. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является

- маммография.
- пункция опухоли с последующим цитологическим исследованием пунктата.
- термография.
- ультразвуковое исследование.
- компьютерная томография.

1219. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразно проводить

- только хирургическое лечение
- только лучевую терапию –
- только химиотерапию
- комбинированное лечение
- комплексное лечение

1220. При проведении послеоперационной химиотерапии по схеме CMF наиболее целесообразно проводить

- 2 курса.
- 3 курса.

- 4 курса.
- 5 курсов.
- 6 курсов.

1221. У больной через 10 лет после радикального лечения рака молочной железы выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. При обследовании других метастазов не обнаружено. Наиболее целесообразным методом лечения является

- химиотерапия.
- лучевая терапия.
- хирургическое лечение.
- гормонотерапия.
- иммунотерапия.

1222. При генерализованном раке молочной железы у больных в менопаузе целесообразно проводить эндокринное лечение в первой линии

- андрогенами.
- кортикостероидами.
- антиэстрогенами.
- селективными ингибиторами ароматазы.
- ингибиторами ароматазы.

1223. Больной 40 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака. Опухоль в верхненаружном квадранте (3.5 см) T2N0M0. Дальнейшее лечение предусматривает

- наблюдение.
- лучевую терапию на правую молочную железу.
- лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надподключичную зоны.
- профилактическую химиотерапию.
- эндокринное лечение.

1224. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы наружной локализации. Клинически Pa стадия. Гистологически обнаружены метастазы рака в трех подмышечных лимфоузлах. В дальнейшем ей необходимы

- послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубца).
- послеоперационное облучение подмышечных и надподключичных зон.

- послеоперационное облучение подмышечных, надподключичных и парастеральной зон.
- послеоперационное облучение грудной стенки и всех регионарных зон.
- послеоперационная химиотерапия.

1225. Больной 60 лет по поводу рака левой молочной железы стадии pT2N0M0 наружной локализацией выполнена радикальная операция с сохранением грудных мышц после интенсивно-концентрированной предоперационной лучевой терапии на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной СОД 20 Гр. Гистологически: инфильтративно-протоковый рак, 3 см, РЭ+, РП+. В дальнейшем ей целесообразно

- послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубца).
- послеоперационное облучение подмышечной зоны.
- послеоперационное облучение грудной стенки и подмышечной зоны.
- послеоперационное облучение всех регионарных зон.
- ЛТ не показана

1226. У больной 44 лет рак правой молочной железы. Опухоль 6 см, центральная локализация с вторичным отеком кожи центрального отдела, в подмышечной области 2 лимфоузла. Лучевая терапия наиболее целесообразна в виде

- предоперационной интенсивно-концентрированной на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной.
- предоперационной пролонгированной на молочную и все регионарные зоны в СОД 44-50 Гр.
- предоперационной пролонгированной на молочную железу и все регионарные зоны в СОД 44-50 Гр в сочетании с химиотерапией.
- полного курса лучевой терапии на молочную железу 66-70 Гр, подмышечную область 50-55 Гр, остальные регионарные зоны - 44-50 Гр с последующей операцией.
- лучевая терапия не показана.

1227. У больной 65 лет, страдающей раком молочной железы T3N,M0, положительные рецепторы эстрогенов. На фоне применения антиэстрогенов выявлены mts в легкие. Целесообразно применение

- андрогенов.
- ингибиторов ароматазы.
- антиэстрогенов.
- кортикостероидов.
- прогестиннов.

1228. Какой из перечисленных препаратов относится к группе ингибиторов ароматазы

- тамоксифен.
- ориметен.
- аримидекс.
- летрозол.
- аромазин.

1229. Оптимальный интервал между курсами химиотерапии по схеме FFC (фторурацил, флорморубин, циклофосфан)

- 2 недели.
- 3 недели.
- 4 недели.
- 5 недель.
- 6 недель.

1230. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее применима

- маммография.
- флюорография.
- пункционная биопсия.
- секторальная резекция.
- пальпация.

1231. Для маститоподобного рака клинически характерно

- наличие опухолевидного узла с четкими границами.
- наличие симптома «площадки»
- наличие симптома «лимонной корки» и гиперемии кожи.
- отсутствие увеличенных лимфоузлов.
- наличие выделений из сосков.

1232. У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 2 - 3 см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Наиболее вероятный диагноз

- диффузная мастопатия.

- рак молочной железы.
- болезнь Минца.
- фиброаденома.
- узловая мастопатия.

1233. Больная жалуется на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. При надавливании на ареолу появляются капельки крови. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. При маммографии патологии не обнаружено. При контрастной маммографии обнаружено кистозное изменение молочных ходов в области соска. Наиболее вероятный диагноз

- рак молочной железы.
- диффузная мастопатия.
- внутрипротоковая папиллома.
- узловая мастопатия.
- фиброаденома.

1234. В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2-3 см, положительный симптом «площадки», сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз

- фиброаденома.
- узловая мастопатия.
- липома.
- рак молочной железы
- болезнь Минца.

1235. Плечевая кость относится к:

- Губчатым длинным костям;
- Губчатым коротким костям;
- Плоским костям;
- Длинным трубчатым костям;
- Коротким трубчатым костям

1236. Какие из перечисленных костей относятся к поясу верхних конечностей:

- Лопатка, грудина;
- Ключица, грудина;

- Ключица, лопатка;
- Плечевая кость, I ребро;
- Ключица, I ребро.

1237. Скелет кисти делится на три отдела:

- Пясть, запястье, плюсна;
- Запястье, пясть, фаланги пальцев;
- Плюсна, предплюсна, фаланги пальцев;
- Плюсна, пясть, фаланги пальцев;
- Запястья, предплюсна, фаланги пальцев.

1238. Какие кости участвуют в образовании коленного сустава:

- Бедренная, большеберцовая, малоберцовая;
- Бедренная, большеберцовая, надколенник;
- Большеберцовая, бедренная;
- Большеберцовая, малоберцовая;
- Малоберцовая, бедренная.

1239. К какому виду соединений относится соединение дужек позвонков?

- К синхондрозам;
- К синдесмозам;
- К синостозам;
- К дизартрозам;
- К Синартрозам.

1240. Какая связка принимает участие в образовании свода плеча?

- Боковая латеральная;
- Клювовидно-плечевая;
- Клювовидно-акромиальная;
- Боковая медиальная;
- Грудно-ключичная.

1241. Какая связка является ключом сустава Шопара?

- Раздвоенная;
- Латеральная межкостная клиноплюсневая;
- Длинная подошвенная;
- Медиальная межкостная клиноплюсневая;
- Пяточно-малоберцовая.

1242. Пирамида височной кости имеет поверхности:

- Переднюю, заднюю, нижнюю;
- Наружную, внутреннюю, нижнюю;
- Наружную, внутреннюю, заднюю;
- Наружную, заднюю, переднюю;
- Переднюю, заднюю, верхнюю.

1243. Костнымместилищем органов слуха и равновесия является:

- Барабанная часть височной кости;
- Каменистая часть височной кости;
- Сосцевидный отросток височной кости;
- Барабанная часть височной кости.

1244. Подвижной костью лицевого черепа является:

- Затылочная кость;
- Решетчатая кость;
- Нижняя челюсть;
- Верхняя челюсть;
- Скуловая кость.

1245. Какие отростки имеет небная кость?

- Клиновидный, глазничный и пирамидальный;
- Альвеолярный и носовой;
- Носовой и верхнечелюстной;
- Горизонтальный и перпендикулярный;

- Альвеолярный, носовой, скуловой.

1246. Канал нижней челюсти заканчивается:

- Альвеолярным отверстием;
- Крыловидным отверстием;
- Нижнечелюстным отверстием;
- Подбородочным отверстием;
- Подглазничным отверстием.

1247. Из каких частей стоит клиновидная кость?

- Больших, малых крыльев и крыловидных отростков;
- Тела, больших и малых крыльев, крыловидных отростков;
- Тела, крыловидных и наклоненных отростков;
- Тела, крыльев и глазничных частей;
- Больших и малых крыльев и наклоненных отростков.

1248. Верхняя глазничная щель находится между:

- Малыми и большими крыльями клиновидной кости;
- Телом и малыми крыльями клиновидной кости;
- Малыми крыльями и верхней челюстью;
- Большими крыльями и верхней челюстью;
- Большими крыльями и телом клиновидной кости.

1249. В какой последовательности вскрываются пласты мышц передне-боковой стенки живота при аппендэктомии?

- Внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца живота, наружная косая мышца живота;
- Поперечная мышца живота, наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота;
- Наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца живота;
- Прямая мышца живота, наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота;
- Наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота, прямая мышца живота.

1250. Укажите, что образует переднюю стенку пахового канала.

- Поперечная мышца живота;

- Поперечная фасция;
- Наружная косая мышца;
- Внутренняя косая мышца;
- Паховая связка.

1251. Чем ограничено трехстороннее отверстие?

- Боковой головкой трехглавой мышцы плеча, малой круглой мышцей, плечевой костью;
- Длинной головкой двуглавой мышцы плеча, большой и малой круглыми мышцами;
- Плечевой костью, большой круглой мышцей, длинной головкой трехглавой мышцы плеча;
- Лопаткой, малой круглой мышцей, короткой головкой двуглавой мышцы плеча;
- Длинной головкой трехглавой мышцы плеча, большой и малой круглыми мышцами.

1252. Выберите отверстия подмышечной полости:

- Трехстороннее, четырехстороннее;
- Переднее, заднее;
- Медиальное, латеральное;
- Круглое, овальное;
- Все ответы верны.

1253. Укажите последовательность слоёв пищеварительной трубки на поперечном разрезе:

- Слизистая, подслизистая, серозная (или адвентициальная), мышечная;
- Мышечная, слизистая, серозная (или адвентициальная), подслизистая;
- Мышечная, слизистая, подслизистая;
- Слизистая, подслизистая, мышечная, серозная (или адвентициальная).

1254. Какие кости черепа участвуют в образовании костного нёба:

- Альвеолярный отросток верхней челюсти, горизонтальная пластинка нёбной кости;
- Горизонтальная пластинка нёбной кости, решетчатая кость, альвеолярный отросток верхней челюсти;
- Нёбный отросток верхней челюсти, горизонтальная пластинка нёбной кости;
- Альвеолярный отросток верхней челюсти, нёбный отросток верхней челюсти, вертикальная пластинка нёбной кости.

1255. К большим слюнным железам относятся:

- Околоушная, поднижнечелюстная, подъязычная;
- Околоушная, язычная, щитовидная;
- Поднижнечелюстная, околоушная, вилочковая;
- Подъязычная, околоушная, щитовидная, вилочковая.

1256. В собственно полость рта открываются протоки таких слюнных желёз:

- Околоушной;
- Слёзной;
- Подчелюстной и подъязычной;
- Щитовидной и вилочковой.

1257. Первые молочные зубы появляются у детей в возрасте:

- 7-9 месяцев;
- 3-4 месяца;
- 6-8 месяцев;
- 12-15 месяцев.

1258. Смена молочных зубов на постоянные у детей начинается:

- В 8 лет;
- В 9 лет;
- В 6-7 лет;
- В 10 лет.

1259. Укажите правильный вариант групповой формулы зубов взрослого человека:

- 3212 2123;
- 2231 1322;
- 2312 2132;
- 2222 2222.

1260. Укажите правильный вариант групповой формулы молочных зубов ребёнка:

- 1112 21114;

- 2021 1202;
- 2012 2102;
- 1022 2201

1261. Из каких частей состоит глотка:

- Носовой, ротовой, гортанной;
- Нёбной, грудной, носовой;
- Ротовой, трахеальной, носовой;
- Грудной, нёбной, ротовой.

1262. В каком отделе глотки происходит перекрест дыхательного и пищеварительного путей:

- В гортаноглотке;
- В верхнем отделе;
- В ротоглотке;
- В носоглотке;
- В нижнем отделе.

1263. Назовите части желудка:

- Дно, тело, ампулярная часть;
- Дно, тело, кардиальная и пилорическая части;
- Дно, верхняя нижняя, пищеводная части;
- Тело, дно, верхняя, нижняя части.

1264. Какие изгибы (кривизны) имеет желудок:

- Боковая, передняя;
- Кардиальная, малая;
- Большая, малая;
- Верхняя и боковая.

1265. Назовите слои стенки желудка в правильной последовательности:

- Серозная, подсерозная, слизистая, мышечная оболочки;
- Слизистая с подслизистой, мышечная и серозная оболочки;

- Адвентициальная, слизистая, мышечная и серозная оболочки;
- Слизистая без подслизистой, мышечная и серозная оболочки.

1266. Назовите отделы тонкой кишки и расположите в правильной последовательности:

- Двенадцатиперстная, подвздошная, тощая;
- Слепая, тощая, двенадцатиперстная;
- Прямая, тощая, двенадцатиперстная;
- Двенадцатиперстная, тощая, подвздошная.

1267. В печёчно-двенадцатиперстной связке располагаются:

- Общий жёлчный проток, воротная вена, печёчная артерия;
- Желудочная артерия, общий желчный проток, нижняя полая вена;
- Воротная вена, нижняя полая вена, общий печёчный проток;
- Печёчная и селезёночная артерии.

1268. Поджелудочная железа имеет следующие отделы:

- Головка, тело, хвост;
- Квадратная часть, хвост, тело;
- Головка, печёчный, желудочный отделы;
- Амбула, тело, хвост.

1269. Общий носовой ход находится между:

- Перегородкой носа и медиальными поверхностями носовых раковин;
- Между латеральными поверхностями носовых раковин;
- Верхними и нижними носовыми ходами;
- Верхней и нижней носовыми раковинами.

1270. Топографическое взаимоотношение сверху вниз в корне левого легкого таково:

- Легочная артерия, главный бронх, 2 легочные вены;
- Главный бронх, легочная артерия, 2 легочные вены;
- Главный бронх, 2 легочные вены, легочная артерия;
- Бронхиальные артерии, главный бронх, бронхиальные вены.

1271. Топографическое взаимоотношение корня правого легкого таково:

- Легочная артерия, главный бронх, 2 легочные вены;
- Главный бронх, легочная артерия, 2 легочные вены;
- Главный бронх, 2 легочные вены, легочная артерия;
- Бронхиальные артерии, главный бронх, бронхиальные вены.

1272. Средостение представляет собой:

- Комплекс органов, расположенных между диафрагмой и нижней апертурой грудной клетки;
- Комплекс органов, расположенных между правым и левым плевральными мешками;
- Полость, расположенную между правым и левым плевральными мешками;
- Полость, расположенную между правым и левым легким.

1273. Как покрыт брюшиной мочевой пузырь в опорожненном состоянии?

- Экстраперитонеально;
- Интраперитонеально;
- Мезоперитонеально;
- Ретроперитонеально.

1274. Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллова сухожилия проявляется:

- западением в области разрыва ахиллова сухожилия
- невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
- отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
- резком ограничением супинации стопы
- ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия

1275. Причиной возникновения привычного вывиха плечевой кости является:

- родовая травма
- инфекционный артрит
- вывих плеча, сопровождающийся переломом ключицы
- повреждения капсульно-связочного аппарата плечевого сустава в момент травмы в сочетании с неправильной тактикой ведения пациента

1276. Не является признаком переломов костей таза

- симптом "прилипающей пятки"
- симптом Волковича - наложение "лягушки"
- симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности
- симптом Ларрея - боли при разведении крыльев таза
- симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

1277. Показаниями к оперативному лечению перелома ключицы являются

- открытые переломы с повреждением или сдавлением сосудисто-нервного пучка
- оскольчатый перелом ключицы с опасностью ранения кожи
- закрытый оскольчатый перелом
- все перечисленное

1278. Аддукционный перелом хирургической шейки плеча возникает

- при приведении плеча
- при отведении плеча
- при нейтральном положении
- при сгибании плеча
- при любом из перечисленных положений

1279. Переломовывихи головки плечевой кости с полным разобщением отломков у молодых людей следует лечить:

- оперативно, устраняя вывих и фиксируя отломки металлофиксаторами в ранние сроки
- удаляя головку плечевой кости в ранние сроки
- удаляя головку плечевой кости и производя артродез в ранние сроки
- оперируя в поздние сроки, делая остеосинтез
- оперируя в поздние сроки, удаляя головку

1280. Переломы мыщелкового возвышения большеберцовой кости часто сопровождаются разрывом:

- внутренней боковой связки коленного сустава

- наружной боковой связки коленного сустава
- боковых и крестообразных связок
- задней крестообразной связки
- передней крестообразной связки

1281. Признаками перелома пяточной кости являются:

- боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение вершушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости
- деформация голеностопного сустава и смещение внутренней лодыжки вверх
- гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы
- боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава

1282. При открытом повреждении крупного сустава могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме:

- гнойного артрита
- сепсиса
- фиброзного или костного анкилоза
- тугоподвижности, сгибательной или разгибательной контрактуры
- воздушной эмболии

1283. При травме и поражении локтевого нерва кисть принимает вид

- "обезьяньей" кисти
- "когтеобразной" кисти
- "свисающей" кисти
- "акушерской" кисти

1284. Лечение пострадавшего с переломом поясничного позвонка вытяжением осуществляется за счет:

- поднятия ножного конца кровати и фиксации стоп
- поднятия головного конца кровати и фиксации пострадавшего петлями за подмышечные впадины
- фиксации петлю Глиссона за головку и грузом в 6 кг
- фиксации таза специальным лифчиком и тягами по оси
- наложения на грудную клетку специального жилета и тягой к голове

1285. Линия Гютера - это

- линия оси плеча
- линия оси предплечья
- линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
- линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча

1286. Контрактура Фолькмана возникает вследствие

- повреждения плечевого сплетения
- продолжительного значительного, но не полного нарушения артериального кровотока
- короткого, измеряемого минутами, полного прекращения кровотока
- двойного перелома плечевой кости

1287. После устранения вывиха плечевой кости необходима иммобилизация руки:

- на косынке
- мягкой повязкой Дезо
- на отводящей шине
- с помощью гипсовой повязки Дезо

1288. Основными признаками перелома шейки бедренной кости являются все перечисленные, кроме

- болей в тазобедренном суставе
- укорочения конечности
- симптома Гирголова
- симптома "прилипшей пятки"
- симптома «пружинящего сопротивления»

1289. Оптимальным методом лечения закрытых винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является:

- гипсовая повязка
- скелетное вытяжение + гипсовая повязка
- компрессионно-дистракционный метод
- операция остеосинтеза

1290. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяются:

- лечение и профилактика травматического шока
- восполнение потерянной при травме крови
- раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"
- репозиция смещенных отломков таза
- профилактика и лечение возникающих осложнений

1291. После первичной хирургической обработки раны при открытом переломе используются все перечисленные методы лечения, за исключением:

- гипсовой повязки
- скелетного вытяжения
- внутрикостного остеосинтеза
- внеочагового чрезкожного остеосинтеза

1292. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (osteosynthesis)

- открытые переломы
- переломы со смещением
- интерпозиция мягких тканей между отломками
- многооскольчатые и раздробленные переломы
- множественные переломы костей.

1293. Назовите положение больного с переломом позвоночника при транспортировке:

- лежа на боку;
- лежа на спине;
- лежа на животе;
- верно б и в.

1294. Способ лечения, являющийся основным при переломе лучевой кости в типичном месте:

- иммобилизирующий (гипсовая повязка);
- функциональный;
- оперативный;
- при помощи компрессионно-дистракционного аппарата;

- иммобилизация эластичным бинтом.

1295. Выберите сочетанные повреждения:

- закрытый перелом обоих бедер;
- ушиб головного мозга, закрытая травма груди, клапанный пневмоторакс;
- закрытая травма черепа, эпидуральная гематома справа;
- закрытая травма живота, разрыв печени гемоперитонеум;
- ожог грудной клетки 3 степени, закрытый перелом правого плеча.

1296. Назовите основной признак гемартроза коленного сустава:

- увеличение объема сустава;
- кровоизлияние в мягкие ткани;
- ограничения движений в суставе;
- баллотирование надколенника;
- синдром «выдвижного ящика».

1297. Больной при нырянии в мелком месте ударился головой о дно. Был извлечен из воды товарищами. Отмечается отсутствие движений и чувствительности в руках и ногах, затрудненное дыхание. Укажите правильный диагноз:

- перелом ребер;
- сотрясение головного мозга;
- перелом шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга;
- разрыв связок шейного отдела позвоночника;
- ушиб головного мозга.

1298. Выделите клинические симптомы абсолютные для перелома кости:

- патологическая подвижность и крепитация костных отломков;
- отечность и кровоизлияние в мягкие ткани;
- локальная болезненность и нарушение функции;
- деформация конечности;
- гипермия в области перелома.

1299. Назовите основной признак перелома луча в «типичном месте»:

- штыкообразная деформация;
- локальная болезненность;
- крепитация;
- боль при осевой нагрузке

1300. Назовите показания к наложению жгута:

- повреждение магистральных сосудов или их крупных ветвей;
- открытый перелом;
- ранение мышц;
- повреждение вен.

1301. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

- трахеостомия;
- пункция с аспирацией воздуха из плевральной полости;
- блокады межреберных нервов;
- обездвиживания грудной клетки;
- блокады диафрагмального нерва

1302. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. В анамнезе автотравма 10 дней назад. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз:

- левосторонняя абсцедирующая пневмония;
- стенокардия;
- скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- гемоторакс слева;
- травматическая грыжа диафрагмы слева.

1303. Мужчина при автомобильной аварии ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: локальная болезненность при пальпации V-VII ребер справа по передней подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При перкуссии тимпанит. Состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз:

- посттравматическая пневмония справа;
- перелом V-VII ребер справа;
- контузия правого легкого;
- перелом V-VII ребер справа, травматический пневмоторакс;
- гематома грудной стенки в области V-VII ребер.

1304. Лечебное мероприятие, которое следует произвести при оказании первой помощи при открытом пневмотораксе:

- дренирование плевральной полости по Бюлау;
- трахеостомия;
- торакотомия;
- наложение окклюзионной повязки;
- бронхоскопия

1305. Для остеоид-остеомы наиболее типичным клиническим симптомом является:

- контрактура прилежащих суставов;
- отёк поражённого сегмента конечности;
- ночная изнуряющая боль в области поражения;
- локальная гипертермия;
- снижение кожной чувствительности в проекции новообразования.

1306. Для подтверждения болезни Кёнига основным методом неинвазивной инструментальной диагностики является:

- рентгенография;
- компьютерная томография;
- УЗИ;
- сцинтиграфия;
- рентгеноскопия.

1307. К стабилизирующим операциям, выполняемым при полиомиелите, относят:

- тенотомию ахиллова сухожилия;
- транспозицию головок трёхглавой мышцы голени;
- моделирование формы голени с помощью аппарата внешней фиксации;

- трёхсуставной артродез стопы.

1308. Основным этапом оперативного лечения врождённой крыловидной шеи является:

- удлиняющая теномиопластика грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- создание корпородеза между V и VI шейными позвонками;
- кожная пластика методом встречных треугольных лоскутов;
- иссечение надостистой связки шейного отдела позвоночника.

1309. Спондилолистез V поясничного позвонка I степени характеризуется:

- сращением V поясничного и I крестцового позвонков;
- незаращением дужки V поясничного позвонка с одной из сторон;
- смещением V поясничного позвонка относительно крестца на $1/3$ диаметра тела позвонка;
- аплазией остистого и одного из боковых отростков V поясничного позвонка.

1310. В патогенезе болезни Эрлахера-Блаунта основное значение имеет:

- вальгусная деформация большеберцовой кости в сочетании с её угловой деформацией;
- варусная деформация большеберцовой кости в сочетании с её торсией;
- аплазия малоберцовой кости;
- саблевидная деформация большеберцовой кости в сочетании с аплазией малоберцовой кости;
- дисплазия проксимального отдела бедренной кости.

1311. Основным проявлением врождённого вывиха надколенника является:

- смещение надколенника в проксимальном направлении;
- смещение надколенника в латеральном направлении;
- смещение надколенника в ниже-медиальном направлении;
- смещение надколенника в медиальном направлении.

1312. Для разрыва связок коленного сустава характерны:

- умеренные боли;
- нарушение ориентиров сустава;
- нестабильность сустава.

1313. Для разрыва собственной связки надколенника характерно:

- западение ниже надколенника;
- невозможно сгибание колена;
- невозможно активное разгибание колена;
- ограничение движения надколенника.

1314. Для разрыва ахиллова сухожилия характерно:

- боль в месте травмы;
- больной не может встать на цыпочки;
- больной с трудом, но встает на цыпочки.

1315. Застарелым называют вывих давностью:

- до 3 сут;
- до 3 нед;
- более 3 нед;
- более 12 недель.

1316. Патологическим называют вывих:

- врожденный;
- осложненный;
- возникший в результате заболевания, разрушающего сустав;
- привычный.

1317. Наиболее характерные симптомы для вывиха акромального конца ключицы:

- «пружинящего сопротивления»;
- «клавиши»;
- осевой нагрузки.

1318. Открытая репозиция костных фрагментов — это:

- репозиция аппаратами внешней фиксации;
- репозиция в ране;
- постепенная репозиция;

- репозиция штифтом Кюнчера.

1319. Внутрикостный (интрамедуллярный) остеосинтез выполняют:

- штифтом;
- пластинами;
- болтами;
- спицей Киршнера.

1320. Накостный остеосинтез выполняют:

- штифтом;
- пластинами;
- болтами;
- спицей Киршнера.

1321. Внеочаговый компрессионный остеосинтез выполняют:

- штифтами;
- специальными пластинами;
- аппаратами внешней фиксации (АВФ).

1322. Диагноз у пациента: Закрытый перелом ладьевидной кости. Через 2,5 мес с момента травмы снята циркулярная повязка, на контрольной рентгенограмме костной мозоли не определяется. Что делать:

- оперировать больного;
- начать разработку движений и стимуляцию остеогенеза без иммобилизации;
- наложить глухую гипсовую повязку еще на 2,5 мес.

1323. Возможная причина поллинозов:

- бытовые аллергены
- пыльца растений
- эпидермальные аллергены
- бактериальные аллергены

1324. Наибольшее влияние на тонус артериол при анафилактическом шоке оказывает:

- гепарин
- фактор хемотаксиса эозинофилов
- гистамин
- триптаза

1325. Укажите правильную последовательность стадий аллергических реакций:

- патохимическая, иммунологическая, патофизиологическая
- иммунологическая, патохимическая, патофизиологическая
- патофизиологическая, иммунологическая, патохимическая
- патофизиологическая, иммунологическая, патохимическая

1326. Наиболее продолжительной стадией нарушения кровообращения при воспалении является{

- артериальная гиперемия
- спазм артериол
- местная остановка кровотока
- венозная гиперемия

1327. Фагоцитоз в очаге воспаления осуществляют:

- ретикулоциты
- нейтрофилы
- В-лимфоциты
- тромбоциты

1328. Развитие инфекционного синдрома характерно для:

- аутоиммунных процессов
- аллергических реакций
- иммунодефицитных состояний
- анафилактического шока

1329. Свойствами эндогенных пирогенов обладает:

- ИЛ-1
- ИЛ-2

- токсины бактерий
- ИЛ-4

1330. Порочный круг представляет собой:

- переход первично возникшей острой патологии в хроническую форму с периодами обострения и ремиссии
- циклическое течение заболевания, при котором каждый новый цикл отличается от предыдущего прогрессирующим нарастанием выраженности расстройств
- замкнутую цепь причинно-следственных отношений, которые усиливаются по механизму положительной обратной связи
- циркуляцию патогенного фактора во внешней среде

1331. Этиология – это:

- учение о причинах и условиях возникновения болезни
- учение о причинах заболеваний
- учение о совокупности условий, вызывающих развитие заболеваний

1332. Механизм антибластомной резистентности:

- наличие в геноме человека онкогенов
- снижение цитотоксичности лимфоцитов
- наличие системы репарации ДНК
- наличие в геноме человека проонкогенов

1333. В основе гиперпластического синдрома при остром лейкозе лежит:

- расселение и пролиферация лейкозных клеток вне костного мозга
- аплазия костного мозга
- нарушение дифференцировки В-лимфоцитов
- угнетение нормального эритропоэза и укорочение жизни эритроцитов

1334. Панцитоз характерен для:

- хронического миелоидного лейкоза
- хронического лимфолейкоза
- эритремии (болезни Вакеза)

- первых суток после острой кровопотери

1335. Гистотоксическая гипоксия развивается при:

- гиповитаминозе А
- гиповитаминозе D
- отравлении цианидами
- угнетении дыхательного центра

1336. Уменьшение дыхательной поверхности легких происходит при:

- усиленной мышечной работе
- пневмотораксе
- подавлении дыхательного центра
- значительной кровопотере

1337. Гастроэзофагеальный рефлюкс – это заброс:

- содержимого пищевода в желудок
- содержимого желудка в пищевод
- содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок
- содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку

1338. Гиперхромной анемией является:

- острая постгеморрагическая
- апластическая
- железодефицитная
- В12-дефицитная

1339. Ломкость ногтей, волос, извращение вкуса, нарушения трофики тканей, мышечная слабость характерны для анемии:

- апластической
- микросфероцитарной
- железодефицитной
- В12-дефицитной

1340. Физиологический эритроцитоз развивается:

- у жителей высокогорья
- при гемобластозах
- при поражении паренхимы почки
- при опухолевом поражении печени

1341. Клиническим проявлением портальной гипертензии являются:

- спленомегалия
- ожирение
- развитие синдрома мальабсорбции
- тахикардия

1342. Синдром ахолии характерен для желтухи:

- надпеченочной
- печеночной
- подпеченочной

1343. Повышение общего периферического сосудистого сопротивления характерно для:

- постнагрузки
- преднагрузки
- гиперволемии
- коронароспазма

1344. Клиническим проявлением острой левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- отеки на нижних конечностях
- гепатомегалия
- отек легких
- асцит

1345. Относительная коронарная недостаточность может возникнуть в результате:

- стенозирующего коронаросклероза
- спазма коронарных артерий

- пароксизмальной тахикардии
- все перечисленное верно

1346. Назовите острую сосудистую недостаточность, проявляющуюся кратковременной потерей сознания:

- обморок
- коллапс
- шок
- кома

1347. Хроническая недостаточность надпочечников сопровождается:

- артериальной гипертензией
- артериальной гипотензией
- инсультами
- экзофтальмом

1348. Проявлением гипокалиемии является:

- артериальная гипертензия
- аритмия
- усиление моторики желудка и кишечника
- повышение нервно-мышечной возбудимости

1349. Последствием атеросклероза является:

- коллапс
- облитерирующий эндартериит
- тромбоз вен
- ишемическая болезнь сердца

1350. Для нефритического синдрома характерно:

- глюкозурия
- кетонурия
- микрогематурия
- артериальная гипотензия

1351. В тяжелых случаях гипотиреоза у взрослых людей возникает:

- кретинизм
- микседема
- евнухоидизм
- нанизм

1352. Характерный симптом несахарного диабета:

- глюкозурия
- олигурия
- изогипостенурия
- гематурия

1353. Белый инфаркт встречается в следующих органах:

- кишечник, селезенка
- печень, легкие
- сердце, легкие
- селезенка, головной мозг
- легкие, сетчатка глаза

1354. Вокруг очага некроза в живых тканях развиваются следующие изменения:

- аутолиз
- малокровие ткани
- демаркационное воспаление
- некробиоз
- обызвествление

1355. Для инфаркта легкого характерны следующие признаки:

- темно-красный цвет, треугольная форма
- неправильная форма, белый цвет
- круглая форма, красный цвет
- белый цвет, треугольная форма

- консистенция каменистая

1356. Характеристика инфаркта:

- травматический некроз
- прямой некроз
- сосудистый некроз
- трофонейротический некроз
- казеозный некроз

1357. Частая локализация сухой гангрены:

- конечности
- кишечник
- сердце
- печень
- почки

1358. К стромально-сосудистым диспротеинозам относится:

- гликогеноз
- роговая дистрофия
- меланоз
- гиалиноз

1359. Бронзовый цвет кожи при аддисоновой болезни обеспечивает следующий пигмент:

- билирубин
- липохром
- цероид
- меланин
- билливердин

1360. При физиологическом распаде эритроцитов образуются следующий пигмент:

- гематин
- гематоидин

- гемосидерин
- липофусцин
- меланин

1361. Мускатная печень развивается при:

- хроническом алкоголизме
- гепатите
- раке печени
- венозном полнокровии

1362. Вид продуктивного воспаления:

- гангренозное
- гранулематозное
- гнойное
- гнилостное

1363. Термин «волосатое сердце» соответствует:

- миокардиту
- эндокардиту
- перикардиту
- панкардиту

1364. Укажите вид фибринозного воспаления:

- катаральное
- крупозное
- гранулематозное
- дифтерийное

1365. Диагностические клетки в составе туберкулезной гранулемы:

- эпителиальные
- лимфоциты
- лейкоциты

- гигантские клетки Пирогова-Лангханса

1366. Продуктивное воспаление встречается при:

- сифилисе
- пневмонии
- ветряной оспе
- гриппе

1367. Повышение числа клеток в органе, приводящее к увеличению объёма органа или ткани:

- гипертрофия
- гиперфункция
- гиперплазия
- метаплазия

1368. Вид атипизма в доброкачественных опухолях:

- тканевой
- клеточный
- органный
- смешанный

1369. Для злокачественных опухолей характерно:

- отсутствие метастазирования
- клеточный атипизм
- отсутствие рецидивов
- зрелость тканей

1370. Кавернозная гемангиома это:

- злокачественная опухоль из кровеносных сосудов
- доброкачественная опухоль из кровеносных сосудов
- злокачественная опухоль из соединительной ткани
- доброкачественная опухоль из мышечной ткани

1371. Хондрома это:

- злокачественная опухоль из кровеносных сосудов
- доброкачественная опухоль из хрящевой ткани
- злокачественная опухоль из соединительной ткани
- доброкачественная опухоль из костной ткани

1372. Особенностью опухолей мезенхимального происхождения является:

- пожилой возраст пациентов
- молодой возраст пациентов
- злокачественные опухоли развиваются чаще
- органоспецифичность

1373. К злокачественной опухоли из меланинообразующей ткани относится:

- меланома
- меланоз Дюбреиля
- невус
- лентигинозная дисплазия
- лейкоплакия

1374. Диагностическими клетками для лимфомы Ходжкина являются:

- клетки Березовского – Штернберга
- клетки Пирогова-Лангханса
- клетки Микулича

1375. К гемобластозам относится:

- лимфангиома
- гемангиома
- лимфома
- анемия

1376. К хроническому лейкозу относится:

- лимфобластный

- миелобласты
- монобластный
- миелоцитарный

1377. Гипертоническая болезнь приводит к развитию:

- первично-сморщенной почки
- шоковой почки
- инфарктов почки
- вторично-сморщенной почки
- атрофии почки

1378. При атеросклерозе поражаются:

- вены
- капилляры
- артериолы
- артерии мышечного типа
- артерии мышечно-эластического типа

1379. Стадия острого инфаркт миокарда:

- транзиторная
- некротическая
- гипертрофическая
- шоковая
- отечная

1380. Клинико-морфологическая форма ревматизма:

- транзиторная
- желудочно-кишечная
- почечная
- сердечно-сосудистая
- мышечно-суставная

1381. Карнификация лёгкого это:

- нагноение
- замещение соединительной тканью
- отложение солей кальция
- тромбоз сосудов лёгкого

1382. Термин «сотовое лёгкое» соответствует:

- бурой индурации лёгких
- эмфиземе лёгких
- интерстициальному фиброзу
- бронхоэктатической болезни

1383. Деструктивная форма аппендицита:

- поверхностный
- флегмонозный
- катаральный
- простой

1384. Синдром Баррета характеризуется:

- появлением фокусов ороговения в слизистой оболочке пищевода
- полипозом слизистой оболочки пищевода
- заменой многослойного плоского эпителия призматическим в нижних отделах пищевода вследствие хронического рефлюкса-эзофагита

1385. Причина смерти при циррозе печени:

- острая сердечно-сосудистая недостаточность
- острая дыхательная недостаточность
- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

1386. Причины смерти при острой токсической дистрофии (массивном прогрессирующем некрозе) печени:

- острая сердечно-сосудистая недостаточность
- острая дыхательная недостаточность

- хроническая почечная недостаточность
- гепаторенальный синдром (острая печёчно-почечная недостаточность)

1387. Образное название почки при острой почечной недостаточности:

- шоковая почка
- сальная почка
- пестрая почка
- белая почка
- сморщенная почка

1388. Стадия острой почечной недостаточности:

- транзиторная
- олигоанурическая
- азотемическая
- гипертрофическая
- отечная

1389. Клинико-морфологическая форма сепсиса:

- гнойно-резорбтивная лихорадка
- синегнойный сепсис
- септикопиемия
- одонтогенный сепсис
- терапевтический сепсис

1390. Морфология септического очага:

- очаг некроза
- очаг гнойного воспаления
- очаг кровоизлияния с разрушением ткани
- рубцующийся инфаркт
- очаг влажного некроза

1391. Деформация ткани легкого с перестройкой гистоархитектоники характерна для туберкулеза:

- первичного
- миллиарного
- гематогенно-диссеминированного
- фиброзно-кавернозного
- цирротического

1392. При дизентерии поражается:

- желудок
- печень
- толстая кишка
- тонкая кишка

1393. Выберите правильное продолжение предложения: Головной мозг новорождённого относительно массы тела

- малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины
- больших размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, большой глубины
- больших размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, малой глубины
- малых размеров, крупные борозды и извилины плохо выражены, большой глубины

1394. Закончите фразу: Самостоятельно ходить ребёнок начинает к ...

- 7-8 мес.
- 8-9 мес.
- 11-12 мес.

1395. Ответьте на вопрос: В каком возрасте начинает функционировать первичная система кровообращения эмбриона?

- С 2 недель гестации;
- С конца 5-й недели гестации;
- С 10 недели гестации.

1396. Укажите, какой тип пищеварения характерен для новорождённых?

- Полостное пищеварение
- Пристеночное пищеварение

- Смешанный тип пищеварения (пристеночное и полостное)

1397. Продолжите фразу: Белки грудного молока представлены в основном:

- лактоальбуминами, лактоглобулинами
- казеином, казеиногеном
- гаптоглобин

1398. Выберите безглютеновые каши:

- Манная
- Гречневая
- Овсяная
- Ячневая

1399. Какие каши рекомендуется вводить ребенку первого года первыми?

- глютенсодержащие
- безглютеновые
- с меньшим содержанием крахмала
- с низким гликемическим индексом

1400. Закончите предложение: Молочные смеси для недоношенных детей и детей с малой массой тела характеризуются:

- высоким содержанием белка, частично гидролизованным белком, дополнительным введением таурина
- повышенным содержанием углеводов, натрия и калия
- меньшим содержанием лактозы и большим содержанием бифидобактерий

1401. Укажите, какие особенности дыхательной системы ребенка раннего возраста способствуют быстрому истощению компенсаторных возможностей при дыхательной недостаточности:

- недостаток сурфактанта
- склонность к регургитации
- физиологическое тахипное

1402. Дайте клиническую характеристику острой дыхательной недостаточности II степени:

- умеренная одышка и периоральный цианоз непостоянный, усиливается при нагрузке
- умеренная одышка и периоральный цианоз постоянный в сочетании с генерализованной бледностью, проходит при дыхании 100% кислородом
- цианоз генерализованный в сочетании с цианозом слизистых, не проходит при дыхании 100% кислородом

1403. Укажите, клиническую характеристику острого обструктивного бронхита у детей:

- чаще жесткое дыхание, иногда сухие, а затем влажные среднепузырчатые хрипы на вдохе, рассеянные, непостоянные
- свистящие и жужжащие сухие хрипы (могут быть слышны на расстоянии), рассеянные непостоянные среднепузырчатые влажные хрипы
- дыхание жесткое, локальные постоянные крепитирующие хрипы

1404. Выберите наиболее частого инфекционного возбудителя при остром бронхолите у детей 1-го года жизни:

- вирус гриппа
- вирус парагриппа
- респираторно-синцитиальный вирус
- вирус аденогриппа

1405. Выберите наиболее частого инфекционного возбудителя острой типичной внебольничной пневмонии у детей:

- золотистый стафилококк
- синегнойная палочка
- пневмококк
- вирус гриппа

1406. Выберите стартовый антибиотик для лечения острой внебольничной пневмонии у детей:

- амикацин из группы аминогликозидов
- амоксиклав из группы защищенных пенициллинов
- цефтриаксон из группы цефалоспоринов 3 поколения
- мерексид из группы карбопенемов

1407. Выберите стартовый антибиотик для лечения внутриутробной пневмонии у детей:

- амикацин из группы аминогликозидов+амоксиклав из группы защищенных пенициллинов
- ванкомицин из группы гликопептидов
- цефтриаксон из группы цефалоспоринов 3 поколения
- мерексид из группы карбопенемов

1408. Укажите, какие особенности дыхательной системы ребенка раннего возраста способствуют склонности к развитию отека легких:

- богатая васкуляризация лёгких
- диафрагмальный тип дыхания
- меньшая активность сурфактанта
- физиологическое тахипное

1409. Укажите, какие препараты назначают при подозрении на атипичную пневмонию у детей старше 5 лет:

- макролиды
- аминогликозиды
- цефалоспорины I - II поколения

1410. Укажите, какие особенности определяют частые заболевания детей дошкольного возраста острыми респираторными инфекциями:

- незрелость местного иммунитета
- диафрагмальный тип дыхания
- несовершенство мукоцилиарного клиренса

1411. Дайте лабораторную характеристику острой дыхательной недостаточности I степени у детей:

- газовый состав крови не изменен
- дыхательный или метаболический ацидоз (рН 7,34– 7,25)
- насыщение крови кислородом ниже 70%, декомпенсированный ацидоз(рН менее 7,2)

1412. Укажите, характерные признаки для стафилококковой деструктивной пневмонии у детей:

- ранний возраст ребенка, острое начало после предшествующего ОРВИ, нарастающая выраженная интоксикация, дыхательная недостаточность, влажный кашель, развитие легочных осложнений

- постепенное нарастание симптомов, длительная субфебрильная температура, склонность к затяжному течению, изнурительный кашель с небольшим количеством мокроты
- остро развившаяся лихорадка с ознобом (без предшествующего ОРВИ), боль в боку (иногда в животе), появление кашля с «ржавой» мокротой, румянец щёк (на стороне поражения), одышка

1413. Выберите тип наследования при муковисцидозе

- аутосомно-доминантный
- аутосомно-рецессивный
- сцепленный с X-хромосомой
- спорадическое

1414. Выберите препарат для базисной терапии бронхиальной астмы у детей

- фенотерол
- ипратропиума бромид
- формотерол
- эуфиллин

1415. Выберите профилактическую дозу для детей первых 6 мес жизни

- 400 МЕ
- 500 МЕ
- 1000 МЕ
- 2000 МЕ

1416. Укажите наиболее типичные поражения желудочно – кишечного тракта при муковисцидозе:

- синдром мальабсорбции
- спастический колит
- хронический гастродуоденит
- гастроэзофагальный рефлюкс

1417. Укажите основную причину формирования хронической пневмонии у детей:

- пороки развития бронхолегочной системы
- неправильное лечение острой пневмонии
- недоношенность

- персистирующие вирусные инфекции

1418. Укажите диагностическое содержание хлоридов в поте (в потовой пробе) при муковисцидозе:

- до 60 ммоль/л

- выше 60 ммоль/л

- выше 120 ммоль/л

1419. Выберите показатели температуры тела ребенка, характеризующиеся как субфебрильные:

- 36,6-37,0 0С

- 37,0-37,5 0 С

- 37,1-38,0 0С

- 38,1-39 0С

1420. Выберите правильный ответ. Доброкачественный "розовый" вариант лихорадки характеризуется:

- кожные покровы ребенка горячие, гиперемированы

- кожные покровы ребенка бледные, горячие

- кожные покровы ребенка бледные, холодные

1421. Выберите группу здоровья, к которой можно отнести ребенка, если он имеет следующую характеристику здоровья: имеет нормальное физическое и нервно-психическое развитие, отсутствуют функциональные нарушения и хронические заболевания, редко болеет.

- 1

- 2

- 3

- 4

- 5

1422. Определите, к какой группе здоровья относится подросток. При врачебном осмотре Ивана Ф. 14 лет, с участием специалистов диагностировано: бронхиальная астма в стадии клинической и лабораторной ремиссии. Физическое и психическое развитие соответствует возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенёс 2 ОРВИ, парагрипп.

- 1-я группа;

- 2-я группа;

- 3-я группа;
- 4-я группа;
- 5-я группа.

1423. Укажите, какой из перечисленных ниже пороков сердца всегда сопровождается цианозом кожи?

- Дефект межжелудочковой перегородки
- Дефект межпредсердной перегородки
- Открытый артериальный проток
- Тетрада Фалло
- Изолированный стеноз лёгочной артерии

1424. Выберите правильный вариант ответа. Изолированный мочевого синдром при остром гломерулонефрите проявляется:

- гематурия и отеки;
- протеинурия и азотемия;
- протеинемия и отечный синдром
- микропротеинурия и гематурия

1425. Выберите правильный ответ. Прием глюкокортикоидов внутрь при нефротическом синдроме осуществляется:

- равномерно в течении суток;
- преимущественно в утренние часы;
- преимущественно в вечерние часы

1426. Выберите правильный ответ. Ребенок 3-х месяцев недостаточно прибавляет в весе. Какое клиническое проявление может служить основным критерием гипотрофии II степени?

- сниженный аппетит
- отсутствие подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
- дефицит массы тела более 10%
- частое срыгивание

1427. Укажите, для какого заболевания, сопровождающегося синдромом мальабсорбции, свойственны отеки псевдонефротического характера?

- непереносимость лактозы
- непереносимость сахарозы
- целиакия (экссудативная энтеропатия)
- непереносимость белка коровьего молока

1428. Выберите правильный ответ. К врождённым заболеваниям, сопровождающимся синдромом мальабсорбции, относятся:

- паразитарные инвазии
- муковисцидоз
- болезнь Крона
- антибиотикоассоциированная диарея

1429. Выберите правильный ответ. При каком заболевании наблюдается плоская сахарная кривая после нагрузки лактозой?

- непереносимость белка коровьего молока
- дисахаридазная недостаточность
- муковисцидоз
- целиакия

1430. Укажите, что предпочтительно использовать для кормления ребенка в следующей ситуации. 4-х мес ребенок находится на искусственном вскармливании из-за отсутствия у матери молока. Клинически здоров. Известно, что мать и бабушка ребенка не переносят молокопродукты.

- профилактические смеси на основе частичного гидролиза белка
- соевые смеси
- адаптированные смеси
- козье молоко

1431. Выберите правильный ответ. Особенностью диетотерапии при лактазной недостаточности является исключение:

- хлебных изделий
- молочных продуктов
- острой и жареной пищи

- продуктов с высоким гликемическим индексом

1432. Выберите правильный ответ. Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни с тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить:

- адаптированными смесями на основе коровьего молока;
- соевыми смесями;
- смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки;
- кисломолочными смесями;
- высоко гидролизованными смесями.

1433. Выберите правильный ответ. Причиной железодефицитной анемии у ребенка 1-го года жизни чаще всего является:

- глистные инвазии
- неправильное питание
- активный рост
- частые инфекционные заболевания

1434. Выберите правильный ответ. Ребенок утраивает массу тела при рождении

- к 6-7 мес
- к 8-9мес
- к 10-12 мес
- к 12-15 мес

1435. Выберите правильный ответ. Для физиологической желтухи новорожденных характерны изменения в биохимическом анализе крови:

- повышение билирубина за счет непрямой фракции
- повышение билирубина за счет прямой фракции
- повышение билирубина за счет и непрямой, и прямой фракции

1436. Выберите правильный ответ. При физиологической желтухе новорожденных характерно появление желтушного синдрома :

- в первые сутки жизни
- на 1-2 сутки жизни
- на 2-3 сутки жизни

- на 4-5 сутки жизни

1437. Выберите правильный ответ. При гемолитической желтухе новорожденных характерно появление желтушного синдрома :

- в первые сутки жизни

- на 1-2 сутки жизни

- на 2-3 сутки жизни

- на 4-5 сутки жизни

1438. Выберите правильный ответ. Согласно рекомендациям союза педиатров России, первое прикладывание ребенка к груди матери проводится:

- в течении 30 мин после рождения

- в течении 2 час после рождения

- в течении 12 час после рождения

- в течении 24 час после рождения

1439. Выберите правильный ответ. Согласно рекомендациям союза педиатров России, прикорм ребенку начинают:

- в 3-4 мес

- в 4-5 мес

- в 5-6 мес

- в 6-7 мес

- не ранее 4-х мес, но не позднее 6-ти мес

1440. Выберите правильный ответ. Согласно рекомендациям союза педиатров России, мясное пюре в качестве прикорма детям вводится:

- в 5-6мес

- в 6-7 мес

- в 7-8мес

- в 8-9 мес

1441. Выберите правильный ответ. Согласно рекомендациям союза педиатров России, абсолютным противопоказанием к кормлению грудным молоком со стороны ребенка является:

- поражение ЦНС
- пневмония
- расщелина твердого неба
- галактоземия

1442. Выберите правильный ответ. При синдроме срыгивания у ребенка первых месяцев жизни тактика ведения начинается с:

- проведение УЗИ брюшной полости
- проведение фиброгастроскопии
- проведение рентгенографии грудной клетки
- организации правильного кормления ребенка

1443. Гортань располагается на уровне:

- C1 - C5
- C4 - C6
- T1 - T6
- C6 - T5

1444. Длина трахеи у взрослого человека составляет:

- 5 - 8 см
- 11 - 13 см
- 15 - 17 см
- 18 - 24 см

1445. Интубация – это введение эндотрахеальной трубки в:

- глотку
- гортань
- трахею
- главный бронх

1446. Длительность каждой попытки интубации:

- 30 секунд
- 45 секунд

- 60 секунд
- 35 секунд

1447. При возникшем ларингоспазме необходимо:

- ввести миорелаксант и осуществлять ИВЛ маской
- ИВЛ при помощи маски и реинтубация
- ввести миорелаксант и ИВЛ при помощи маски, далее реинтубация
- ввести миорелаксант и выполнить реинтубацию

1448. Общеизвестным стандартом положения эндотрахеальной трубки является:

- аускультация
- оксиметрия
- капнография
- все перечисленное верно

1449. Трудной считается интубация, когда врачу не удается провести манипуляцию:

- более 2-х раз
- более 3-х раз
- более 4-х раз
- более 5-х раз

1450. Уровень бифуркации трахеи у взрослого мужчины расположен:

- на T1 - T2
- на T4 - T5
- на T6 - T8
- на T9 - T10

1451. Рвотный центр располагается:

- В базальном ганглии
- В центральной извилине
- В мозжечке
- В продолговатом мозге, в области солитарного пучка и прилежит к латеральной части ретикулярной формации

1452. Причиной угнетения дыхания при внутривенном введении барбитуратов является:

- депрессия коры
- депрессия каротидного синуса
- снижение чувствительности дыхательного центра к CO₂
- снижение чувствительности каротидных телец к CO₂

1453. При проведении интубации у детей младшего возраста предпочтительнее использовать:

- прямой клинок
- изогнутый клинок
- интубацию по пальцу
- ларингеальную маску

1454. При флегмоне полости рта ИВЛ осуществляют при помощи:

- трубки комбитьюб
- ларингеальной маски
- интубации трахеи
- трахеостомы

1455. Какими должны быть параметры нормовентиляции при ИВЛ аппаратом:

- ДО= 700 мл, ЧД= 12
- ДО= 500 мл, ЧД= 12
- ДО= 1000 мл, ЧД= 16
- ДО= 1200 мл, ЧД= 20

1456. Необходим ли вакуумный отсос для проведения ИВЛ:

- да
- нет
- необходим только у экстренных больных
- необходим только для плановых больных

1457. Нормальные показатели оксигенации:

- 92-95%
- 98-100%
- более 90%
- все перечисленное верно

1458. Следующее верно в отношении крестца:

- не содержит спинного мозга и не содержит экстрадурального пространства
- объем сакрального канала 20-25 мл
- все перечисленное верно
- все перечисленное не верно

1459. Для того, чтобы определить, какому позвонку соответствует сегмент спинного мозга в ниже-грудном отделе, необходимо вычесть:

- один позвонок
- два позвонка
- три позвонка
- соответстуете позвонку

1460. Введение малых доз адреналина в эпидуральное пространство может вызвать осложнение:

- вазоспазм, ишемию корешков и нервных структур спинного мозга
- стойкое выпадение чувствительности на нижних конечностях
- нарушения тазовых органов
- все перечисленное верно

1461. Уровень спинального блока зависит от:

- объема раствора анестетика
- дозы местного анестетика
- положения больного
- все перечисленное верно

1462. Эпидуральная анестезия выполненная на уровне T10- L1 обеспечивает анестезию при операциях:

- на печени

- на мочеточнике и мочевом пузыре
- на желудке
- все перечисленное верно

1463. Максимальная однократная доза бупивакина:

- 175 мг
- 225 мг
- 300 мг
- 500 мг

1464. Местные анестетики для спинальной анестезии:

- Бупивакаин 0,5%
- Бупивакаин 2%
- Лидокаин 10 %
- Все перечисленное верно

1465. Оптимальный критерий пункции эпидурального пространства:

- тест «висячей капли»
- тест «потери сопротивления»
- тест «белого пятна»
- все перечисленное верно

1466. К относительным противопоказаниям для эпидуральной анестезии относятся:

- рассеянный склероз
- отказ пациента от манипуляции
- тромбоцитопения <50.000
- все перечисленное верно

1467. Размеры эпидурального пространства в ниже-грудном отделе:

- 0,5-1 мм
- 1-1,5 мм
- 2,5-3 мм

- 4-5 мм

1468. Головные боли после спинальной анестезии чаще возникают:

- у пожилых
- у беременных
- в первые сутки после пункции
- на 3-5 сутки после пункции

1469. Линия, проведенная на уровне нижних углов лопаток, соответствует:

- 3-му грудному позвонку
- 5-му грудному позвонку
- 7-му грудному позвонку
- 9-му грудному позвонку

1470. К недостаткам эпидуральной анестезии относятся:

- относительная сложность манипуляции
- большой латентный период до начала анестезии
- возможное возникновение гипотензии
- все перечисленное верно

1471. Частота головных болей после спинальной анестезии зависит от:

- формы кончика иглы
- дозы анестетика
- объема анестетика
- все перечисленное верно

1472. Эпидуральная анестезия выполненная на L3- L4 обеспечивает анестезию при операциях:

- на мочевом пузыре
- на матке
- на нижних конечностях
- все перечисленное верно

1473. Следующее верно в отношении триады анестезии:

- один из компонентов - стабилизация нейро - эндокринных показателей
- один из компонентов - угнетение вегетативных рефлексов
- один из компонентов - мышечная релаксация
- эфир не обеспечивает все три компонента триады

1474. Премедикация опиоидами:

- снижает общие периоперационные потребности в опиоидах
- не может быть проведена приемом таблеток внутрь
- противопоказана у детей
- замедляет эвакуацию из желудка

1475. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляет:

- гипертоническая болезнь
- профессиональные заболевания
- орз и грипп
- злокачественные новообразования

1476. Типичное действие кетамина включает:

- аналгезию и амнезию
- мышечную релаксацию
- стабилизация нейро - эндокринных показателей
- верны все ответы

1477. Фторотан быстро вызывает все перечисленное, кроме:

- наркотического состояния
- амнезии
- учащения дыхания
- аналгезии

1478. Барбитураты в безопасных дозах:

- вызывают хорошую аналгезию

- имеют гипнотическое действие
- вызывают хорошую релаксацию
- подавляют иммунитет

1479. В стоматологической поликлинике имеется 7 должностей врачей - стоматологов и 13 должностей зубных врачей. Сколько предусмотрено ставок анестезиологов - реаниматологов для этой поликлиники?:

- 1 ставка
- 2 ставки
- 4,75 ставки
- ставок не предусмотрено

1480. Врач анестезиолог-реаниматолог обязан назначить вид обезболивания с учетом:

- своих знаний и профессиональных навыков
- материально-технических возможностей лечебного учреждения
- состояния больного и особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования
- все ответы верны

1481. Наименее токсичным для печени и почек является:

- фторотан
- закись азота, ксенон
- энфлюран
- изофлюран

1482. У экстренного больного с выраженной гиповолемией анестетиком выбора может быть:

- барбитурат
- фторотан
- кетамин
- эфир

1483. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- в территориальной поликлинике

- в любой поликлинике населенного пункта
- в любой поликлинике РФ
- в любой поликлинике субъекта федерации

1484. Гортань располагается на уровне:

- C1 – C5
- C4 – C6
- C6 – T5
- T1 – T6

1485. Редуктор предназначен для:

- дозирования жидких анестетиков
- дозирования газообразных анестетиков
- снижения давления
- регуляции газовых потоков

1486. Баллон с закисью азота окрашен в цвет:

- голубой
- серый
- черный
- белый

1487. Цвет баллона с кислородом:

- голубой
- серый
- красный
- черный

1488. ЧДД в минуту у ребёнка в возрасте 3-6 месяцев:

- 40-60
- 35-40
- 30-35

- 25-30

1489. Укажите частоту пульса здорового взрослого человека в покое:

- 30-59 ударов в минуту

- 60-80 ударов в минуту

- 81-100 ударов в минуту

- 100-120 ударов в минуту

1490. Выберите соотношение вдуваний воздуха и массажных толчков при проведении СЛР:

- 1:5

- 1:15

- 2:5

- 2:30

1491. Если реанимация неэффективна, то её можно прекратить:

- через 5 минут

- через 20 минут

- через 30 минут

- через 40 минут

1492. Укажите, в каких случаях допускается отказ от проведения реанимации:

- констатация биологической смерти

- признание реанимационных мер бесперспективными

- у больных старше 70 лет

- у лиц, ведущих асоциальный образ жизни

1493. Укажите способы проведения ИВЛ, не требующие синхронизации с НМС:

- ИВЛ дыхательным мешком через лицевую маску

- ИВЛ "рот в рот"

- ИВЛ респиратором через эндотрахеальную трубку

- ИВЛ дыхательным мешком через эндотрахеальную трубку

1494. Пути введения лекарственных средств во время реанимации:

- внутривенный
- эндотрахеальный
- внутрисердечный
- подъязычный

1495. Перечислите стадии умирания (терминального состояния):

- преагональное состояние
- клиническая смерть
- биологическая смерть
- все перечисленные состояния

1496. В критических ситуациях пульс у новорожденного необходимо определять в области:

- височной артерии
- сонной артерии
- плечевой артерии
- родничка

1497. Патогенетические формы ОПН:

- преренальная ОПН
- ренальная ОПН
- постренальная ОПН
- все перечисленное

1498. Причины преренальной ОПН:

- гиповолемия
- камень
- острый канальцевый некроз
- внутрисосудистые блокады (гемолитикоуремический синдром, тромбоз почечных сосудов)

1499. Причины ренальной ОПН:

- гиповолемия

- гемолиз и миолиз
- острый канальцевый некроз
- камень

1500. Причины постренальной ОПН:

- гемолиз и миолиз
- камень
- эндогенная интоксикация
- острый канальцевый некроз

1501. Перечислите вещества, обладающие нефротоксическим действием:

- рентгеноконтрастные препараты
- антибиотики (неомицин, рифампицин)
- сульфаниламиды
- все перечисленное

1502. Назовите признаки полиурической стадии ОПН:

- клиника основного заболевания, диурез снижается на 8-10 %, бледность, иктеричность, тошнота, боли в животе
- диурез снижается на 25 % и более от нормального, удельный вес мочи менее 1005, тахикардия, экстрасистолии, судороги, отеки, повышается артериальное давление, при осмотре глазного дна — отек диска зрительного нерва
- диурез увеличивается, постепенное снижение гиперкалиемии и уремии, исчезновение симптомов интоксикации
- все перечисленное

1503. Назовите признаки олигоанурической стадии ОПН:

- клиника основного заболевания, диурез снижается на 8-10 %, бледность, иктеричность, тошнота, боли в животе
- диурез снижается на 25 % и более от нормального, удельный вес мочи менее 1005, тахикардия, экстрасистолии, судороги, отеки, повышается артериальное давление, при осмотре глазного дна — отек диска зрительного нерва
- диурез увеличивается, постепенное снижение гиперкалиемии и уремии, исчезновение симптомов интоксикации
- все перечисленное

1504. Назовите признаки начальной стадии ОПН:

- клиника основного заболевания, диурез снижается на 8-10 %, бледность, иктеричность, тошнота, боли в животе
- диурез снижается на 25 % и более от нормального, удельный вес мочи менее 1005, тахикардия, экстрасистолии, судороги, отеки, повышается артериальное давление, при осмотре глазного дна — отек диска зрительного нерва
- диурез увеличивается, постепенное снижение гиперкалиемии и уремии, исчезновение симптомов интоксикации
- все перечисленное

1505. Критерии ОПН:

- диурез менее 10-12 мл\кг\сутки
- диурез менее 14-16 мл\кг\сутки
- азот мочевины более 8 ммоль\л
- креатининемия более 0,3 ммоль\л

1506. Показания для заместительной терапии при ОПН:

- гиперкалиемия с ЭКГ-признаками
- гипергидратация с отеком легкого
- прогрессирующая азотемия с мочевиной >100 мг % (33 ммоль/л)
- все перечисленное

1507. Основания для прекращения активной детоксикации у больных с ОПН:

- улучшение общего состояния больного
- уменьшение проявлений уремической интоксикации
- приближение состава плазмы и мочи к нормальному уровню электролитов, мочевины и креатинина
- все перечисленное

1508. Тромболитическая терапия —это терапия, направленная на:

- улучшение реологических свойств крови
- прекращение процесса дальнейшего тромбообразования
- ферментативное расплавление образовавшегося тромба

- все перечисленное

1509. Показанием к проведению тромболитической терапии на догоспитальном этапе является:

- острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в первые 12 часов от момента развития первых симптомов
- остро возникшая (новая) блокада левой ножки пучка Гиса той же давности
- острый коронарный синдром без подъема сегмента ST в первые 3 часа после развития симптоматики
- ТЭЛА

1510. Назовите ситуации, при которых риск потенциального кровотечения превышает возможную пользу:

- наличие у больного нарушения свертывающей системы крови в течение последних 6 месяцев
- проводимая пероральная антикоагулянтная терапия
- повреждения ЦНС в анамнезе.
- кардиогенный шок, отек легких

1511. Быстрое угнетение сознания и появление очаговых неврологических симптомов характерно для:

- ишемического инсульта
- наиболее тяжелых форм кровоизлияния в мозг
- тяжелых форм нейроинфекции
- эпилептического статуса

1512. Оказание помощи при постановке диагноза – менингококкцемия:

- пенициллин, преднизолон, посиндромная терапия, срочная госпитализация
- левомицетин, преднизолон, посиндромная терапия, плановая госпитализация
- левомицетин, преднизолон, посиндромная терапия, дезинтоксикация, срочная госпитализация
- все перечисленное

1513. Основным осложнением и причиной смерти больных эпилепсией является:

- инсульт
- инфаркт миокарда
- эпилептический статус

- субарахноидальное кровоизлияние

1514. Больной не реагирует на речь и прикосновение, имеются судорожные подергивания, нет пульса на сонных артериях. Что следует делать в первую очередь?:

- измерять АД

- вводить противосудорожное средство

- восстанавливать проходимость верхних дыхательных путей, вентилировать легкие и проводить закрытый массаж сердца

- вызывать в помощь специализированную выездную бригаду скорой медицинской помощи

1515. Основная характеристика эпилептического статуса:

- повторение судорожных приступов более часа с восстановлением между ними сознания

- любой припадок, длящийся не менее 30 минут без восстановления сознания.

- три фокальных приступа в течении 15 минут

- все перечисленное

1516. Органы-мишени при гипертоническом кризе все, кроме:

- печени

- почек

- сердца

- головного мозга

1517. В патогенезе гипертонической болезни имеет значение:

- ренин - ангиотензин – альдостероновой системы

- структурная перестройка сердечно – сосудистой системы

- метаболический синдром

- все выше перечисленное

1518. К основным причинам астматического статуса относится все, кроме:

- неадекватного лечения бронхиальной астмы

- контакта с причинно-значимыми аллергенами

- респираторных инфекций

- травмы

1519. Оптимальным способом купирования приступа бронхиальной астмы является:

- внутривенное введение эуфиллина
- ингаляция кислорода
- ингаляционное введение бета-2-адреностимуляторов через небулайзер
- внутривенное введение адреналина

1520. Препаратом выбора для купирования приступа удушья при бронхиальной астме является:

- беродуал
- эуфиллин
- супрастин
- преднизолон

1521. При бронхообструктивном синдроме противопоказаны:

- диуретики
- нитропрепараты
- антагонисты кальция
- бета-адреноблокаторы

1522. Основные симптомы обморока:

- озноб, повышение температуры
- головная боль, тошнота, рвота
- кратковременная потеря сознания
- все перечисленное

1523. Первая помощь при обмороке:

- полусидящее или сидячее с опущенными ногами положение, грелки к икрам
- уложить с возвышенным ножным концом, обеспечить доступ свежего воздуха
- горчичники на шею, горячая ножная ванна, валидол или нитроглицерин под язык
- грелка на поясницу или общая теплая ванна

1524. Антибиотики какой группы чаще дают аллергические осложнения:

- производные пенициллина
- цефалоспорины
- макролиды
- аминогликозиды

1525. Резкое падение АД наблюдается при:

- анафилактическом шоке
- крапивнице
- отеке Квинке
- аллергическом дерматите

1526. При лечении отека гортани применяют:

- валидол, корвалол
- преднизолон, лазикс
- клофелин, дибазол
- антибиотики, сульфаниламиды

1527. Наиболее аллергенны витамины из группы:

- А
- В
- Е
- С

1528. Максимальное время после введения препарата, в течение которого может развиваться анафилактический шок:

- 3 минут
- 10 минут
- 30 минут
- 1 час

1529. Симптом белого пятна применяют для оценки:

- состояния микроциркуляции
- выраженности анемии

- эффективности сердечной деятельности
- все перечисленное

1530. Ключевой признак шока:

- низкое АД
- увеличение ЧСС
- снижение органной перфузии
- повышение потребления кислорода

1531. Шоковый индекс- это отношение:

- САД к ЧСС
- ДАД к САД
- ЧСС к САД
- ЧСС к частоте дыханий

1532. В минимальный уровень интраоперационного мониторинга входит:

- ЭКГ
- АД неинвазивным методом
- сатурация методом пульсоксиметрии
- все перечисленное

1533. Сохранение крови в жидком состоянии достигается с помощью:

- гепарина
- антитромбина III
- фибринолиза
- все перечисленное

1534. ДВС ведёт к:

- нарушениям микроциркуляции с развитием полиорганной недостаточности
- вторичному фибринолизу
- кровотечению из раны
- все перечисленное

1535. Основу лечения ДВС составляют:

- введение свежемороженой плазмы
- введение эpsilon-аминокапроновой кислоты
- применение контрикала
- все перечисленное

1536. Что не должно использоваться в стадии гипокоагуляции при ДВС?:

- гепарин
- свежемороженая плазма
- тромбомасса
- все перечисленное

1537. Гепарин оказывает антикоагулянтный эффект путём:

- увеличения агрегации тромбоцитов
- снижения агрегации тромбоцитов
- ускорения реакции тромбин-антитромбин
- снижения скорости реакции тромбин-антитромбин

1538. Причины ДВС включают:

- невозмещённая кровопотеря
- гемолиз
- жировая эмболия
- все перечисленное

1539. Причины ДВС в акушерской практике включают:

- предлежание плаценты
- мёртвый плод
- акушерский сепсис
- все перечисленное

1540. Типичными лабораторными признаками ДВС (со II стадии) являются:

- тромбоцитопения
- гипофибриногенемия
- гипокоагуляция
- все перечисленное

1541. Укажите правильные утверждения:

- отсутствие тромбоцитопении исключает ДВС
- ДВС- распространённое по сосудистой системе свёртывание крови
- ДВС вызывается активацией каскада свёртывания тромбопластина
- все перечисленное

1542. Укажите правильные утверждения:

- все плазменные факторы свёртывания сохраняют активность в консервированной донорской крови
- факторы V и VII снижают активность в процессе хранения донорской крови
- факторы V и VII не сохраняют активность в свежемороженой плазме
- добавление консерванта делает реакцию консервированной крови щелочной