

## Тест по терапии 2

Пациент Р. 28 лет обратился с жалобами на повышения температуры тела до 38,5С, одышка, слабость, потливость, плохой аппетит, агевзия, аносмия. Болеет в течении 4-х дней.

На обзорной рентгенографии 2 - х сторонняя пневмония.

Анализы: ПЦР на Covid-19 отр

Sars-cov-2 (Covid-19) IgM -полож

Sars-cov-2 (Covid-19) IgG - отр

Ваш диагноз:

- А) Аденовирусная инфекция;
- В) Covid-19 начало заболевания;
- С) Covid-19 перенесенная заболевания;
- Д) Инфекционный мононуклеоз;
- Е) Краснуха;

002.

Пациент М. 35 лет

Жалоб не предъявляет.

Клиника острых инфекционных заболеваний нет.

Из анализа: Sars-cov-2 (Covid-19) IgM-отр

Sars-cov-2 (Covid-19) IgG- пол.

Ваш диагноз:

- А) Аденовирусная инфекция;
- В) Covid-19 начало заболевания;
- С) Перенесенный Covid-19;
- Д) Инфекционный мононуклеоз;
- Е) Краснуха;

003.

Во время эпидемии Covid-19 врач скорой помощи посетил пациента 65 лет на дому.

Жалобы на повышения температуры тела до 38,5С, слабость, потливость, одышка при покое. Частый жидкий стул.

АД 100/60мм.рт.ст. ЧСС-120 уд/мин, SpO2- 83%

Укажите самую необходимую медицинскую помощь в котором нуждается пациент.

- А) Инфузионная терапия с солевым раствором;
- В) Первая доза антибиотика в/в;
- С) O2 терапия в объеме 10л в час;
- Д) Гормонотерапия с дексаметазоном;
- Е) Жаропонижающая терапия;

004.

Больной М. 45 лет жалобы на выраженную одышку, которая усиливается при ходьбе, повышения температуры тела до 39,0С, потливость, слабость, аносмия, агевзия.

Установлена диагноз

Covid-19 осложненная 2-х сторонней пневмонией.

Анализы: Sars-cov-2 (Covid-19) Ig M - пол

Sars-cov-2 (Covid-19) IgG - пол.

Укажите инструментальное исследование в которой нуждается пациент ?

- А) Пульсоксиметрия;
- В) ЭГД скопия;

- С). УЗИ брюшной полости;
- D) ЭКГ;
- E) Пикфлометрия;

005.

Больной А. 35 лет обратилось с жалобами на повышения температуры тела до 38,5С, слабость, потливость, утомляемость, боль в крупных суставах.

Во время осмотра паховые лимфоузлы увеличены до горошины, В коленном, голеностопном суставе ограничения движения из-за воспалительного процесса. Симптом Нахласа, Лоррея, Джона-Бера, Фергюсона полож. Из анализа реакция Хеддельсона-Райта полож

Эпид. анамнез: Больной работает чабаном. Часто употреблял молоко и молочные продукты без термической обработки

Ваш диагноз:

- A) Чума;
- B) Брюшной тиф;
- C) Бруцеллез;
- D) Ящур;
- E) Туберкулез;

006.

Пациент К. 35 лет.

Анализы: HbsAg-отр, Anti- Hbcor IgG- отр

Ваша рекомендация пациенту:

- A) Вакцинация отгеп В
- B) Вакцинация отгеп Е;
- C) Вакцинация отгеп С;
- D) Вакцинация отгеп А;
- E) Вакцинация отгеп D;

007.

Ребенку 3 года.

Живет в эпидемиологически неблагоприятном районе по вирусному гепатиту А

Анализы: Anti-HAV Ig M - отр

Anti-HAV Ig G - отр

Ваша рекомендация:

- A) Вакцинация отгеп В;
- B) Вакцинация отгеп Е;
- C) Вакцинация отгеп С;
- D) Вакцинация отгеп А;
- E) Вакцинация отгеп D;

008.

Пациент К. 5 лет. Жалоб не предъявляет.

HBsAg - отр. Anti-Hbcor Ig M-отр . Anti-HbcorIgG -отр

Anti-HBsAg титр антител -положительный.

Ваш диагноз:

- A) Реконвалесцент от гепатита В;
- B) Хронический вирусный гепатит В;
- C) Острый гепатит В;
- D) Ранее вакцинирован от гепатита В;
- E) Ранее не вакцинирован от гепатита В;

009.

Пациент 28 лет.

Жалоб не предъявляет.

Анализы: Anti-HAV IgM – отр.

Anti-HAV IgG – пол.

Ваш диагноз:

- A) Острый гепатит А;
- B) Перенесенный гепатит А;
- C) Острый гепатит В;
- D) Перенесенный гепатит В;
- E) Хронический гепат В;

010.

Пациент Р. 40 лет В профилактическом осмотре жалоб не предъявляет.

Анализы: HBsAg-пол. Anti-HbcorIgM-отр .Anti-HbcorIgG-пол

Anti-HDV IgM-отр, Anti-HDV IgG-пол

ПЦР Вирусного гепатита В колич.- 1800 коп/мл

ПЦР Вирусного гепатита Dколич.- 350000 коп/мл

Ваш диагноз:

- A) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента;
- B) Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом;
- C) Острый вирусный гепатит В без дельта агента;
- D) Острый вирусный гепатит В с дельта агентом;
- E) Острый гепатит дельта;

011.

Пациентка А. 34 года Ds: Хронический вирусный гепатит В без дельта агента.

Родила ребенка естественным путем с нормально- физиологическими показателями.

Ваша тактика согласно МЗ КР по приказу №524 от 20.07.2018

- A) В течении 24 часов вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- B) На 3 сутки вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- C) На 5 сутки вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- D) На 7 сутки вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- E) Вакцинация против гепатита В.

012.

Укажите основной критерий тяжести при холере?

- A) Степень обезвоживания;
- B) Концентрация возбудителя в тонком кишечнике;
- C) Степень гемодинамических расстройств;
- D) Кратность дефекаций и рвоты;
- E) Степень почечной недостаточности;

013.

Больная Б. 54 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом на 3-й день болезни по поводу жалоб на повышение температуры тела до 39 °С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки, имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отек ткани. При пальпации пораженного участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Из анамнеза пациент часто болеет тонзилитом.

Ваш диагноз:

- A) Скарлатина;

- В) Эпидемический паратит;
- С) Эритематозная рожа;
- Д) Лейшманиоз;
- Е) Сибирская язва;

014.

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38°C, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38°C, вечером 39°C, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4°C, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь.. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 78 ударов в минуту, дикротия пульса. Язык обложен густым серым налетом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Симптом «Падалки» полож. Стул напоминает гороховый суп. Госпитализирован.

Ваш диагноз:

- А) Дизентерия;
- В) Эшерихиоз;
- С) Брюшной тиф;
- Д) Холера;
- Е) Кампилобактериоз;

015.

Больной Е. 32 года, госпитализирован на 2й день болезни с диагнозом ОРВИ. Заболевание началось остро. появился озноб, головная боль, Отмечал светобоязнь,. Вечером была дважды рвота, с «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось. На нижних конечностях звездчатая сыпь, разного размерасинефиолетового(геморагического характера)цвета, имеются также петехиальные элементы на руках.коже живота, ягодиц. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернигаполож. Пульс – 116 ударов в минуту, ритмичный, АД – 130/90 мм рт.ст. При спинномозговой пункции получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом – 15400 кл/мл; белок – 2,64 г/л; реакция Панди (++++)

Ваш диагноз:

- А) Менингококцемия;
- В) Корь;
- С) Краснуха;
- Д) Скарлатина;
- Е) Ветряная оспа;

016.

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 й день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа, сухой кашель. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°C, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40°C. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Зев гиперемирован, миндалины увеличены и зернистость задней стенки глотки. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, наполнения. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика. ОАК:лимфоцитоз, относительная нейтропения.

Ваш диагноз:

- А) Скарлатина;
- В) Энтеровирусная инфекция;
- С) Ротовирусная инфекция;
- Д) Норфолк вирусная инфекция;

Е) Эпидемический паротит;

017.

Пациент, 37 лет. жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Заболел накануне вечером. Ночью была рвота съеденной пищей, а затем жидкий стул водянистый, до 10 раз за ночь, температура 38,5 °С, знобило,

Из эпид. анамнеза: 2 дня тому назад употреблял домашнее сырое яйцо.

Объективно: состояние средней тяжести, бледный, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 100/70 мм.рт.ст., язык суховат. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул обильный, зловонный, темно-зеленого цвета, "болотная тина", мочится.

Ваш диагноз:

А) Сальмонеллез;

В) Дизентерия;

С) Холера;

Д) Амебиаз;

Т) Компилобактериоз;

018.

Больная С., 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, головную боль, повышение температуры до 39,4 С, схваткообразные боли в низу живот, ложные позывы на акт дефекации. Стул за ночь около 15 раз, в малом количестве, в испражнениях заметила слизь и кровь, гной

При осмотре: больная вялая, температура тела: 38,9 °С, Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид "лужицы слизи" с прожилками крови с гноем.

Из эпиданамнеза : употреблял клубнику.

Ваш диагноз:

А) Сальмонеллез;

В) Дизентерия;

С) Холера;

Д) Амебиаз;

Е) Компилобактериоз;

019.

Пациент 40 лет доставлен в инфекционное отделение, с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, отсутствие аппетита, слабость, тошнота, рвота. Заболел 8 дней назад. В последующие дни температура нарастала, головная боль усиливалась, отметил неприятное ощущение вздутия в животе, жидкий стул в виде горохового супа.

Во время осмотра: бледный, вялый. Температура 39,6° С. В животе и на груди обнаружены единичные элементы розеолезной сыпи. Дикратия пульса 130 уд/мин. АД 110/60. Язык сухой, обложен коричневым налетом, отпечатки зубов по краям. увеличение печени и селезенки

Из эпиданамнеза: Пациент живет в Ноокенском районе в санитарно неблагоприятном районе.

Ваш диагноз:

А) Ротавирусная инфекция;

В) Холера;

С) Вирусная диарея;

D) Брюшной тиф;

E) Ишерихиоз;

020.

У ребенка 3 года, наблюдается беспокойства, глазные яблоки запавшие, кожные складки расправляются медленно в течении 2 сек.

Укажите степень обезвоживания у ребенка?

A) нет обезвоживания;

B) умеренная обезвоживания;

C) выраженная обезвоживания;

D) гиповолемический шок;

E) обезвоживания 1 степени;

021.

Мальчик, 6 лет заболел остро с подъемом температуры до 39 С, появилась рвота, боли в горле. На 2-й день болезни на коже появилась сыпь. Доставлен в стационар с температурой 39,7 С, повторной рвотой, от еды отказывается. Бледность носогубного треугольника. На коже обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, геморрагии в виде петехий в подмышечных областях, обильная сыпь. Тонзиллярные лимфоузлы резко болезненные, размером , кожа над ними гиперемизирована. Отграниченная яркая гиперемия в ротоглотке, миндалины нагнаившиеся. Язык малинового цвета.

Ваш диагноз:

A) Ветряная оспа;

B) Дифтерия;

C) Скарлатина;

D) Краснуха;

E) Корь;

022.

Пятна Филатова-Коплика образуются в продромальном периоде и располагаются на слизистой щек напротив коренных зубов. На фоне воспаленной слизистой они выглядят как крупные кристаллики соли. Укажите инфекционная заболевания котором встречается пятна Филатова-Коплика?

Поставьте предварительный диагноз.

A) Ветряная оспа;

B) Дифтерия;

C) Скарлатина;

D) Краснуха;

E) Корь;

023.

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39,5°C, была повторная рвота, озноб, бледность, жаловался на сильную головную боль, кожа бледная, акроцианоз. Лежит с запрокинутой головой, отмечается ригидность затылочных мышц, ребенок вялый, стонет, появляется беспокойство при ярком свете, шуме, при прикосновении к коже. На коже живота, груди, нижних конечностей, ягодицах - геморрагические элементы багрово-красного цвета с синюшным оттенком, не исчезающие при надавливании, различного диаметра (от петехий до экхимозов), возвышающиеся над поверхностью кожи, плотный при пальпации, некоторые элементы имеют «звездчатую» форму. В зеве незначительная гиперемия, налетов нет.

Ваш диагноз:

- А) Стафилококковая ангина;
- В) Менингококцемия;
- С) Скарлатина;
- Д) Дифтерия;
- Е) Коревая ангина;

024.

Ребенок А. 3 года со слов мамы жалобы на повышение температуры тела до 38,5С, плохой аппетит, слабость.

При осмотре зев гиперемирован, увеличен, фибринозно пленчатый налет с четка очерченными краями беловато серого цвета, тяжело удаляется, при удалении кровоточит. Эпид. анамнез: Ребенок не получал прививки из-за мед. отвода.

Ваш диагноз:

- А) Стафилококковая ангина;
- В) Менингококковая инфекция;
- С) Скарлатина;
- Д) Дифтерия;
- Е) Коревая ангина;

025.

В городской родильный дом был вызван консультант-инфекционист, в связи с тем, что накануне родился ребенок с массой 2400 гр., геморрагическими высыпаниями по всему телу, гепатоспленомегалией, микроцефалией. Сочетание врожденного порока сердца, катаракты и глухоты. Известно, что роженица во время беременности перенесла краснуху. Ваш диагноз:

- А) Врожденная краснуха;
- В) Врожденная скарлатина;
- С) Врожденная ветряная оспа;
- Д) Врожденная ЦМВ инфекция;
- Е) Врожденная корь инфекция;

026.

Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела 38,5°С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 8-й день болезни температура субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован. При поступлении: состояние тяжелое, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Гепатоспленомегалия. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

Эпид.анамнез: В доме есть кошка и собака.

Ваш диагноз:

- А) Токсоплазмоз;
- В) Инфекционный мононуклеоз;
- С) Цитомегаловирусная инфекция;
- Д) ЛимфомаХоджкина;

Е) Туберкулез;

027.

Мальчик 7 лет, заболел остро, с повышения температуры до 38,0, головной боли. На следующий день появилась припухлость в левой околоушной области, на 4-й день от начала болезни - заметили припухлость в околоушной области справа. Температура держится, беспокоят головные боли, боли при жевании, сухостью во рту.

Ваш диагноз:

- А) Краснуха;
- В) Корь;
- С) Эпидемический паротит;
- Д) Скарлатина;
- Е) Менингококсемия;

028.

Ребенок 5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышения температуры до 38,5 С, на коже выявлены элементы пятнисто-папулезной сыпи в волосистой части головы и на туловище. Ребенок был отправлен домой. Были выявлены элементы везикулезной сыпи на 2 день. Дома температура повышалась до 38,5 С, новые полиморфные высыпания появлялись постепенно в нижних конечностях еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

- А) Ветряная оспа;
- В) Дифтерия;
- С) Скарлатина;
- Д) Краснуха;
- Е) Корь;

029.

Мальчик 2 лет, страдает экземой. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием. На фоне десенсибилизирующей терапии и применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако, на 3-й день болезни состояние ухудшилось, повысилась температура до 39,0 С, стал беспокойным, нарушился сон, ухудшился аппетит, усилился зуд. На коже появились везикулезные высыпания, и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени конечностей - обширные эритематозные участки с мокнутием, следы расчесов. На лице на фоне пораженной кожи отмечаются везикулезные высыпания, мелкие, сгруппированные, с прозрачным, местами с желтоватым, содержимым.

Ваш диагноз:

- А) Герпетическая инфекция;
- С) Рожа;
- Д) Дерматит;
- Е) Ветряная оспа;

030.



Пациент К. 35 лет жалобы на снижения аппетита, слабость в течении 1 года. 3 года назад был установлен Ds:Хронический вирусный гепатит В.

Анализы в данный момент: ПЦР ДНК HBV колич 490 000 000 коп/мл

АЛТ 160 ед/л, АСТ 150 ед/л ( такие показатели в течении 1-го года.)

Общ билирубин 19 мкмоль/л Тимоловая проба 8 ед,

AntiHDV суммарные отр, фиброэластография печени: F1 по Метавир.

Укажите препарат, который назначается согласно по клиническому протоколу МЗ КР 2017г:

- A) Рибавирин;
- B) Энтекавир;
- C) Валацикловир;
- D) Ацикловир;
- E) Ганцикловир;

031.

Пациент М. 55 лет жалобы на снижения аппетита, слабость в течении 1 года. 3 года назад был установлен Ds:Хронический вирусный гепатит В.

Анализы в данный момент: ПЦР ДНК HBV колич 490 000 000 коп/мл

АЛТ- 160 ед/л, АСТ -150 ед/л ( такие показатели в течении 1-го года.)

Общ билирубин 19 мкмоль/л Тимоловая проба- 8 ед,

AntiHDV суммарные-отр, фиброэластография печени: F1 по Метавир.

Ваш диагноз:

- A) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента, умеренной цитолитической активности. Высокая вирусная нагрузка;
- B) Хронический вирусный гепатит С без цитолитической активности. Умеренная вирусная нагрузка;
- C) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента. Без цитолитической активности. Цирроз печени;
- D) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента. Без цитолитической активности. Минимальная вирусная нагрузка;
- E) Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом. Без цитолитической активности, минимальная вирусная нагрузка;

032.

Пациент М. 40 лет В инфекционном отделении было установлено диагноз Ботулизм.

Ваша тактика по специфическому лечению:

- A) Противоботулиническая сыворотка;
- B) Свежезамороженная плазма;
- C) Глюкоза 5% 200,0;
- D) Альбумин 10%- 100,0;
- E) Иммуноглобулин человеческий 200 МЕ;

033.

Укажите пищевой продукт который вызывает ботулизм:

- A) Свежеприготовленные кондитерские изделия;
- B) Квашенная капуста приготовленная в бочке;
- C) Варенья из абрикоса заводского приготовления;

- D) Консервированные грибы домашнего приготовления;
- E) Соленные огурцы приготовленные в бочке;

034.

У 3-х летнего мальчика со слов матери 4-5 дней тому назад появилось температура тела до 38,0С, тошнота, рвота, слабость, отсутствие аппетита.

Во время осмотра кожа и видимые слизистые чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание регулярное.

УЗИ заключение эхо признаки гепатита, гепатомегалия.

ОАК: без особенностей. АЛТ -180 ед/л, АСТ -135 ед/л, общий билирубин- 19,5 мкмоль/л. Anti –HAVIgM-полож, Anti –HAVIgG-отр.

HBsAg- отр, Anti-HBcorIgG-отр, Anti-HCVсуммарные антитела-отр

Ваш диагноз:

- A) Острый гепатит В без желтушная форма;
- B) Острый гепатит С субклиническая течения;
- C) Хронический гепатит В без дельта агента;
- D) Острый гепатит А без желтушная форма;
- E) Перенесенный гепатит А;

035.

Пациент Т. 42 года. Во время планового исследования Anti-HCVIgGполож, Anti-HCVIgMotр, ПЦР РНК HCVколичественно 92000 коп/мл. Генотипирования вирусного гепатита С-2бположительный.

Ваша тактика лечения согласно по протоколу МЗ КР 2017.

- A) Софосбувир+ледипасвир;
- B) Софосбувир+даклатасвир;
- C) Вилпатасвир+пегилированный интерферон;
- D) Ледипасвир+бета интерферон;
- E) Софосбувир+альфа интерферон;

036.

Пациент Ф. 35 лет.

Во время планового исследования Anti-HCVIgMotр, ПЦР РНК HCVколичественно 50000коп/мл. Генотип гепатита С -3а полож.

Ваша тактика лечения согласно по протоколу МЗ КР 2017

- A) Софосбувир + ледипасвир;
- B) Софосбувир + гамма интерферон;
- C) Вилпатасвир+пегилированный интерферон;
- D) Ледипасвир+бета интерферон;
- E) Софосбувир+альфа интерферон;

037.

У 35 летнего пациента HBsAg- полож. Жена в обязательном порядке должна вакцинироваться от гепатита В.

Укажите схему вакцинации от гепатита В согласно по приказу № 524 МЗ КР 20.07.2018г.

- А) 0-7день -21день-12 мес
- В). 0-1-6 мес
- С) 0-1-2-12мес
- Д) 0-1-2-3 мес
- Е) 0-1-2-6 мес

038.

Медицинская сестра после в/в инъекции нечаянно укололась иглой больного страдающим гепатитом В. Ранее мед. сестра не получало вакцину от гепатита В.

Ваша тактика по приказу МЗ КР 20.07.2018г:

- А) Иммуноглобулин от гепатита В в течении 24 часа, вакцинация от гепатита В 0-7день - 21-день- 12 мес;
- В) 3 дня подряд иммуноглобулин от гепатита В, вакцина от гепатита В по схеме 0-7й день-21- день- 12 мес;
- С) Иммуноглобулин от гепатита В, вакцинация от гепатита В 0-1-6 мес;
- Д) Иммуноглобулин от гепатита В, вакцинация от гепатита В 0-1-2-12 мес;
- Е) Иммуноглобулин от гепатита В, вакцинация от гепатита В 1-2-12 мес;

039.

У 85 летней бабушки анализы:

Anti-HAVIgM-отр, Anti-HAVIgG-пол, Anti-HEVIgM-отр, Anti-HEVIgG-пол, Anti-HCV суммарные антитела -отр

Укажите диагноз пациентки:

- А) Ранее перенесенный гепатит А и Е;
- В) Рековалесцентотгепатита В;
- С) Хронический вирусный гепатит В;
- Д) Острый гепатит А и Е;
- Е) Хронический гепатит С;

040.

Пациентка М. 45 лет. По поводу здоровья жалоб нет,

Из анализов:

Anti-HCVIgM-отр, Anti-HCVIgG-пол

ПЦР РНК HCVкачественный -отр

Ваш диагноз:

- А) Реконвалесцент от гепатита С;
- В) Острый гепатит С;
- С) Хронический гепатит С;
- Д) Носитель гапатита С;
- Е) Пациентка ранее не болевшая вирусным гепатитом С;

041.

3-х летний мальчик живет на Юге Кыргызстана, который широко распространено вирусный гепатит А. Родители хотят вакцинировать ребенка от гепатита А.

Укажите необходимые анализы:

- A) Anti-ABcorIgMиAnti-НВcorIgG;
- B) Anti-НСVIgMиAnti-НСVIgG;
- C) Anti-HEVIgMиAnti-HEVIgG;
- D) Anti-НАV IgM и Anti-НАV IgG;
- E) Anti - HBsAg ;

042.

Укажите источник вирусного гепатита «В» острой и хронической формы.

- A) Человек, который болеет вирусным гепатитом «В»;
- B) Человек, который болеет вирусным гепатитом «С»;
- C) Человек, который болеет вирусным гепатитом «А»;
- D) Реконвалесцент от вирусного гепатита «В»;
- E) Человек, который болеет вирусным гепатитом «Е»;

043.

Укажите механизм передачи ОКИ.

- A) воздушно-капельный;
- B) Фекально-оральный;
- D) Трансмиссивный;
- C )Гемаконтактный;
- E) Вертикальный;

044.

Отметьте , токсические продукты , которые выделяют возбудители

Ботулизма:

- A) эндотоксин;
- B) агрессивные ферменты;
- C) сахарозы;
- D) Экзотоксин;
- E) пищевые ферменты ;

045.

Укажите вид инфекции, который относится к кишечным инфекциям

- A) столбняк;
- B) сыпной тиф;
- C) ботулизм;
- D) Корь;
- E) малярия;

046.

Укажите специфическую профилактику инфекционных заболеваний:

- А) ограничить контакт;
- В) вакцинация;
- С) химиопрофилактика;
- Д) закаливания организма;
- Е) карантин;

047.

Укажите орган, который относится к иммунной системе:

- А) тимус;
- В) легкие;
- С) головной мозг;
- Д) мышца;
- Е) сердце;

048.

Ребенок С. 5 лет. Со слов мамы жалобы на тошноту, рвоту, слабость, желтушность кожных покровов, ахаличный кал, темная моча.

Во время осмотра кожные и слизистые покровы иктеричные, язык обложен белым налетом, сублингвальное желтушность. Печень увеличено.

Из анамнеза: Ребенок посещает детский сад и часто посещает общественный бассейн.

Ваш диагноз:

- А) Вирусный гепатит С;
- В) Вирусный гепатит А;
- С) Вирусный гепатит В;
- Д) Желчекаменная болезнь;
- Е) Мalaria;

049.

Укажите анализ крови, который подтверждает вирусные гепатиты ?

- А) Общий анализ крови;
- В) Свертываемость крови ПТИ, МНО;
- В. Маркеры вирусных гепатитов;
- С) Кровь на стерильность.;
- Е) Реакция Райта – Хеддельсона.;

050.

Больной А. 8 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия.

Отмечается незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 68 уд/мин, АД – 95/60 мм.рт.ст. Живот слегка болезненно при пальпации в области правого подреберья.

Печень

выступает на 2 см ниже края рёберной дуги. край закруглен. Селезёнка не пальпируется.

Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что

«желтухой» заболели еще несколько человек по месту учёбы.

Ваш диагноз :

- А) Вирусный гепатит С;
- В) Вирусный гепатит А;
- С) Вирусный гепатит В;
- Д) Желчекаменная болезнь;
- Е) Малярия;

051.

Больной А. 25 лет, студент. Доставлен скорой помощью в тяжелом состоянии. Жалобы на общую мышечную слабость, туман перед глазами, во время еды поперхивается. Комок в горле, затруднения при глотании, вздутие живота, рвота, частый жидкий стул.

Во время осмотра птоз обеих век, не может читать обычный печатный текст. При раздражении мягкого неба рвотный рефлекс отсутствует.

Эпидемиологический анамнез: 3 дня назад употребляло консервированный огурец домашнего приготовления.

Ваш диагноз:

- А) Эшерихиоз;
- В) Брюшной тиф;
- С) Ботулизм;
- Д) Вирусный гепатит;
- Е) Шиллелиоз;

052.

Больной А., 25 лет, три дня назад прибыл из Индии. Заболел утром остро: Т – 36,2° С, слабость, жажда, сухость во рту, частый до 10 раз обильный водянистый, без запаха. Стул напоминает рисовый отвар. Вечером было многократное рвота. Кожные покровы бледные, складка кожи расправляется замедленно. Единичные судороги икроножных мышц. Дыхание везикулярное, частота – 23 в минуту. Тоны сердца чистые, пульс 95 в минуту ослабленного наполнения.

АД -80/50 мм. рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный, Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные знаки отрицательный.

Ваш диагноз:

- А) Холера
- В) Брюшной тиф;
- С) Дизентерия;
- Д) Амебиаз;
- Е) Эшерихиаз;

053.

Больной, 25 лет, 3 дня тому вернулся из Либерии, Уже в самолете почувствовал недомогание, головную боль, боль в горле. На второй день заболевания проявления общего недомогания и головная боль увеличились, температура тела повысилась до 39,5°-40°С. Бригадой скорой помощи был доставлен в инфекционное отделение больницы, где, учитывая эпидемиологический анамнез был размещен в боксированную палату. При поступлении у больного трижды наблюдалась рвота, сначала съеденным, затем водянистого характера, дважды был жидкий стул без патологических примесей, больной часто кашлял, мокрота спрожилкамкрови. При объективном обследовании температура тела - 40°С, отёчность лица и шеи, генерализованная лимфаденопатия, отек задней стенки глотки, гиперемия слизистой ротоглотки с язвами с желтоватым центром и эритематозным ободком. ЧД 25/мин. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких на фоне ослабленного дыхания - влажные звучные хрипы. ЧСС - 90/мин., АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Печень +7 см, чувствительная при пальпации.

Ваш диагноз:

- А) Лептоспироз;
- В) Грипп;
- С) Желтая лихорадка;
- Д) Малярия;
- Е) Лихорадка Эбола;

054.

Больной А. 35 лет обратился с жалобами на боли в подмышечной области, острого характера. Беспокоит бессонница в течении 2 дней. Самостоятельно дома получила Диклофенак 3,0 в/м. Боль значительно уменьшилось. Во время осмотра по ходу межреберных нервов покраснения и уплотнения кожи, тесно расположенных красных папул и пузырьки наполненное прозрачным содержимым, сливается друг с другом.

Анамнез: Больной длительно принимал цитостатики и гормоны.

Ваш диагноз:

- А) Синдром Лаела;
- В) Синдром Стивенса- Джонсана;
- С) Опоясывающий Лишай;
- Д) Ветренная оспа;
- Е) Натуральная оспа;

055.

Больной 40 лет поступил в инфекционное отделения в тяжелом состоянии. Со слов родственников болеет в течении 3-х дней. Заболевание началось с многократной рвотой и поносом. Повышение температуры тела не наблюдалось.

Во время осмотра у пациента выражено симптом обезвоживания. Кожные покровы бледные, сухие, конечности холодные, Цианоз губ. Охриплость голоса, Наблюдается симптом руки прачки. Стул напоминает рисовый отвар.

Эпид. анамнез: 3 дня тому назад приехал с командировки из Индии с неблагоприятной санитарной зоны.

- А) Ротавирусная инфекция;
- В) Холера;
- С) Вирусная диарея;
- Д) Брюшной тиф;

Е) Ишерихоз;

056.

Пациент Р. 28 лет обратился с жалобами на повышения температуры тела до 38,5С, одышка, слабость, потливость, плохой аппетит, агевзия, аносмия. Болеет в течении 4-х дней.

На обзорной рентгенографии 2-х сторонняя пневмония.

Анализы: ПЦР на Covid-19 отр  
Sars-cov-2 (Covid-19) IgM полож  
Sars-cov-2 (Covid-19) IgG отр

Ваш диагноз:

- А) Аденовирусная инфекция;
  - В) Covid-19 начало заболевания;
  - С) Covid-19 перенесенная заболевания;
  - Д) Инфекционный мононуклеоз;
  - Е) Краснуха;
- 19 МЗ КР 2021 год . )

057.

Пациент М. 35 лет

Жалоб не предъявляет.

Клиника острых инфекционных заболеваний нет.

Из анализа: Sars-cov-2 (Covid-19) IgM отр  
Sars-cov-2 (Covid-19) IgG пол.

Ваш диагноз:

- А) Аденовирусная инфекция;
  - В) Covid-19 начало заболевания;
  - С) Перенесенный Covid-19;
  - Д) Инфекционный мононуклеоз;
  - Е) Краснуха;
- 19 МЗ КР 2021 год . )

058.

Во время эпидемии Covid-19 врач скорой помощи посетил пациента 65 лет на дому. Жалобы на повышения температуры тела до 38,5С, слабость, потливость, одышка при покое. Частый жидкий стул.

АД 100/60мм.рт.ст. ЧСС-120 уд/мин, SpO<sub>2</sub>- 83%

Укажите самую необходимую медицинскую помощь в котором нуждается пациент.

- А) Инфузионная терапия с солевым раствором;
- В) Первая доза антибиотика в/в;
- С) O<sub>2</sub> терапия в объеме 10л в час;
- Д) Гормонотерапия с дексаметазоном;
- Е) Жаропонижающая терапия;

19 МЗ КР 2021 год . )

059.

Больной М. 45 лет жалобы на выраженную одышку, которая усиливается при ходьбе, повышения температуры тела до 39,0С, потливость, слабость, аносмия, агевзия.

Установлен диагноз

Covid-19 осложненная 2-х сторонней пневмонией.

Анализы: Sars-cov-2 (Covid-19) Ig M - пол  
Sars-cov-2 (Covid-19) IgG - пол.



Укажите инструментальное исследование в которой нуждается пациент ?

- А) Пульсоксиметрия;
- В) ЭГД скопия;
- С). УЗИ брюшной полости;
- Д) ЭКГ;
- Е) Пикфлометрия;

060.

Больной А.35 лет обратилось с жалобами на повышения температуры тела до 38,5С, слабость, потливость, утомляемость, боль в крупных суставах.

Во время осмотра паховые лимфоузлы увеличены до горошины, В коленном, голеностопном суставе ограничения движения из-за воспалительного процесса. Симптом Нахласа, Лорея, Джона-Бера,Фергюсона полож. Из анализа реакция Хеддельсона-Райта полож

Эпид. анамнез: Больной работает чабаном. Часто употреблял молоко и молочные продукты без термической обработки

Ваш диагноз:

- А) Чума;
- В) Брюшной тиф;
- С) Бруцеллез;
- Д) Ящур;
- Е) Туберкулез;

061.

Пациент К. 35 лет.

Анализы: HbsAg-отр, Anti- Hbcor IgG- отр

Ваша рекомендация пациенту:

- А) Вакцинация отгеп В
- В) Вакцинация отгеп Е;
- С) Вакцинация отгеп С;
- Д) Вакцинация отгеп А;
- Е) Вакцинация отгеп D;

062.

Ребенку 3 года.

Живет в эпидемиологически неблагоприятном районе по вирусному гепатиту А

Анализы: Anti-HAV Ig M - отр

Anti-HAV Ig G - отр

Ваша рекомендация:

- А) Вакцинация отгеп В;
- В) Вакцинация отгеп Е;
- С)Вакцинация отгеп С;
- Д) Вакцинация отгеп А;
- Е) Вакцинация отгеп D;

063.

Пациент К. 5 лет. Жалоб не предъявляет.

HBsAg - отр. Anti-Hbcor Ig M-отр . Anti-HbcorIgG -отр

Anti-HBsAg титр антител -положительный.

Ваш диагноз:

- A) Реконвалесцент от гепатита В;
- B) Хронический вирусный гепатит В;
- C) Острый гепатит В;
- D) Ранее вакцинирован от гепатита В;
- E) Ранее не вакцинирован от гепатита В;

064.

Пациент 28 лет.

Жалоб не предъявляет.

Анализы: Anti-HAV IgM – отр.

Anti-HAV IgG – пол.

Ваш диагноз:

- A) Острый гепатит А;
- B) Перенесенный гепатит А;
- C) Острый гепатит В;
- D) Перенесенный гепатит В;
- E) Хронический гепат В;

065.

Пациент Р. 40 лет В профилактическом осмотре жалоб не предъявляет.

Анализы: HBsAg-пол. Anti-HbcorIgM-отр .Anti-HbcorIgG-пол

Anti-HDV IgM-отр, Anti-HDV IgG-пол

ПЦР Вирусного гепатита В колич.- 1800 коп/мл

ПЦР Вирусного гепатита Dколич.- 350000 коп/мл

Ваш диагноз:

- A) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента;
- B) Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом;
- C) Острый вирусный гепатитВ без дельта агента;
- D)Острый вирусный гепатит В с дельта агентом;
- E) Острый гепатит дельта;

066.

Пациентка А. 34 года Ds: Хронический вирусный гепатит В без дельта агента.

Родила ребенка естественным путем с нормально- физиологическими показателями.

Ваша тактика согласно МЗ КР по приказу №524 от 20.07.2018

- A) В течении 24 часов вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- B) На 3 сутки вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- C) На 5 сутки вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- D) На 7 сутки вакцинация от гепатита В и иммуноглобулин против гепатита В 100-200 МЕ
- E) Вакцинация против гепатита В.

067.

Укажите основной критерий тяжести при холере?

- A) Степень обезвоживания;
- B) Концентрация возбудителя в тонком кишечнике;
- C) Степень гемодинамических расстройств;
- D) Кратность дефекаций и рвоты;
- E) Степень почечной недостаточности;

068.

Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38°C, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром

38°C, вечером 39°C, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4°C, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь.. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 78 ударов в минуту, дикротия пульса. Язык обложен густым серым налетом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Симптом «Падалки» полож. Стул напоминает гороховый суп.

Госпитализирован.

Ваш диагноз:

- A) Дизентерия;
- B) Эшерихиоз;
- C) Брюшной тиф;
- D) Холера;
- E) Кампилобактериоз;

069.

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 й день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа, сухой кашель. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38°C, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40°C.

Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Зев гиперемирован, миндалины увеличены и зернистость задней стенки глотки. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, наполнения. Менингеальных симптомов нет. Лабораторная диагностика.

ОАК: лимфоцитоз, относительная нейтропения.

Ваш диагноз:

- A) Скарлатина;
- B) Энтеровирусная инфекция;
- C) Ротавирусная инфекция;
- D) Норфолк вирусная инфекция;
- E) Эпидемический паротит;

070.

Пациент, 37 лет. жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Заболел накануне вечером. Ночью была рвота съеденной пищей, а затем жидкий стул водянистый, до 10 раз за ночь, температура 38,5 °C, знобило,

Из эпид. анамнеза: 2 дня тому назад употреблял домашнее сырое яйцо.

Объективно: состояние средней тяжести, бледный, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 100/70 мм.рт.ст., язык суховат. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул обильный, зловонный, темно-зеленого цвета, “болотная тина”, мочится.

Ваш диагноз:

- A) Сальмонеллез;
- B) Дизентерия;
- C) Холера;
- D) Амебиаз;
- T) Кампилобактериоз;

071.

Больная С., 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, головную боль, повышение температуры до 39,4 С, схваткообразные боли в низу живот, ложные позывы на акт дефекации. Стул за ночь около 15 раз, в малом количестве, в испражнениях заметила слизь и кровь, гной

При осмотре: больная вялая, температура тела: 38,9 °С, Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид "лужицы слизи" с прожилками крови с гноем.

Из эпиданамнеза : употреблял клубнику.

Ваш диагноз:

- А) Сальмонеллез;
- В) Дизентерия;
- С) Холера;
- Д) Амебиаз;
- Е) Компилобактериоз;

072.

Пациент 40 лет доставлен в инфекционное отделение, с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, отсутствие аппетита, слабость, тошнота, рвота. Заболел 8 дней назад. В последующие дни температура нарастала, головная боль усиливалась, отметил неприятное ощущение вздутия в животе, жидкий стул в виде горохового супа.

Во время осмотра: бледный, вялый. Температура 39,6° С. В животе и на груди обнаружены единичные элементы розеолезной сыпи. Дикратия пульса 130 уд/мин. АД 110/60. Язык сухой, обложен коричневым налетом, отпечатки зубов по краям. увеличение печени и селезенки

Из эпиданамнеза: Пациент живет в Ноокенском районе в санитарно неблагоприятном районе.

Ваш диагноз:

- А) Ротавирусная инфекция;
- В) Холера;
- С) Вирусная диарея;
- Д) Брюшной тиф;
- Е) Ишерихоз;

073.

У ребенка 3 года, наблюдается беспокойства, глазные яблоки запавшие, кожные складки расправляются медленно в течении 2 сек.

Укажите степень обезвоживания у ребенка?

- А) нет обезвоживания;
- В) умеренная обезвоживания;
- С) выраженная обезвоживания;
- Д) гиповолемический шок;
- Е) обезвоживания 1 степени;

074.

Пациент К. 35 лет жалобы на снижения аппетита, слабость в течении 1 года. 3 года назад был установлен Ds:Хронический вирусный гепатит В.

Анализы в данный момент: ПЦР ДНК HBV колич 490 000 000 коп/мл

АЛТ 160 ед/л, АСТ 150 ед/л ( такие показатели в течении 1-го года.)

Общ билирубин 19 мкмоль/л Тимоловая проба 8 ед,

AntiHDV суммарные отр, фиброэластография печени: F1 по Метавир.

Укажите препарат, который назначается согласно по клиническому протоколу МЗ КР 2017г:

- А) Рибавирин;
- В) Энтекавир;
- С) Валацикловир;
- Д) Ацикловир;
- Е) Ганцикловир;

075.

Пациент М. 55 лет жалобы на снижения аппетита, слабость в течении 1 года. 3 года назад был установлен Ds:Хронический вирусный гепатит В.

Анализы в данный момент: ПЦР ДНК HBVколич 490 000 000 коп/мл

АЛТ- 160 ед/л, АСТ -150 ед/л ( такие показатели в течении 1-го года.)

Общ билирубин 19 мкмоль/л Тимоловая проба- 8 ед,

AntiHDVсуммарные-отр, фиброэластография печени: F1 по Метавир.

Ваш диагноз:

- А) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента, умеренной цитолитической активности. Высокая вирусная нагрузка;
- В) Хронический вирусный гепатит С без цитолитической активности. Умеренная вирусная нагрузка;
- С) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента. Без цитолитической активности. Цирроз печени;
- Д) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента. Без цитолитической активности. Минимальная вирусная нагрузка;
- Е) Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом. Без цитолитической активности, минимальная вирусная нагрузка;

076.

Пациент М. 40 лет В инфекционном отделении было установлено диагноз Ботулизм.

Ваша тактика по специфическому лечению:

- А) Противоботулиническая сыворотка;
- В) Свежезамороженная плазма;
- С) Глюкоза 5% 200,0;
- Д) Альбумин 10%- 100,0;
- Е) Иммуноглобулин человеческий 200 МЕ;

077.

Укажите пищевой продукт который вызывает ботулизм:

- А) Свежеприготовленные кондитерские изделия;
- В) Квашенная капуста приготовленная в бочке;
- С) Варенья из абрикоса заводского приготовления;
- Д) Консервированные грибы домашнего приготовления;
- Е) Соленные огурцы приготовленные в бочке;

078.

У 3-х летнего мальчика со слов матери 4-5 дней тому назад появилось температура тела до 38,0С, тошнота, рвота, слабость, отсутствие аппетита.

Во время осмотра кожа и видимые слизистые чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание регулярное.

УЗИ заключение эхо признаки гепатита, гепатомегалия.

ОАК: без особенностей. АЛТ -180 ед/л, АСТ -135 ед/л, общий билирубин- 19,5 мкмоль/л. Anti –HAVIgM-полож, Anti –HAVIgG-отр.

HBsAg- отр, Anti-HBcorIgG-отр, Anti-HCVсуммарные антитела-отр

Ваш диагноз:

- A) Острый гепатит В без желтушная форма;
- B) Острый гепатит С субклиническая течения;
- C) Хронический гепатит В без дельта агента;
- D) Острый гепатит А без желтушная форма;
- E) Перенесенный гепатит А;

079.

Пациент Т. 42 года. Во время планового исследования Anti-HCVIgGполож, Anti-HCVIgMотр, ПЦР РНК HCVколичественно 92000 коп/мл. Генотипирования вирусного гепатита С-2bположительный.

Ваша тактика лечения согласно по протоколу МЗ КР 2017.

- A) Софосбувир+ледипасвир;
- B) Софосбувир+даклатасвир;
- C) Вилпатасвир+пегилированный интерферон;
- D) Ледипасвир+бета интерферон;
- E) Софосбувир+альфа интерферон;

080.

Пациент Ф. 35 лет.

Во время планового исследования Anti-HCVIgMотр, ПЦР РНК HCVколичественно 50000коп/мл. Генотип гепатита С -3a полож.

Ваша тактика лечения согласно по протоколу МЗ КР 2017

- A) Софосбувир + ледипасвир;
- B) Софосбувир + гамма интерферон;
- C) Вилпатасвир+пегилированный интерферон;
- D) Ледипасвир+бета интерферон;
- E) Софосбувир+альфа интерферон;

081.

У 35 летнего пациента HBsAg- полож. Жена в обязательном порядке должна вакцинироваться от гепатита В.

Укажите схему вакцинации от гепатита В согласно по приказу № 524 МЗ КР 20.07.2018г.

- A) 0-7день -21день-12 мес
- B). 0-1-6 мес
- C) 0-1-2-12мес

D) 0-1-2-3 мес

E) 0-1-2-6 мес

082.

Пациент К. 35 лет жалобы на снижения аппетита, слабость в течении 1 года. 3 года назад был установлен Ds:Хронический вирусный гепатит В.

Анализы в данный момент: ПЦР ДНК HBV колич 490 000 000 коп/мл

АЛТ 160 ед/л, АСТ 150 ед/л ( такие показатели в течении 1-го года.)

Общ билирубин 19 мкмоль/л Тимоловая проба 8 ед,

AntiHDV суммарные отр, фиброэластография печени: F1 по Метавир.

Укажите препарат, который назначается согласно по клиническому протоколу МЗ КР 2017г:

A) Рибавирин;

B) Энтекавир;

C) Валацикловир;

D) Ацикловир;

E) Ганцикловир;

083.

Пациент М. 55 лет жалобы на снижения аппетита, слабость в течении 1 года. 3 года назад был установлен Ds:Хронический вирусный гепатит В.

Анализы в данный момент: ПЦР ДНК HBV колич 490 000 000 коп/мл

АЛТ- 160 ед/л, АСТ -150 ед/л ( такие показатели в течении 1-го года.)

Общ билирубин 19 мкмоль/л Тимоловая проба- 8 ед,

AntiHDV суммарные-отр, фиброэластография печени: F1 по Метавир.

Ваш диагноз:

A) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента, умеренной цитолитической активности. Высокая вирусная нагрузка;

B) Хронический вирусный гепатит С без цитолитической активности. Умеренная вирусная нагрузка;

C) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента. Без цитолитической активности.

Цирроз печени;

D) Хронический вирусный гепатит В без дельта агента. Без цитолитической активности.

Минимальная вирусная нагрузка;

E) Хронический вирусный гепатит В с дельта агентом. Без цитолитической активности, минимальная вирусная нагрузка;

084.

Пациент М. 40 лет В инфекционном отделении было установлено диагноз Ботулизм.

Ваша тактика по специфическому лечению:

A) Противоботулиническая сыворотка;

B) Свежезамороженная плазма;

C) Глюкоза 5% 200,0;

D) Альбумин 10%- 100,0;

E) Иммуноглобулин человеческий 200 МЕ;

085.

Укажите пищевой продукт который вызывает ботулизм:

- A) Свежеприготовленные кондитерские изделия;
- B) Квашенная капуста приготовленная в бочке;
- C) Варенья из абрикоса заводского приготовления;
- D) Консервированные грибы домашнего приготовления;
- E) Соленные огурцы приготовленные в бочке;

086.

У 3-х летнего мальчика со слов матери 4-5 дней тому назад появилось температура тела до 38,0С, тошнота, рвота, слабость, отсутствие аппетита.

Во время осмотра кожа и видимые слизистые чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание регулярное.

УЗИ заключение эхо признаки гепатита, гепатомегалия.

ОАК: без особенностей. АЛТ -180 ед/л, АСТ -135 ед/л, общий билирубин- 19,5 мкмоль/л. Anti –HAVIgM-полож, Anti –HAVIgG-отр.

HBsAg- отр, Anti-HBcorIgG-отр, Anti-HCVсуммарные антитела-отр

Ваш диагноз:

- A) Острый гепатит В без желтушная форма;
- B) Острый гепатит С субклиническая течения;
- C) Хронический гепатит В без дельта агента;
- D) Острый гепатит А без желтушная форма;
- E) Перенесенный гепатит А;

087.

Пациент Т. 42 года. Во время планового исследования Anti-HCVIgGполож, Anti-HCVIgMotр, ПЦР РНК HCVколичественно 92000 коп/мл. Генотипирования вирусного гепатита С-2bположительный.

Ваша тактика лечения согласно по протоколу МЗ КР 2017.

- A) Софосбувир+ледипасвир;
- B) Софосбувир+даклатасвир;
- C) Вилпатасвир+пегилированный интерферон;
- D) Ледипасвир+бета интерферон;
- E) Софосбувир+альфа интерферон;

088.

Пациент Ф. 35 лет.

Во время планового исследования Anti-HCVIgMotр, ПЦР РНК HCVколичественно 50000коп/мл. Генотип гепатита С -3a полож.

Ваша тактика лечения согласно по протоколу МЗ КР 2017

- A) Софосбувир + ледипасвир;
- B) Софосбувир + гамма интерферон;
- C) Вилпатасвир+пегилированный интерферон;
- D) Ледипасвир+бета интерферон;
- E) Софосбувир+альфа интерферон;



089.

У 35 летнего пациента HBsAg- полож. Жена в обязательном порядке должна вакцинироваться от гепатита В.

Укажите схему вакцинации от гепатита В согласно по приказу № 524 МЗ КР 20.07.2018г.

- А) 0-7день -21день-12 мес
- В). 0-1-6 мес
- С) 0-1-2-12мес
- Д) 0-1-2-3 мес
- Е) 0-1-2-6 мес

090.

Медицинская сестра после в/в инъекции нечаянно укололась иглой больного страдающим гепатитом В. Ранее мед. сестра не получало вакцину от гепатита В.

Ваша тактика по приказу МЗ КР 20.07.2018г:

- А) Иммуноглобулин от гепатита В в течении 24 часа, вакцинация от гепатита В 0-7день - 21-день- 12 мес;
- В) 3 дня подряд иммуноглобулин от гепатита В, вакцина от гепатита В по схеме 0-7й день-21- день- 12 мес;
- С) Иммуноглобулин от гепатита В, вакцинация от гепатита В 0-1-6 мес;
- Д) Иммуноглобулин от гепатита В, вакцинация от гепатита В 0-1-2-12 мес;
- Е) Иммуноглобулин от гепатита В, вакцинация от гепатита В 1-2-12 мес;

091.

У 85 летней бабушки анализы:

Anti-HAVIgM-отр, Anti-HAVIgG-пол, Anti-HEVIgM-отр, Anti-HEVIgG-пол, Anti-HCV суммарные антитела -отр

Укажите диагноз пациентки:

- А) Ранее перенесенный гепатит А и Е;
- В) Рековалесцентотгепатита В;
- С) Хронический вирусный гепатит В;
- Д) Острый гепатит А и Е;
- Е) Хронический гепатит С;

092.

Пациентка М. 45 лет. По поводу здоровья жалоб нет,

Из анализов:

Anti-HCVIgM-отр, Anti-HCVIgG-пол

ПЦР РНК HCVкачественный -отр

Ваш диагноз:

- А) Реконвалесцент от гепатита С;
- В) Острый гепатит С;

- С) Хронический гепатит С;
  - Д) Носитель гапатита С;
  - Е) Пациентка ранее не болевшая вирусным гепатитом С;
- 093.

3-х летний мальчик живет на Юге Кыргызстана, который широко распространено вирусный гепатит А. Родители хотят вакцинировать ребенка от гепатита А.

Укажите необходимые анализы:

- А) Anti-ABcorIgМиAnti-НВcorIgG;
- В) Anti-НСVIgМиAnti-НСVIgG;
- С) Anti-HEVIgМиAnti-HEVIgG;
- Д) Anti-HAV IgM и Anti-HAV IgG;
- Е) Anti - HBsAg ;

094.

Пациент 56 лет, из анализовHBsAg- отр  
Anti-НВcorIgG-полож, Anti-HDVIgM-отрAnti-HDVIgG-полож.

Ваш диагноз:

- А) Реконвалесцентот гепатита В с дельта агентом;
- В) Хронический гепатит В с дельта агентом;
- С) Носитель гепатита В с дельта агентом;
- Д) Острый гепатит В с дельта агентом;
- Е) Носитель гепатита дельта;

095.

Пациент 65 лет обратился к инфекционисту с жалобами на желтушность, тошноту, слабость, снижение аппетита, потливость, кашель, темную мочу.

При осмотре кожа и склеры истеричное, при пальпации печень увеличено. Из анализов HBsAg –отр, AntiНСVсуммарное антитела - отр, АЛТ – 205ЕД/Л АСТ- 185ЕД/Л, общий билирубин 95 мкмоль/л, прямой билирубин 5,5 мкмоль/л, непрямой билирубин 40 мкмоль/л.

Из анамнеза у больного выявлено туберкулез легких. Получает рифампицин, изониазид, пиразинамид, этамбутол.

УЗИ заключения гепатомегалия реактивные изменения печени.

Ваш диагноз:

- А) Аутоиммунный гепатит;
- В) Алкогольный гепатит;
- С) Синдром Жильбера;
- Д) Токсический гепатит;
- Е) Склеризирующий холангит;

096.

Больной А.35 лет обратилось с жалобами на повышения температуры тела до 38,5С, слабость, потливость, утомляемость, боль в крупных суставах.

Во время осмотра паховые лимфоузлы увеличены до горошины, В коленном, голеностопном суставе ограничения движения из-за воспалительного процесса. Симптом Нахласа, Лорая, Джона-Бера, Фергюсона - полож.

Эпид. анамнез: Больной работает чабаном. Часто употреблял молоко и молочные продукты без термической обработки

Ваш диагноз:

- A) Чума;
- B) Брюшной тиф;
- C) Бруцеллез;
- D) Ящур;
- E) Туберкулез;

097.

Больной К. 20 лет обратился к врачу в 1-й день болезни с жалобами на нарушение общего самочувствия, головную боль, озноб, схваткообразные боли внизу живота (режущего характера) и жидкий стул с примесью слизи и крови до 10 раз в течение первых 8 ч болезни, ложные позывы на акт дефекации. При пальпации болезненный по ходу толстой сигмовидной кишки. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови

Ваш диагноз:

- A) Дизентерия;
- B) Компилобактерии;
- C) Салманеллез;
- D) Амебиаз;
- E) Брюшной тиф;

098.

Больной А. 35 лет обратился с жалобами на боли в подмышечной области, острого характера. Беспокоит бессонница в течении 2 дней.

Самостоятельно дома получила Диклофенак 3,0 в/м. Боль значительно уменьшилось.

Во время осмотра по ходу межреберных нервов покраснения и уплотнения кожи, тесно расположенных красных папул и пузырьки наполненное прозрачным содержимым, сливается друг с другом.

Анамнез: Больной длительно принимал цитостатики и гормоны.

Ваш диагноз:

- A) Синдром Лайелла;
- B) Синдром Стивенса- Джонсана;
- C) Опоясывающий Лишай;
- D) Ветренная оспа;
- E) Натуральная оспа;

099.

Укажите сочетание симптомов, которые характерны для холеры ?

- A) обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе.
  - B) Стул в виде горохового супа, резко неприятным запахом;
  - C) водянистый зловонный стул в виде «болотной тины»;
  - D) жидкий зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе;
  - E) Жидкий стул с кровью, боль в области живота;
-

100.

Укажите анализ крови, который отражает цитолиз печеночных клеток при вирусных гепатитах:

- А) уровень холестерина в крови;
- В) уровень общего белка и белковые фракции крови;
- С) уровень аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы;
- Д) тимоловая проба. ПТИ, МНО, ПВ, АЧТВ;
- Е) уровень билирубина и их фракции;

1.Триада симптомов в общем анализе крови диагностики инфекционного эндокардита ?

- А)эритроцитоз, лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- Б)тромбоцитоз, лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- В)анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
- Г)тромбоцитопения, лейкоцит пения, увеличение СОЭ.
- Д)нет правильного ответа

2.Продолжительность антибиотикотерапии при стрептококковой этиологии при инфекционном эндокардите?

- А)4 нед
- Б)5нед
- В)6нед
- Г)7нед
- Д)8 нед

3.Продолжительность антибиотикотерапии при стафилакоковой этиологии при инфекционном эндокардите?

- А)4 нед
- Б)5нед
- В)6нед
- Г)7нед
- Д)8 нед

4. Продолжительность антибиотикотерапии при грамотрицательной флоре инфекционном эндокардите?

- А)4 нед
- Б)5нед
- В)6нед
- Г)7 нед

Д) 8 нед

5. Какой этиологии инфекционного эндокардита показано 100% хирургическое лечение?

А) стрептококковой этиологии

Б) стафилококковой этиологии

В) Грамотрицательная флора

Г) грибковой этиологии

Д) консервативная терапия

6. Что является самой частой причиной поражения аортального клапана?

А) ревматическое поражение

Б) атеросклеротическое поражение

В) инфекционный эндокардит

Г) врожденное поражение клапана

Д) не указано

7. Поступил пациент жалобами на одышку при умеренных физических нагрузках, головокружение, обморочное состояние при физических нагрузках, приступы стенокардии. На ЭКГ признаки ГЛЖ. На ЭХОКГ градиент давления над аортальным клапаном 76 мм рт.ст., ФВ ЛЖ 45%. Ваш диагноз:

А) Стеноз устья аорты

Б) Недостаточность аортального клапана

В) Стеноз митрального клапана

Г) Недостаточность митрального клапана

Д) Недостаточность трикуспидального клапана.

8. Укажите критический стеноз устья аорты?

А) площадь  $< 0,75$  см<sup>2</sup>, градиент давления 50-60 мм рт.ст.

Б) площадь 0,75-1,3 см<sup>2</sup>, градиент давления 30-50 мм рт.ст.

В) площадь 1,3-2 см<sup>2</sup>, градиент давления 30 мм рт.ст.

Г) площадь 2-3 см<sup>2</sup>, градиент давления 30 мм рт.ст.

Д) не указано

9. Укажите абсолютные показания к протезированию аортального клапана ?

А) площадь  $< 0,75$  см<sup>2</sup>, градиент давления 50-60 мм рт.ст.

Б) площадь 0,75-1,3 см<sup>2</sup>, градиент давления 30-50 мм рт.ст.

В) площадь 1,3-2 см<sup>2</sup>, градиент давления 30 мм рт.ст.

Г) площадь 2-3 см<sup>2</sup>, градиент давления 30 мм рт.ст.

Д) не указано

10. Что является самым частым причиной поражения митрального клапана?

А) ревматическое поражение

Б) атеросклеротическое поражение

В) инфекционный эндокардит

Г) врожденное поражение клапана

Д) не указано

11. Поступил пациент жалобами на одышку при умеренных физических нагрузках. На ЭКГ ФП. На ЭХОКГ митральное отверстие 1,5 см<sup>2</sup>, ЛАД 55 мм рт.ст. Ваш диагноз:

А) Стеноз устья аорты

Б) Недостаточность аортального клапана

В) Стеноз АВ отверстия

Г) Недостаточность митрального клапана

Д) Недостаточность трикуспитального клапана.

12. Укажите критический митральный стеноз ?

А) площадь <1,0 см<sup>2</sup>

Б) площадь 1,0-1,5 см<sup>2</sup>

В) площадь 1,5-2 см<sup>2</sup>

Г) площадь 1,6-1,8 см<sup>2</sup>

Д) не указано

13. Сколько степени митральной регургитаций различают?

А) 1

Б) 2

В) 3

Г) 4

Д) 5

14. Поступил пациент 27 лет, жалобами на выраженную головную боль, сопровождающиеся бледностью. Артериальное давление 220/110 мм рт.ст. ЧСС 137 уд в мин. Ваш предварительный диагноз?

А) феохромоцитома

- Б)синдром Кона
- В)синдром Иценго-Кушинга
- Г)Болезнь Иценго-Кушинга
- Д)нет правильного ответа

15. Поступил пациент 32 года, жалобами на мышечную слабость, полиурия, повышение артериального давления? По данным анализов крови калий 3.0 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз?

- А)феохромоцитома
- Б)синдром Кона
- В)синдром Иценго-Кушинга
- Г)Болезнь Иценго-Кушинга
- Д)нет правильного ответа

16. Поступил пациент 30 года, жалобами повышение артериального давления? Объективно пациент повышенного питания, лунообразное лицо, по данным УЗИ внутренних органов подозрения на образование надпочечников. Ваш предварительный диагноз?

- А)феохромоцитома
- Б)синдром Кона
- В)синдром Иценго-Кушинга
- Г)Болезнь Иценго-Кушинга
- Д)нет правильного ответа

17. Поступил пациент 30 года, жалобами повышение артериального давления?

Объективно пациент повышенного питания, лунообразное лицо,

По данным МРТ головного мозга аденома гипофиза. Ваш предварительный диагноз?

- А)феохромоцитома
- Б)синдром Кона
- В)синдром Иценго-Кушинга
- Г)Болезнь Иценго-Кушинга
- Д)нет правильного ответа

18. Золотой стандарт диагностики феохромоцитомы?

- А)УЗИ надпочечников
- Б)МРТ надпочечников
- В)определения уровня адреналина в крови

Г) Определения уровня метанефрина и норметанефрина в крови в суточной моче.

19. Укажите ЭКГ признаки ГЛЖ (индекс Соколова Лайона) ?

- А) >35 мм
- Б) <35 мм
- В) >40 мм
- Г) <40 мм
- Д) нет правильного ответа.

20. Укажите ЭХОКГ признак ГЛЖ у мужчин?

- А) >110 г/м<sup>2</sup>
- Б) >115 г/м<sup>2</sup>
- В) <115 г/м<sup>2</sup>
- Г) <110 г/м<sup>2</sup>
- Д) нет правильного ответа

21. Укажите ЭКГ признаки ГЛЖ у мужчин (индекс Корнела) ?

- А) >35 мм
- Б) <28 мм
- В) >28 мм
- Г) <40 мм
- Д) нет правильного ответа.

22. Укажите ЭХОКГ признак ГЛЖ у женщин?

- А) >110 г/м<sup>2</sup>
- Б) >100 г/м<sup>2</sup>
- В) <95 г/м<sup>2</sup>
- Г) >95 г/м<sup>2</sup>
- Д) нет правильного ответа

23. Укажите ЭКГ признаки ГЛЖ женщин (индекс Корнела) ?

- А) >35 мм
- Б) <28 мм
- В) >28 мм
- Г) >20 мм
- Д) нет правильного ответа.

24. Поступил пациент жалобы на одышку в покое? Объективно массивные отеки нижних конечностей, аускультативно влажные хрипы с обеих сторон.

Из анамнеза пациент много лет страдает ГБ, препаратов принимает не регулярно. На ЭКГ фибрилляция предсердий. Госпитализирован в БИТ, СН купирован, на ЭХОКГ ФВ 28%, ЗСЛЖ 12 мм. Проведено КАГ исследование, КА интакны. Ваш диагноз?

- А) КБС
- Б) Дилатационная кардиомиопатия
- В) Гипертоническое сердце
- Г) декомпенсированный СН на фоне гипертонического сердца
- Д) нет правильного ответа

25. Укажите четвертую стадию ретинопатии?

- А) ангиопатия
- Б) ангиосклероз
- В) кровоизлияния



Г)отек соска зрительного нерва

26. Поступила пациентка жалобами на головные боли, шум в ушах. При измерение артериального давления 200/100 мм рт.ст. Неврологический статус без особенностей. На ЭКГ сегмент ST на изолинии. Ваша тактика?

А)срочная госпитализация в БИТ

Б)пероральные лекарства, без госпитализации

В)госпитализация в кардиологию

Г)госпитализация в терапию

Д)госпитализация и парентеральные лекарства

27. Поступил пациент жалобами на давящие боли за грудиной, головные боли, тошнота. Артериальная давления 220/110 мм рт.ст. На ЭКГ депрессия сегмента ST V4-V6. Ваша тактика?

Б)Госпитализация в отделении кардиологии, снижении артериального давления пероральными лекарствами (нифедипин).

А)Госпитализация в БИТ, снижение артериального давления парентеральными лекарствами (нитроглицерин, изокет), последующим КАГ.

В)Амбулаторное введения , снижение АД каптоприлом.

Г)Госпитализация в отделении реанимации, снижение АД каптоприлом, последующим КАГ.

Д)Госпитализация в отделения кардиологию , снижение АД нитроглицерин таблетках.

28. Какому типу гипертонического криза относится ГК носовым кровотечением?

А)осложненный ГК

В)неосложненный ГК

В)не относится

Г)относится не осложненным, но при массивном кровотечении, тактика должен быть как осложненным

Д) относится осложненным, при кровотечении малом количестве относится неосложненным.

29.Поступил пациент жалобами на выраженные боли за грудиной, артериальное давление 240/120 мм рт.ст. По данным ЭХОКГ подозрения на раслаивание аорты. На ЭКГ без особенностей. Ваша тактика?

А)Постепенное снижении АД, повторит ЭХОКГ в динамике.

В)Немедленное снижение АД, последующим КТ-ангиография.

В)Перевод в кардиохирургию

Г)Снижение АД в амбулаторных условиях.

Д)Перевод профильную клинику.

30. Укажите препарат который является препаратом выбора при ОН на фоне ГК?

А) каптоприл

Б) натрий нитропруссид

В) нифедипин

Г) урапидил

Д) эмбрантил

31. Эпидемиологический какой процент случаев реноваскулярной артериальной гипертензии составляет атеросклероз почечных артерий?

А) 10-15%

Б) 30-35%

В) 50-55%

Г) 60-65%

Д) 80-90%

32. Показания стентированию почечных артерий?

А) стеноз более 70%

Б) 40%

В) 50%

Г) 45%

Д) 30%

33. Абсолютный противопоказания для проведения стентированию почечных артерий у взрослых?

А) почечная дисфункция

Б) размер почки меньше 6 см

В) наличие удвоение почки

Г) стеноз более 70%

Д) нет противопоказаний.

34. Золотой стандарт диагностики реноваскулярной гипертензии?

А) УЗИ брюшной полости

Б) Обзорная рентгенография брюшной полости

В) УЗДГ сосудов почек

Г) рентгенконтрастная ангиография почек

Д) нет золотого стандарта

35. Частая причина реноваскулярной АГ?

- А) атеросклероз почечных артерий
- Б) фибромускулярная дисплазия
- В) удвоение почек
- Г) неспецифический аортоартериит
- Д) не указано

36. При стенозе почечных артерий какая группа гипотензивных препаратов противопоказан?

- А) бета-блокаторы
- Б) иАПФ
- В) Са-блокаторы
- Г) диуретики
- Д) IF каналы

37. Критерии диагноза при ГБ?

- А) САД 140 мм рт.ст. ДАД 90 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем двух врачебных осмотрах
- Б) САД 140 мм рт.ст. ДАД 90 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем трех врачебных осмотрах
- В) САД 130 мм рт.ст. ДАД 80 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем двух врачебных осмотрах
- Г) САД 130 мм рт.ст. ДАД 80 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем трех врачебных осмотрах
- Д) нет критерия

39. При каких случаях высоко нормальном артериальном давлении можно рассмотреть о медикаментозном лечении

- А) при очень высоком риске
- Б) высоком риске
- В) среднем риске
- Г) низком риске
- Д) нормальном риске

40. При каких случаях при ГБ назначаются статины

- А) высоком и очень высоком риске
- Б) среднем риске

- В)низком риске
- Г)нормальном риске
- Д)не назначаются.

41. При каком уровне артериального давления сразу можно установить диагноз ГБ при первичном осмотре?

- А)180/110 мм рт.ст.
- Б)170/100 мм рт.ст.
- В) 160/100 мм рт.ст.
- Г)140/90 мм рт.ст

Д)при первичном осмотре не можем поставить диагноз ГБ.

42. Показания к госпитализации при ГБ?

- А)рефрактерная АГ, Гипертонический криз осложненная.
- Б) 180/100 мм рт.ст.
- В) 170/95 мм рт.ст.
- Г) 160/90 мм рт.ст.
- Д)150/90 мм рт.ст.

43. Поступил пациент 65 лет. Артериальное давления 220/110 мм рт.ст. Жалобы на асимметрия лица и слабость левой конечности?

- А)Госпитализация в БИТ
- Б)Госпитализация в общую палату
- В)Консультация кардиолога в амбулаторных условия
- Г) Консультация семейного врача
- Д) Госпитализация в отделение неврологии

44. Для гипертонической болезнь 1 стадии характерно?

- А)отсутствие органических поражений
- Б)наличие клинических ассоциированных состояний
- В)наличие органических поражений
- Г)осложненная течение
- Д) такой стадии нет

45. Пациент страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. На какой группы препарата отдаёте предпочтение?

- А) иАПФ или БРА

Б) бетта блокаторы

В) Са блокаторы

Г) диуретики

Д) препараты центрального действие

46. Пациента гипертоническая болезнь и аневризма аорты. На какой препарат отдаёте предпочтения?

А)бетта блокаторы

Б)Са блокаторы

В)иАПФ

Г)Сартаны

Д) диуретики.

47. Какой комбинации препаратов не рекомендуется?

А) иАПФ+БРА

Б) иАПФ+Са блокатор

В) Са блокатор+диуретики

Г) бетта блокатор+диуретик

Д) БРА+диуретик

48. Укажите группы препаратов противопоказан при двухсторонней стенозе почечных артерий?

А) иАПФ+БРА

Б) Саблокаторы

В) Бетта блокаторы

Г) препараты центрального действия

Д) Диуретики.

49. Укажите абсолютный противопоказания тиазидных диуретиков?

А) Подагра

Б) Бронхиальная астма

В) АВ блокада

Г) тахикардия

Д) гиперкалиемия

50. Самая частая причина замены иАПФ на БРА?

А) кашель

- Б)запор
- В)головные боли
- Г)судорог

Д)нет причин

51. Укажите абсолютные противопоказания бета блокаторов?

А) бронхиальная астма

Б) беременность

В)подагра

Г)запор

Д) нет абсолютных противопоказаний.

52. Пациент 85 лет. Артериальное давления 180/90 мм рт.ст. Какому группу отдаете предпочтения?

А)диуретики

Б)бета-блокаторы

В)Са блокаторы

Г)иАПФ

Д)все группы одинаково, предпочтения нету.

53. Назовите самую частую причину назначения блокаторов альфа 1 адрено рецепторов?

А) ДГПЖ

Б)глаукома

В)деменция

Г)тугоухость

Д)нет причин

54. Обратился пациент 60 лет артериальное давления 160/95 мм рт.ст. Препараты какой комбинации на первой линии?

А)иАПФ+Са блокатор

Б)бета-блокатор+диуретик

В)Са блокатор+диуретик

Г)альфа 1блокатор

Д)не назначаем

55. Поступил пациент артериальным давлением 180/100 мм рт.ст, со слов снизить артериальное давление не удалось.Какую комбинацию назначите?

А)иАПФ+Са блокатор+тиазиды

Б)диуретик+иАПФ

В)Са блокатор+бета-блокатор

Г)тиазиды+бета блокатор

Д) не назначаем

56. Поступил пациент высоким артериальным давлением. Опросник Роузе положительный последние 2 года. Каким группам препаратов отдаете предпочтения?

А)бета-блокатор+Са блокатор

Б)диуретики

В)иАПФ

Г)альфа адрено блокатор

Д) предпочтений нет

57. Укажите препарат который можно назначит при артериальной давлении у беременных?

А) метилдопа

Б) диуретики

В)иАПФ

Г)БРА

Д) не назначаются.

58. Пациентом у которых клиническая вероятность КБС средняя для обследования что рекомендовано?

А) селективный КАГ

Б) МСКТ КАГ

В)СМАД

Г)ЭКГ

Д)нет правильного ответа

59.Пациентом у которых клиническая вероятность КБС очень высокая для обследования что рекомендовано?

А) селективный КАГ

Б) МСКТ КАГ

В)СМАД

Г)ЭКГ

Д)нет правильного ответа

60. При хроническом синдроме антиишемическая терапия у больных низким ЧСС в 1 ступени что рекомендовано?

А)ДГП-АКК

Б)Нитрат ДД

В)Бета-блокаторы

Г)Ивабрадин

Д)нет правильного ответа

61. При хроническом синдроме у пациентом низким артериальным давлением в 1 ступени что рекомендовано?

А)низкая доза ББ и не ДГП-АКК

Б)Нитрат ДД

В)высокая бета-блокаторы

Г)Ивабрадин

Д)нет правильного ответа

Тесты по осложнения ОИМ

62.Каким осложнениям относится синдром Дресслера?

А)острым осложнениям

Б)поздним осложнениям

В)отсроченным осложнениям

Г)это не осложнения ОИМ

Д)срок не определена

63.При каком стенке инфаркта часто осложняется полной АВ блокадой?

А)передне-перегородочной стенки

Б)нижней стенки

В)боковой стенки

Г)высоко боковой стенки

Д)задней стенки

64. Укажите кардиогенный шок какому классу относится по Киллипу?

А)1

Б)2

В)3

Г)4



Д)5

65. Самая частая причина сердечная причина кардиогенного шока?

А) клапанная патология

Б) ОИМ

В) аритмии

Г) миокардит

Д) тампонада

66. Главный критерий диагноза при кардиогенном шоке?

А) снижение систолического давления менее 100 мм рт.ст. более чем 30 мин.

Б) снижение систолического давления менее 90 мм рт.ст. более чем 30 мин.

В) снижение систолического давления менее 85 мм рт.ст. более чем 30 мин.

Г) снижение систолического давления менее 80 мм рт.ст. более чем 30 мин.

Д) снижение систолического давления менее 90 мм рт.ст. более чем 20 мин.

Тесты по ОКС

67. Поступил пациент 48 лет. Жалобы на боли за грудиной более 20 мин. На ЭКГ элевация сегмента ST по II, III, AVF. Ваш диагноз?

А) ОИМ нижней стенки

Б) ОИМ передне-перегородочной стенки

В) ОИМ высоко-боковой стенки

Г) ОИМ задней стенки

Д) нет инфаркта

68. Поступил пациент 50 лет. Жалобы на боли за грудиной более 20 мин. На ЭКГ элевация сегмента ST по V1-V4. Ваш диагноз?

А) ОИМ передне-перегородочной стенки

Б) ОИМ нижней стенки

В) ОИМ высоко-боковой стенки

Г) ОИМ задней стенки

Д) нет инфаркта

69. Поступил пациент 53 лет. Жалобы на боли за грудиной более 20 мин. На ЭКГ элевация сегмента ST по V7-V9. Ваш диагноз?

А) ОИМ задней стенки

Б) ОИМ нижней стенки

В) ОИМ высоко-боковой стенки

Г) ОИМ передне-перегородочной стенки

Д)нет инфаркта

70. Поступил пациент 51 лет. Жалобы на боли за грудиной более 20 мин. На ЭКГ элевация сегмента ST по I,AVL. Ваш диагноз?

А)ОИМ высоко-боковой стенки

Б)ОИМ нижней стенки стенки

В)ОИМ задней стенки

Г)ОИМ передне-перегородочной стенки

Д)нет инфаркта

71. Поступил пациент 51 лет. Жалобы на боли за грудиной более 20 мин. На ЭКГ элевация сегмента ST по V5V6. Ваш диагноз?

А)ОИМ боковой стенки

Б)ОИМ нижней стенки стенки

В)ОИМ задней стенки

Г)ОИМ передне-перегородочной стенки

Д)нет инфаркта

72.ЭКГ критерий ОИМ передне-перегородочной стенки у женщин?

А)элевация сегмента ST на 1,5 мм

Б)элевация сегмента ST на 1,3 мм

В)элевация сегмента ST на 1,2 мм

Г)элевация сегмента ST на 1,0мм

Д)элевация сегмента ST на 0,5 мм

73.ЭКГ критерий ОИМ передне-перегородочной стенки у мужчин до 40 лет?

А)элевация сегмента ST на 2,5 мм

Б)элевация сегмента ST на 2,0 мм

В)элевация сегмента ST на 1,5 мм

Г)элевация сегмента ST на 1,0мм

Д)элевация сегмента ST на 0,5 мм

74.ЭКГ критерий ОИМ передне-перегородочной стенки у мужчин старше 40 лет?

А)элевация сегмента ST на 2,0 мм

Б)элевация сегмента ST на 1,8 мм

В)элевация сегмента ST на 1,5 мм

Г)элевация сегмента ST на 1,0мм

Д)элевация сегмента ST на 0,5 мм

75. Укажите специфический лабораторный признак ОИМ?

- А)положительный тропонин
- Б)положительный сахар крови
- В)высокий креатинин
- Г)высокий АЛТ
- Д)нет признаков

76.Главный признак дифференциальной диагностики нестабильной стенокардии и не Q инфаркт миокарда?

- А)положительный тропонин
- Б)высокий лейкоциты
- В)высокий тромбоциты
- Г)высокий сахар крови
- Д)нет различий

77.При какой ОИМ часто встречается полная АВ блокада?

- А)ОИМ боковой стенки
- Б)ОИМ нижней стенки
- В)ОИМ высоко-боковой стенки
- Г)ОИМ передней стенки
- Д)Не встречается

78. Какое различия алгоритма введения ФЖ и ЖТ без пульса?

- А)без различия
- Б)При ФЖ дефибриляция
- В) При ЖТ кардиоверсия
- Г)При ЖТ лидокаин в/в капельно
- Д) разные алгоритмы

79. Алгоритм действия при асистолии?

- А)Непрямой массаж сердца
- Б)Дефибриляция
- В)Кардиоверсия
- Г)атропин в/в струйно
- Д) нет алгоритма

80.Какое различия алгоритма введения ИВР и асистолия?

- А)без различия

Б) При ИВР дефибриляция

В) При асистолии кардиоверсия

Г) При асистолии атропин в/в капельно

Д) разные алгоритмы

81. Каких дозировках введется стрептокиназа ускоренном схеме при ТЭЛА?

А) 2,0 млн ЕД в течение 2 часов

Б) 2,5 млн ЕД в течение 2 часов

В) 3,0 млн ЕД в течение 1 часов

Г) 1,5 млн ЕД в течение 2 часов

Д) 1,0 млн ЕД в течение 1 часов

82. Каких дозировках введется стрептокиназа при ТЭЛА?

А) 250 тыс ЕД в течение 30 минут, затем 100 тыс 12-24 часов в/в

Б) 200 тыс ЕД в течение 30 минут, затем 150 тыс 12-24 часов в/в

В) 100 тыс ЕД в течение 30 минут, затем 50 тыс 12-24 часов в/в

Г) 150 тыс ЕД в течение 30 минут, затем 100 тыс 12-24 часов в/в

Д) 350 тыс ЕД в течение 30 минут, затем 150 тыс 12-24 часов в/в

83. Показания к введению стрептокиназу при ТЭЛА?

А) гипотензия или шок (снижение САД до 90 мм рт.ст. или падение  $>40$  мм рт.ст. в течение 15 минут)

Б) гипотензия 100/60 мм рт.ст.

В) ЧСС 90 уд мин

Г) АД 110/70 мм рт.ст.

Д) ЧСС 100 уд в мин.

84. При ТЭЛА тромботическую терапию можно течение каких времени?

А) в течение 12 часов

Б) в течение 12 дней

В) в течение 14 дней

Г) в течение 6 часов

Д) не проводится

85. При низком и промежуточном риска ЛЭ какой анализ крови является ключевым в диагностике?

А) СРБ

- Б) D-димер
- В) прокальцитонин
- Г) Общий анализ крови
- Д) Общий анализ мочи

86. Каких случаях при ТЭЛА не рекомендуется измерять D-димер плазмы?

- А) при высокой клинической вероятности
- Б) при промежуточной клинической вероятности
- В) при низкой клинической вероятности
- Г) при гипотонии или шок
- Д) измеряется рутинно

87. Укажите ЭКГ признаки при ТЭЛА?

- А) SIII QII
- Б) SII Q III
- В) SI Q III
- Г) SIII QI
- Д) SII QII

88. Укажите правильный алгоритм сердечной легочной реанимации?

- А) А-В-С
- Б) С-А-В
- В) В-А-С
- Г) В-С-В
- Г) 40:2
- Д) нет правильного ответа

89. Укажите какую частоту нажатий при СЛР?

- А) 60-80 в мин
- Б) 70-90 в мин
- В) 80-100 в мин
- Г) 100-120 в мин
- Д) нет правильного ответа

90. В отделении БИТ пациент с предвостановленным диагнозом ОНМК внезапно потерял сознания, на кардиомониторе асистолия. Ваша тактика?

- А) срочное дефибриляция
- Б) установка временного кардиостимулятора
- В) введения атропина
- Г) плановое кардиоверсия
- Д) нет правильного ответа

91. В отделения БИТ пациент с предварительным диагнозом ОКС внезапно потерял сознания, на кардиомониторе фибрилляция желудочков. Ваша тактика?

- А) дефибриляция
- Б) установка временного кардиостимулятора
- В) введения атропина
- Г) плановое кардиоверсия
- Д) нет правильного ответа

92. У пациентов остром расслаивание аорты тип А какое лечение является методом выбора?

- А) консервативное лечение
- Б) хирургическое лечение
- В) TEVAR
- Г) госпитализация в БИТ
- Д) нет правильного ответа?

93. У пациентов остром расслаивание аорты тип В без осложнение какое лечение является методом выбора?

- А) консервативное лечение
- Б) хирургическое лечение
- В) TEVAR
- Г) госпитализация в БИТ
- Д) нет правильного ответа?

94. У пациентов остром расслаивание аорты тип В с осложнение какое лечение является методом выбора?

- А) консервативное лечение
- Б) хирургическое лечение
- В) TEVAR
- Г) госпитализация в БИТ

Д)нет правильного ответа?

95. Поступил пациент жалобами на сильные боли за грудиной перемещающаяся в поясницу не купирующая наркотическими анальгетиками. Из анамнеза много лет страдает гипертонической болезни, гипотензивные препараты принимает эпизодический. Госпитализирован в БИТ. Экстренно проведено КТ ангиография, по данным которого расслаивание аорты с восходящего отдела до подвздошных артерий. Какое тактика лечение является методом выбора?

А)консервативное лечение

Б)хирургическое лечение

В) TEVAR

Г) госпитализация в БИТ

Д)нет правильного ответа?

96. Поступил пациент жалобами на сильные боли спине не купирующая наркотическими анальгетиками. Из анамнеза много лет страдает гипертонической болезни, гипотензивные препараты принимает эпизодический. Госпитализирован в БИТ. Экстренно проведено КТ ангиография, по данным которого расслаивание аорты с нисходящего отдела до подвздошных артерий. Состояние пациента и гемодинамика стабильное. Какое тактика лечение является методом выбора?

А)консервативное лечение

Б)хирургическое лечение

В) TEVAR

Г) госпитализация в БИТ

Д)нет правильного ответа?

97. Поступил пациент жалобами на сильные боли спине не купирующая наркотическими анальгетиками. Из анамнеза много лет страдает гипертонической болезни, гипотензивные препараты принимает эпизодический. Госпитализирован в БИТ. Экстренно проведено КТ ангиография, по данным которого расслаивание аорты с нисходящего отдела до подвздошных артерий. Гемодинамика пациента не стабильная, боли временами рецидивируется. Какое тактика лечение является методом выбора?

А)консервативное лечение

Б)хирургическое лечение

В) TEVAR

Г) госпитализация в БИТ

Д)нет правильного ответа?

1. Больного беспокоит боль в горле, осиплость голоса. В легких рентгенологически обнаружена 2-сторонняя диссеминация полиморфными очагами. В верхних отделах обоих легких видны тонкостенные правильной формы полости без перифокального воспаления (2,0 x 2,0 см). Выберите правильный диагноз:

- A. фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе обсеменения
- B. кавернозный туберкулез в фазе обсеменения
- C. острый диссеминированный туберкулез
- D. подострый диссеминированный туберкулез
- E. туберкулема легких

2. Больной А., 23 лет установлен диагноз – туберкулезный менингит. Диагноз установлен на первой неделе болезни. Предполагается базиллярный менингит. Что является характерным признаком базиллярной формы туберкулезного менингита: Варианты ответа:

- A. кахексия
- B. периферические гемипарезы
- C. поражение черепно-мозговых нервов
- D. нарушение интеллекта
- E. гидроцефалия

3. При кавернозном туберкулезе легких полость бывает: Варианты ответа:

- A. правильной округлой формы с толстыми стенками
- B. правильной округлой формы 4-6 см в диаметре
- C. деформирована, толстостенная, мелкая, с лучистыми стенками
- D. неправильной формы, толстостенная
- E. тонкостенная 2-4 см в диаметре с очаговыми тенями вокруг

4. Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно: Варианты ответа:

- A. Проведение сцинтиграфии щитовидной железы
- B. Определение уровня ТТГ
- C. Определение уровня Са<sup>2</sup> в крови
- D. Определение Т<sub>3</sub>
- E. Определение Т<sub>4</sub>

5. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

Варианты ответа:

- A. Снять ЭКГ
- B. Ввести 5%-ный раствор глюкозы
- C. Ввести инсулин (10-20 ЕД)
- D. Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови д)



С. Ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

6. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:  
Варианты ответа:

- А. Сцинтиграфия щитовидной железы
- В. Пальпаторное исследование
- С. Ультразвуковое исследование щитовидной железы
- Д. Компьютерная томография щитовидной железы
- Е. Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

7. Абсолютный противопоказания для проведения стентированию почечных артерий у взрослых?

- А. почечная дисфункция
- В. размер почки меньше 6 см
- С. наличие удвоение почки
- Д. стеноз более 70%
- Е. нет противопоказаний.

8. Золотой стандарт диагностики реноваскулярной гипертензии?

- А. УЗИ брюшной полости
- В. Обзорная рентгенография брюшной полости
- С. УЗДГ сосудов почек
- Д. рентгенконтрастная ангиография почек
- Е. нет золотого стандарта

9. Частая причина реноваскулярной АГ?

- А. атеросклероз почечных артерий
- В. Фибромускулярная дисплазия
- С. Удвоение почек
- Д. неспецифический аортоартериит
- Е. не указано

10. При стенозе почечных артерий какая группа гипотензивных препаратов противопоказан?

- А. бета блокаторы
- В. иАПФ
- С. Са блокаторы
- Д. диуретики
- Е. IF каналы

11. Критерии диагноза при ГБ?

- А. САД 140 мм рт.ст. ДАД 90 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем двух врачебных осмотрах
- В. САД 140 мм рт.ст. ДАД 90 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем трех врачебных осмотрах
- С. САД 130 мм рт.ст. ДАД 80 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем двух врачебных осмотрах
- Д. САД 130 мм рт.ст. ДАД 80 мм рт.ст. и выше зарегистрированных не менее чем трех врачебных осмотрах
- Е. нет критерия

12. При каких случаях высоко нормальном артериальном давлении можно рассмотреть о медикаментозном лечении
- А. при очень высоком риске
  - В. высоком риске
  - С. среднем риске
  - Д. низком риске
  - Е. нормальном риске
13. При каких случаях при ГБ назначаются статины
- А. высоким и очень высоким риске
  - В. среднем риске
  - С. низком риске
  - Д. нормальном риске
  - Е. не назначаются.
14. При каком уровне артериального давления сразу можно установить диагноз ГБ при первичном осмотре?
- А. 180/110 мм рт.ст.
  - В. 170/100 мм рт.ст.
  - С. 160/100 мм рт.ст.
  - Д. 140/90 мм рт.ст.
  - Е. при первичном осмотре не можем поставить диагноз ГБ.
15. Показания к госпитализации при ГБ?
- А. рефрактерная АГ, Гипертонический криз осложненная.
  - В. 180/100 мм рт.ст.
  - С. 170/95 мм рт.ст.
  - Д. 160/90 мм рт.ст.
  - Е. 150/90 мм рт.ст.
16. Поступил пациент 65 лет. Артериальное давления 220/110 мм рт.ст. Жалобы на асимметрию лица и слабость левой конечности?
- А. Госпитализация в БИТ
  - В. Госпитализация в общую палату
  - С. Консультация кардиолога в амбулаторных условиях
  - Д. Консультация семейного врача
  - Е. Госпитализация в отделение неврологии
17. Для гипертонической болезни 1 стадии характерно?
- А. отсутствие органических поражений
  - В. наличие клинических ассоциированных состояний
  - С. наличие органических поражений
  - Д. осложненное течение
  - Е. такой стадии нет
18. Пациент страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. На какой группы препарата отдаёте предпочтение?
- А. иАПФ или БРА
  - В. бета блокаторы
  - С. Са блокаторы
  - Д. диуретики
  - Е. препараты центрального действия

19. Пациента гипертоническая болезнь и аневризма аорты. На какой препарат отдаёте предпочтения?

- А. бета блокаторы
- В. Са блокаторы
- С. иАПФ
- Д. Сартаны
- Е. диуретики.

20. У мужчины 29 лет в течение 6 месяцев - понос 6-8 раз в сутки, слабость, лихорадка. Периодически - боли и напряжение в правом нижнем квадранте живота. Наиболее вероятный диагноз:

- А. карциноидный синдром
- В. болезнь Крона
- С. синдром раздраженного кишечника
- Д. недостаточность pancreas
- Е. амебиаз

21. У мужчины 21 год похудание и периодически жидкий стул с кровью. При колоноскопии выявлено воспаление и контактная кровоточивость слизистой от прямой кишки до середины поперечно-ободочной. Биопсия: острое и хроническое воспаление, ограниченное слизистой оболочкой. Наиболее вероятный диагноз:

- А. амебиаз
- В. болезнь Крона
- С. сальмонеллезный энтероколит
- Д. неспецифический язвенный колит
- Е. иерсиниозный энтероколит

22. У мужчины 74 лет приступообразные боли в левом квадранте живота, лейкоцитоз, лихорадка. Наиболее вероятный диагноз:

- А. рак сигмовидной кишки
- В. дивертикулит
- С. болезнь Крона
- Д. язвенный колит
- Е. парапроктит

23. У больного с язвой верхней части двенадцатиперстной кишки возникло кровотечение. Какая артерия наиболее вероятно эрозирована?

- А. гастродуоденальная
- В. печеночная
- С. правая желудочная
- Д. правая желудочно-брыжеечная
- Е. селезеночная

24. Больной гепатитом В умер на 9-й день после начала заболевания. Наиболее вероятные микроскопические изменения в печени:

- А. диффузная жировая вакуолизация с минимальным некрозом
- В. диффузный фиброз с узелками
- С. ограниченный периферический зональный некроз
- Д. распространенный некроз печеночных клеток
- Е. распространенная инфильтрация долей нейтрофилами

25. При неспецифическом язвенном колите могут наблюдаться все осложнения, кроме

- А. токсическая дилатация толстой кишки
- В. перфорация толстой кишки
- С. анемия
- Д. рак толстой кишки
- Е. перианальные фистулы

26. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего:

- А. при язвенной болезни
- В. при холелитиазе
- С. при постгастрорезекционном синдроме
- Д. при хроническом колите
- Е. при лямблиозе

27. Подберите характеристику: для препарата альмагель:

- А. блокатор H<sub>2</sub>-гистаминорецепторов
- В. холинолитик общего действия
- С. холинолитик местного действия
- Д. антацид
- Е. миотоник

28. Больная 21 года жалуется на периодические сердцебиения, чувство неполного вдоха, приступы коликообразных болей в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом со слизью. Приступы провоцируются психоэмоциональным перенапряжением. При осмотре: - обычного питания, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Ректороманоскопия: патологии не отмечено. Предположительный диагноз

- А. болезнь Крона
- В. хронический энтероколит
- С. синдром раздраженной толстой кишки
- Д. пищевая токсикоинфекция
- Е. неспецифический язвенный колит

29. Больная 19 лет, по поводу ОРЗ, насморка и субфебрилитета получала ампициллин по 0,5 - 4 раза в день, в течение 5 дней. Через 4 дня возник рецидив лихорадки до 37,8°C и появилась желтушность склер. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Печень на 2-3 см ниже края реберной дуги, слегка болезненна. Анализ крови - норма. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. дискинезия желчных путей
- В. вирусный гепатит
- С. хронический холецистит

- D. лекарственный гепатит
- E. гемолитическая желтуха

30. Все признаки характерны для обтурационной желтухи, кроме

- A. кожный зуд
- B. темная моча
- C. светлый кал
- D. в моче повышено содержание уробилина
- E. в моче повышено содержание желчных пигментов

31. Что является неверным в отношении болезни Крона?

- A. наиболее часто поражается терминальный отдел подвздошной кишки
- B. воспалительные изменения не сплошные
- C. гранулемы обнаруживаются в 90% случаев
- D. очень характерны фистулы и свищи
- E. может быть поражение толстой кишки

32. У девушки 15 лет в течение 2 недель легкие кровоподтеки, слабость, боли в пояснице. При обследовании: бледность, распространенные подкожные кровоизлияния, гемоглобин - 70 г/л, лейкоциты - 2000, тромбоциты - 15000. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- A. острый лейкоз
- B. апластическая анемия
- C. наследственный сфероцитоз
- D. железодефицитная анемия
- E. гемолитическая анемия

33. Мужчина 19 лет обратился по поводу общей слабости лихорадки до 38,5°C. При обследовании: выраженная бледность кожи и слизистых, петехиальные геморрагии на коже голеней. Какое исследование наиболее важно?

- A. полный анализ крови
- B. определение времени кровотечения и свертывания
- C. стерильная пункция
- D. электрофорез гемоглобина
- E. посев крови

34. У одинокой женщины 70 лет имеются экхимозы, перифолликулярные петехии и отечность десен. Питание недостаточное, без овощей и фруктов. Наиболее вероятный диагноз:

- A. болезнь Бери-бери
- B. тромбоцитопеническая пурпура
- C. пеллагра
- D. геморрагический васкулит
- E. цинга

35. У мальчика 6 месяцев было кровотечение при прорезывании первого зуба. Один из братьев матери умер в раннем возрасте при экстракции зуба. Какой фактор свертываемости наиболее вероятно у него отсутствует?

- А. фактор I (фибриноген)
- В. фактор V (проакселерин)
- С. фактор VIII (антигемофильный)
- Д. фактор III (пластинок)
- Е. фактор XII (Хагемана)

36. Гемолитическая анемия, вызываемая медикаментами, возникает у пациентов с дефицитом ферментов:

- А. глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа
- В. глутатион-пероксидаза
- С. глутатион-редуктаза
- Д. б-фосфоглюконат-дегидрогеназа
- Е. пируваткиназа

37. У больного 16 лет с желтухой активность печеночных ферментов не повышена, проба Кумбса отрицательная, осмотическая резистентность эритроцитов снижена. Какая форма эритроцитов наиболее вероятна?

- А. овалоциты
- В. макроциты
- С. сфероциты
- Д. мишеневидные
- Е. серповидные

38. Больной 26 лет, жалобы на боли в эпигастриальной области, слабость. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Кожные покровы бледные, болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин—90 г/л, эритроциты - 3,5 млн, цветной показатель - 0,77, ретикулоциты - 0,5%, тромбоциты - 195 000, в остальном без особенностей. Билирубин - 12 мкмоль/л, железо - 4,5 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь положителен. Какая анемия?

- А. апластическая
- В. гемолитическая
- С. острая постгеморрагическая
- Д. хроническая постгеморрагическая
- Е. В-12 дефицитная анемия

39. Показания для активной химиотерапии при хроническом лимфолейкозе следующие, кроме:

- А. во всех случаях установления диагноза
- В. признаки прогрессирования болезни
- С. лимфоцитоз более 100000
- Д. появление анемии
- Е. появление тромбоцитопении

40. У женщины 42 лет с фибромиомой матки и меноррагиями обнаружена анемия: гемоглобин - 80 г/л, гипохромия и микроцитоз эритроцитов. Наиболее вероятный диагноз анемии:

- А. В12-дефицитная
- В. серповидно-клеточная
- С. апластическая
- Д. наследственный сфероцитоз
- Е. железодефицитная

41. Для острого лейкоза не характерно :

- А. хромосомной мутации клетки-предшественницы
- В. пролиферации бластных клеток
- С. пролиферации созревающих клеток
- Д. выхода опухоли за пределы системы кроветворения
- Е. угнетения нормального кроветворения

42. Какой фактор необходим для всасывания витамина В12 ?

- А. соляная кислота
- В. гастрин
- С. гастромукопротеин
- Д. пепсин
- Е. фолиевая кислота

43. У больной 30 лет лихорадка до 37, 8°С в течение месяца, боль в голеностопных суставах, сухой кашель, Обнаружено увеличение селезенки, красные и резко болезненные высыпания на коже вокруг коленных суставов, припухлость и ограничение подвижности голеностопных суставов. Рентгенологически - симметричное увеличение бронхопьюльмональных лимфоузлов. Наиболее вероятный диагноз?

- А. системная красная волчанка.
- В. ревматоидный артрит
- С. хронический лимфолейкоз
- Д. лимфогранулематоз
- Е. саркоидоз

44. Характеристика абсцесса легкого, дренируемого с бронхом:

- А. локальное притупление звука, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
- В. то же, но смещение средостения в сторону притупления
- С. локальное притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание и крупнопузырчатые хрипы
- Д. локальное притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
- Е. инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация

45. Жена заметила, что ее 52-летний супруг (рост 170 см, вес 114 кг, курильщик 35 лет) в последние 1-2 года стал чаще храпеть и периодически задерживать дыхание во время сна. Среди дня он сонлив, также часто засыпает, при этом храпит и постепенно усиливается цианоз, появились отеки на ногах. При подобной клинической картине вероятнее всего речь идет о:

- A. панцирном сердце (констриктивном перикардите)
- B. синдроме Кушинга.
- C. синдроме Пиквика
- D. опухали мозга
- E. медикаментозной интоксикации

46. Препарат блокирует кальциевые ионные каналы клеточных мембран, применяется в комплексе с другими лечебными средствами при лечении бронхиальной астмы, в частности, гормонозависимой. Это -

- A. интал
- B. коринфар
- C. эуфиллин
- D. задитен
- E. димедрол

47. Сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких характерны для синдрома:

- A. повышения воздушности легких
- B. наличия жидкости в полости легких
- C. бронхиальной обструкции
- D. уплотнения легочной ткани
- E. наличия полости в легочной ткани

48. Достоверным диагностическим методом дифференциации хронического бронхита от бронхоэктатической болезни является:

- A. обнаружение эластических волокон в мокроте
- B. бронхоскопия
- C. томография
- D. бронхография
- E. сцинтиграфия легких

49. У больного 35 лет в течение 2 недель слабость, повышенная потливость, утомляемость, боли в правом боку при дыхании, температура 38 С. Дыхание - 28 в минуту, пульс - 100 уд/мин. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Голосовое дрожание справа внизу не проводится, там же - интенсивное притупление, дыхание - ослаблено. Границы сердца смещены влево. Анализ крови: лейкоциты - 12 тыс/мл, п/я - 13%, лимфоциты - 13%, СОЭ - 38 мм/час. Предварительный диагноз:

- A. инфильтративный туберкулез легких
- B. плевропневмония
- C. экссудативный плеврит
- D. ателектаз
- E. спонтанный пневмоторакс



50. У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку, усиливающиеся при глубоком дыхании, лихорадка (38,9°C) Курит с 12 лет, последние 10 лет - кашель с мокротой по утрам. Отмечает контакт с туберкулезным больным. При обследовании: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно - книзу от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой области не проводится. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см влево. Предположительный диагноз?

- A. очаговая пневмония в нижней доле
- B. крупозная пневмония
- C. обострение хронического бронхита
- D. экссудативный плеврит
- E. гидроторакс

51. Для эмфиземы легких и хронического обструктивного бронхита общим является:

- A. эритроцитоз
- B. положительный эффект бронхолитиков
- C. одышка
- D. хронический кашель
- E. гиперкапния

52. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками:

- A. в осенне-зимний период
- B. длительно
- C. не следует применять вообще
- D. при выделении гнойной мокроты
- E. при появлении кровохаркания

53. Какой признак отличает экссудативный плеврит от крупозной пневмонии?

- A. перкуторно тупость в зоне поражения
- B. бронхиальное дыхание
- C. дыхание и бронхофония в зоне поражения ослаблены
- D. крепитация
- E. отставание половины грудной клетки при дыхании

54. Больная 50 лет - жалобы на слабость, утомляемость. В детстве болела туберкулезом легких. В межлопаточной области слева укорочение перкуторного звука, дыхание ослабленное, при покашливании единичные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологически: слева под ключицей негетомогенное затемнение 2x3 см округлой формы, средней интенсивности, с участком просветления неправильной формы, расплывчатыми контурами и "дорожкой" к корню. Вокруг единичные очаговые тени разной интенсивности. Какой форме туберкулеза соответствуют эти клиничко-рентгенологические данные?

- A. первичный туберкулезный комплекс
- B. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный ателектазом
- C. инфильтративный туберкулез легких
- D. туберкулема легких
- E. туберкулезный плеврит

55. Мужчина 55 лет, курит по 30 сигарет в день. По поводу кашля кровохарканья - обследован. Физикальное и рентгенологическое обследование без патологии. Наиболее вероятный диагноз:

- A. бронхогенный рак
- B. туберкулез легких
- C. бронхоэктазия
- D. муковисцидоз
- E. хронический бронхит

56. Больной 49 лет страдает бронхиальной астмой. 3 года назад принимал преднизолон в течение месяца (20 мг/сут). Ухудшение состояния в последние 2 недели после гриппа. Последние 2 дня ингалировал астмопент до 10-14 раз в сутки - кашель стал малопродуктивным. При пробе с беротеком выявлено увеличение ФЖЕЛ1 на 7%. Ваша тактика:

- A. эуфиллин внутривенно и преднизолон внутрь
- B. антибактериальная терапия
- C. астмопент в аэрозолях и парентерально
- D. атропин подкожно
- E. интал.

57. Для гранулематоза Вегенера наиболее характерно:

- A. поражение височной артерии
- B. наличие бронхоэктазов
- C. язвенно-некротическое поражение носоглотки
- D. длительное течение наиболее типично
- E. ничего из перечисленного

58. Больной 48 лет. Диагностирован острый приступ подагры. Какие изменения синовиальной жидкости подтверждают этот диагноз?

- A. обнаружение кристаллов пирофосфата кальция
- B. лейкоциты более 10 тыс/л
- C. обнаружение ревматоидного фактора
- D. обнаружение кристаллов мочевой кислоты
- E. лейкоциты более 15 тыс/л

59. Больной 46 лет. Диагностирован острый приступ подагры. Какой из лекарственных препаратов следует применить в первую очередь?

- A. аллопуринол
- B. индометацин
- C. скутамил
- D. преднизолон
- E. аспирин

60. Для анкилозирующего спондилоартрита характерно все, кроме:

- А.чаще заболевают мужчины молодого возраста
- В.часто поражается крестцово-подвздошное-сочленение
- С.имеются остеофиты
- Д.боли преимущественно в покое
- Е.хороший эффект индометацина

61. Для системной красной волчанки характерно:

- А.выработка антител к ядерным антигенам клетки
- В.преимущественно полиорганность поражения
- С.эффективность кортикостероидной терапии
- Д.неспецифический характер суставного синдрома
- Е.все перечисленное

62. Какой показатель крови не соответствует диагнозу нелеченной системной красной волчанки?

- А.анемия
- В.признаки гемолиза
- С.антитела к нативной ДНК
- Д.тромбоцитопения
- Е.лейкоцитоз со сдвигом влево

63. Что является нетипичным для системной склеродермии?

- А.интерстициальная пневмония
- В.синдром мальабсорбции
- С.плевральный выпот
- Д.синдром Рейно
- Е.аритмии сердца.

64. Больная 53 лет. Предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре отмечены симметричные узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При рентгенографии кистей определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев. Название узловатых образований?

- А.тофусы
- В.узелки Гебердена
- С.ревматоидные узелки
- Д.ксантомы
- Е.остеофиты

65. Поражение почек при узелковом периартериите может включать:

- А.латентный нефрит
- В.изолированный мочевого синдром
- С.нефротический синдром
- Д.тромбоз почечных вен
- Е.все перечисленное верно

66. У мужчины 57 лет в течение 2 месяцев слабость, одышка при нагрузке, боли в животе, онемение в стопах, похудание на 10 кг. Недавно было нерезкое воспаление кистей и находили мононеврит правого локтевого нерва. Рентгенологически - расширение тени сердца и застой в легких. Каков наиболее вероятный диагноз?

- А.геморрагический васкулит
- В.ревматоидный артрит
- С.системная красная волчанка
- Д.узелковый периартериит
- Е.дерматомиозит

67. Пациент в течение года получал лечение преднизалоном по поводу заболевания суставов. Готовится к операции по поводу хронического холецистита. Какое наиболее важное назначение должно быть в предоперационном периоде?

- А.высокоуглеводная диета
- В.ограничение калия
- С.ограничение натрия
- Д.прием преднизолонa
- Е.рентгенография суставов

68. При системной красной волчанке постоянно наблюдается:

- А.лейкопения
- В.эозинопения
- С.гемолитическая анемия
- Д.реакция Ваалер-Роузе в высоком титре
- Е.СРБ (+)

69. Больная 64 лет. По поводу обострения первичного деформирующего остеоартроза и сердечной недостаточности получает лекарственные препараты в течение 2 недель. При исследовании крови - снижение числа лейкоцитов до 3.0 тыс/мл. Какой из перечисленных препаратов мог вызвать лейкопению?

- А.румалон
- В.кеналог
- С.реопирин
- Д.панангин
- Е.дигоксин

70. При геморрагическом васкулите поражаются:

- А.артерии крупного калибра
- В.артериолы и венулы
- С.вены среднего калибра
- Д.вены крупного калибра
- Е.височная артерия

71. Что из следующего не характерно для болезни Рейтера?

- А.гингивит
- В.острая диарея или уретрит
- С.конъюнктивит
- Д.артрит
- Е.увеит

72. Какой препарат следует назначать при появлении признаков вторичного гиперальдостеронизма?

- А. оротат калия
- В. унитиол
- С. верошпирон
- Д. панангин
- Е.верапамил

73. Какое мероприятие имеет значение для профилактики сахарного диабета при наличии наследственной отягощенности?

- А. профилактика острых инфекций
- В.профилактика ожирения
- С.исключение эмоциональных стрессов
- Д.предупреждение брака с диабетиками
- Е.ограничение потребления соли

74. Больная 45 лет, беспокоят постоянные головные боли, выраженная слабость, в последнее время полиурия, жажда, а также выраженная мышечная слабость. АД-170/130 мм.рт.ст., К<sup>+</sup> в плазме-3,0 (норма 4,2-6,8) ммоль/л, Са<sup>++</sup> - 150 ( норма 130-145) ммоль/л. Экскреция К<sup>+</sup> с мочой повышена. Какой препарат показан?

- А. каптоприл
- В.гипотиазид
- С.верошпирон
- Д.нифедипин
- Е.клофелин

75. У мужчины 34 лет периодически приступы судорог и мышечной слабости, парестезии, повышенная жажда и частое мочеиспускание. АД- 170/100 мм.рт.ст. Эти симптомы наиболее вероятно вызваны нарушением функции:

- А.коры надпочечников
- В.панкреас (островков Лангерганса)
- С.гипофиза
- Д.мозгового вещества надпочечников
- Е.гипоталлямуса

76. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза феохромоцитомы у больного с пароксизмальной гипертензией?

- А.проба с гистамином
- В.проба с реджитином

С.определение экскреции катехоламинов  
D.определение уровни 17-КС и 11-КС  
E.УЗИ

77. Какое утверждение не верно: тяжелым симптомом гиперкальциемии является -

- A. потеря аппетита
- B. мышечная слабость
- C. депрессия
- D. поносы
- E. полиурия

78. Какой гипофизарный фактор регулирует функцию щитовидной железы?

- A.вазопрессин
- B.АКТГ
- C.меланоцитостимулирующий гормон
- D.тиреотропный гормон
- E.тироксин

79. Больной 68 лет поступил в коматозном состоянии, анамнез не известен. Резкое обезвоживание, АД- 90/45 мм.рт.ст., в моче - 5% сахара, следы ацетона. Вероятный диагноз?

- A.диабетический кетоацидоз
- B.молочно-кислая кома
- C.гиперосмолярная кома
- D.гипогликемия
- E.церебральная кома

80. Что имеет значение для профилактики сахарного диабета при наличии наследственной отягощенности?

- A. профилактика острых инфекций
- B.исключение эмоциональных стрессов
- C.предупреждение ожирения
- D.ограничение углеводов
- E.ограничение жиров

81. Какое положение в отношении лечения диабетической комы правильно?

- A.бикарбонат натрия следует вводить с самого начала
- B.для применения калия требуется его повторное определение в крови
- C.начальное лечение должно включать не менее 100 ЕД инсулина
- D.наиболее эффективно постоянное или дробное введение малых доз инсулина
- E. при гипотензии используются глюкокортикоиды

82. Мужчине 58 лет, 170 см рост, 98 кг масса тела. При обследовании в моче повторно 2-3% сахара, ацетона нет, сахар крови натощак - 6,0 ммоль/л, диабетическая кривая при ГТТ. Начальная терапия :

- A.протаминцинкинсулин в малых дозах

- В.букарбан в малых дозах
- С.только гипокалорийная диета для уменьшения массы тела
- Д.инсулин регулярно
- Е.инсулин раз в месяц

83. Определение какого из показателей наиболее информативно для выявления нефротического синдрома?

- А.величины протеинурии
- В. клубочковой фильтрации
- С.креатинина сыворотки
- Д.холестерина сыворотки
- Е.канальцевой реабсорбции воды

84. Проба Нечипоренко позволяет:

- А.определить величину протеинурии
- В.определить степень лейкоцитурии и гематурии
- С.уточнить величину относительной плотности мочи
- Д.оценить величину клубочковой фильтрации
- Е.оценить параметры канальцевой реабсорбции

85. Нефротический синдром не развивается:

- А.при хроническом пиелонефрите.
- В.при приеме препаратов золота
- С.при тромбозе почечной вены
- Д.при системной красной волчанке
- Е.при диабетическом гломерулосклерозе

86. Нефротическая форма хронического гломерулонефрита проявляется всеми признакам, кроме одного:

- А.редкость артериальной гипертензии
- В.хороший эффект лечения глюкокортикоидами
- С.позднее нарушение функции почек
- Д.наличие отеков и выраженной протеинурии
- Е.различий нет

87. Артериальная гипертензия при ХПН связана со всеми факторами, кроме:

- А.с повышенной продукцией ренина
- В.с повышенной продукцией ангиотензина
- С.с повышенной продукцией простагландинов
- Д.с задержкой натрия и воды
- Е.с гиперволемией,

88. Развитию пиелонефрита способствуют все состояния, кроме одного:

- А.нарушения иммунитета
- В.везико-уретральный рефлюкс
- С.сахарный диабет
- Д.обструкция мочевых путей
- Е.артериальная гипертензия

89. Какое изменение мочи может свидетельствовать о почечной недостаточности:

- А.белка более 3 г/л
- В.белка менее 1 г\л
- С.относительная плотность менее 1005
- Д.большое количество уратов
- Е.большое количество лейкоцитов

90. Для диагностики вторичного амилоидоза наибольшее значение имеет:

- А.урография
- В.нефротический синдром
- С.почечная недостаточность
- Д.анализ мочи
- Е.биопсия почки или слизистой десны

91. При почечной колике могут наблюдаться все признаки, кроме одного:

- А.рефлекторный парез кишечника, задержка стула
- В.тошнота, рвота
- С.учащенное болезненное мочеиспускание
- Д.гематурия
- Е.повышение артериального давления

92. Больная 51 года наблюдается поликлиникой с диагнозом: "хронический пиелонефрит вне обострения, умеренная хроническая почечная недостаточность". Лекарственного лечения не получает. Какой из показателей не соответствует диагнозу?

- А.креатинин 0,1 ммоль/л
- В.холестерин 1 ммоль/л
- С.билирубин общий 16 мкмоль/л
- Д.глюкоза 5 ммоль/л
- Е.общий белок 75 г/л

93. Наиболее частая причина реноваскулярной гипертензии:

- А.атеросклеротический стеноз почечных артерий
- В.фибромускулярная дисплазия почечной артерии
- С.аневризма почечной артерии
- Д.узелковый периартериит
- Е.артерио-венозная фистула

94. Удлинение интервала R-R и уменьшение чсс 60 имп/мин с неизмененными QRS характерно для:

- А. синусовой аритмии
- В. блокады ножек пучка Гиса
- С. синусовой брадикардии
- Д. идиовентрикулярного ритма
- Е. брадисистолической форме мерцательной аритмии



95. Мужчина 45 лет жалуется на боли в правой поясничной области с иррадиацией в пах, частое болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37, 5 °С. Накануне в моче видел какое-то небольшое плотное образование. Индекс массы тела 32. Анализ мочи - реакция кислая, лейкоциты более 100 в поле зрения, эритроциты до 50 в поле зрения, цвет мочи бурый, при отстаивании осадок красно-бурого цвета. При УЗИ органов брюшной полости обнаружено расширение лоханки правой почки и верхней части правого мочеточника. Предположительный диагноз:

- A. Абсцесс почки
- B. Обострение хронического пиелонефрита
- C. Обострение мочекаменной болезни, уратные камни
- D. Обострение мочекаменной болезни, оксалатные камни
- E. Сосочковый некроз

96. . Больная 60 лет. После перенесенной вирусной респираторной инфекции развился выраженный нефротический синдром. . На протяжении длительного времени страдает сахарным диабетом II типа, принимает манинил. При подробном (эндоскопическом, УЗИ и рентгенологическом) обследовании не выявлено опухолевого заболевания. Какой метод исследования выявит генез нефротического синдрома?

- A. Биопсия слизистой оболочки десны
- B. Микроскопия мочи, посев мочи
- C. Радиоизотопная ренография
- D. Стернальная пункция
- E. Биопсия почки

97. . На ЭКГ комплекс QRS в виде QS регистрируется:

- A. при ишемии миокарда
- B. при повреждении миокарда
- C. при не-Q-волновом инфаркте миокарда
- D. при трансмуральном инфаркте миокарда
- E. при нетрансмуральном инфаркте миокарда

98. ЭКГ-признаком крупноочагового ИМ является:

- A. подъем сегмента ST
- B. отрицательные зубцы T
- C. патологический зубец Q
- D. желудочковая экстрасистолия
- E. АВ-блокада 1-11 степени

99. Регистрация патологического зубца Q и подъем сегмента ST в отведениях V1-V3 являются признаком:

- A. ниже-бокового ИМ
- B. нижнего ИМ
- C. переднеперегородочного ИМ
- D. высокого бокового ИМ
- E. трансептального ИМ

100. Каков характер боли при язвенной болезни 12-перстной кишки?

- А. тупая, давящая боль в эпигастральной области, усиливающаяся при приеме пищи
- В. схваткообразные, ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
- С. постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
- Д. боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи
- Е. боли через 30 минут после еды

001. Главным признаком выпота является.

- А) Ослабление основных дыхательных шумов;
- В) Свистящие хрипы;
- С) Кашель;
- Д) Кровохарканье;
- Е) Пневмоторакс;

002.

**Проба Ривальта это.**

- А) Повышенное содержание ЛДГ;
- В) Качественная реакция определения белка в плевральной жидкости;
- С) Определение количества плеврального выпота;
- Д) Наличие большого количества крови в плевральной жидкости;
- Е) Получение индуцированной мокроты;

003.

**Основными клиническими признаками плевритов являются:**

- А) Пневмоторакс;
- В) Нарастающая одышка;
- С) Боли в грудной клетке;
- Д) Ночная потливость
- Е) Свистящие хрипы;

004.

**При плеврите не наблюдается:**

- А) Фибринозные;
- В) Серозные;
- С) Геморрагические;

- D) Гнойные;
- E) Спонтанный пневмоторакс;

**005.**

**Транссудативный выпот отличается от экссудативного уровнем:**

- A) Белка;
- B) Триглицеридов;
- C) Эритроцитов;
- D) Ничем из перечисленного;
- E) Лейкоцитов;

**006.**

**Транссудат наблюдается при**

- A) Парапневмоническом выпоте;
- B) Системной красной волчанке;
- C) Туберкулезе;
- D) Нефротическом синдроме;
- E) Пневмонии;

**007.**

**Какие из перечисленных заболеваний не сопровождаются кровохарканьем.**

- A) синдром Гудпасчера;
- B) плеврит;
- C) митральный стеноз;
- D) тромбоэмболия легочной артерии;
- E) пневмоторакс;

**008.**

**Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при**

- A) бронхите;
- B) бронхиальной астме;
- C) бронхоэктатической болезни;
- D) экссудативном плеврите;
- E) ХОБЛ;

**009.**

**Скопление воспалительной жидкости в полости плевры наблюдается при**

- A) бронхите;
- B) бронхиальной астме;
- C) экссудативном плеврите;
- D) эмфиземе легких;
- E) туберкулезе;

**010.**

**Абсцесс легкого это.**

- A) Распространенный гнойно-некротический процесс в легочной ткани, не имеющий четких границ;
- B) Ограниченный гнойно-деструктивный процесс, сопровождающийся образованием одиночных или множественных гнойных полостей в легочной ткани;
- C) Множественные округлые плотные образования;
- D) Одно- или двухстороннее поражение при выраженных нарушениях внутренних органов;
- E) Округлые образование с четким контуром;

**011.**

**Внезапное появление обильной гнойной мокроты на фоне гектической лихорадки наблюдается при.**

- A) абсцессе легкого;
- B) бронхиальной астме;
- C) пневмонии;
- D) сухом плеврите;
- E) хроническом бронхите;

**012.**

**Для абсцесса легкого характерна лихорадка.**

- A) волнообразная;
- B) гектическая;
- C) извращенная;
- D) постоянная;
- E) субфебрильная;

**013.**

**При лечении абсцесса легкого используются препараты.**

- A) антибиотики;
- B) диуретики;
- C) антигистаминные;
- D) кортикостероиды;
- E) метилксантены;

**014.**

**Наиболее характерный симптом при хроническом абсцессе легкого.**

- A) Боли в грудной клетке;
- B) Кровохарканье;
- C) Высокая температура;
- D) Кашель с большим количеством мокроты;
- E) Отеки нижних конечностей;

**015.**

**Частым осложнением множественного хронического абсцесса легких не может быть.**

- A) Пневмосклероз;
- B) Амилоидоз почек;
- C) Бронхоэктазы;
- D) Эмпиема плевры;
- E) Рак легких;

**016.**

**Частым возбудителем гнойных плевритов является.**

- A) Стрептококк;
- B) Стафилококк;
- C) Пневмококк;
- D) Смешанная флора;
- E) Вирусы;

**017.**

**Частой причиной гнойных плевритов являются заболевания.**

- A) Опухоли легких;
- B) Гнойные заболевания легких;
- C) Воспалительные заболевания органов брюшной полости;
- D) Туберкулез легких;
- E) Пневмонии;

**018.**

**Для определения характера экссудата плевральной полости применяют.**

- A) Пункции плевральной полости с исследованием экссудата;
- B) Торакоскопию;
- C) Дренажирование плевральной полости;
- D) Рентгеноскопию;
- E) Компьютерная томография;

**019.**

**Этиологической причиной возникновения легочных абсцессов не является.**

- A) Бронхо-легочный (обусловлены попаданием инфицированного материала в сегментарные и долевые бронхи с нарушением их проходимости);
- B) Гематогенно-эмболический (7-9%, чаще локализуются в нижних долях, множественные);
- C) Лимфогенный (редко: при ангине, медиастините, поддиафрагмальном абсцессе);
- D) Травматический: результат закрытой и открытой травмы;
- E) Аутоимунный;

**020.**

**Что не может привести к развитию хронического абсцесса легких?**

- A) Патологический процесс (абсцесс), не завершившийся в течение двух месяцев;
- B) Причины перехода острого абсцесса в хронический: диаметр более 6 см, наличие секвестра в полости, плохие условия для дренирования, локализация в нижней доле, вялая реакция на воспалительный процесс, множественные абсцессы;
- C) Недостаточное использование мероприятий, направленных на улучшение условий дренирования абсцесса, недостаточное использование общеукрепляющих средств;
- D) Затяжное течение заболевания;
- E) Результаты консервативного лечения хронических абсцессов легких малоутешительны;

**021.**

**Консервативное лечение абсцесса легкого включает.**

- A) Лечение в отделении интенсивной терапии;
- B) Стационарное лечение;
- C) Внутриагтеримальное введение антибиотиков;
- D) Хирургическое лечение;
- E) Пероральное назначение антибиотиков;

**022.**

**Больной поступил в клинику с жалобами на сильный кашель с гнойной мокротой с неприятным запахом, повышенную температуру. Болеет 4 месяца. Состояние удовлетворительное. Перкуторно над легкими слева укорочение перкуторного звука. Аускультативно наряду с сухими и влажными хрипами амфорическое дыхание. На рентгенограмме в нижней доле слева полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальным воспалением. Наиболее вероятный диагноз?**

- A) Туберкулез легких;
- B) Абсцесс легкого;
- C) Рак легкого с распадом;
- D) Нагноившаяся киста легкого;
- E) Эхинококковая киста;

**023.**

**При гангрене легкого, осложненной профузным кровотечением, наиболее эффективно.**

- A) Наложение искусственного пневмоторакса;
- B) Гемостатическая терапия;
- C) Пневмоперитонеум;
- D) Перевязка легочных артерий;
- E) Резекция легкого;

**024.**

**При остром абсцессе, вскрывшемся в бронхиальное дерево, проводится.**

- A) Консервативная терапия
- B) Чрезторакальное дренирование абсцесса;
- C) Чрезторакальная катетеризация абсцесса;
- D) Радикальная операция;
- E) Пневмотомия;



**025.**

**В настоящее время наиболее эффективным для лечения идиопатического легочного фиброза признаны.**

- A) Глюкокортикоиды;
- B) Иммуносупрессанты;
- C) Ингибиторы синтеза коллагена;
- D) Противофиброзные препараты;
- E) антибиотики;

**026.**

**В основе КТ симптомов матового стекла у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом лежат следующие патоморфологические проявления.**

- A) Гиповентиляция;
- B) Пропитывание жидкостью междольковых перегородок;
- C) Фиброз междольковых перегородок;
- D) Фиброз междольковых перегородок;
- E) Матовое стекло;

**027.**

**Для идиопатического легочного фиброза характерно.**

- A) Быстрая манифестация клинических проявлений;
- B) Одышка;
- C) Резкое повышение температуры тела;
- D) Цианоз;
- E) Боли в грудной клетке;

**028.**

**При каком заболевании ведущим симптомом является одышка.**

- A) Идиопатический фиброзирующий альвеолит;
- B) Саркоидоз легких;
- C) Остеохондропатия легких;
- D) Бронхиальная астма;
- E) Абцесс легкого;

**029.**

**К компьютерно-томографическим признакам, выявляемым у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом, относятся.**

- A) Диффузные зоны матового стекла;
- B) Сотовое легкое;
- C) Субплевральные зоны консолидации;
- D) Цилиндрические бронхоэктазы;
- E) Диффузная инфильтрация;

**030.**

**Какова преимущественная локализация выявляемых изменений у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом.**

- A) Кортикальные отделы легких;
- B) Прикорневые и кортикальные отделы легких;
- C) Прикорневые отделы легких;
- D) Сегментарное/долевое распределение;
- E) Верхние сегменты;

**031.**

**Основная жалоба пациентов с идиопатическим легочным фиброзом.**

- A) Изменение пальцев по типу «барабанных палочек»;
- B) Кашель с отхождением густой гнойной мокроты;
- C) Нарастающая одышка;
- D) Цианоз губ;
- E) Одышка при физической нагрузке;

**032.**

**При идиопатическом легочном фиброзе болезнь преимущественно поражает.**

- A) Женщин в возрасте младше 50 лет;
- B) Женщин в возрасте старше 50 лет;
- C) Мужчин в возрасте младше 50 лет;
- D) Мужчин в возрасте старше 50 лет;

Е) Мужчина в возрасте 60 лет;

**033.**

**Какой иммунологический метод используется для ранней диагностики инвазивного аспергиллеза.**

- А) Определение аспергиллезного галактоманана в крови;
- В) Определение антител IG G, специфических к *Aspergillus spp*;
- С) Определение антител IG E, специфических к *Aspergillus spp*;
- Д) Тест торможения миграции макрофагов;
- Е) Определение общего IG E;

**034.**

**К группе риска инвазивного аспергиллеза относятся.**

- А) Больные острыми лейкозами;
- В) Больные ИБС;
- С) Пациенты с хроническим пиелонефритом;
- Д) Пациенты с язвенной болезнью 12-перстной кишки;
- Е) Больные с бронхитом;

**035.**

**К оппортунистическим микозам относится.**

- А) Гистоплазмоз;
- В) Бластомикоз;
- С) Кокцидиомикоз;
- Д) Зигомикоз;
- Е) Аспергиллез;

**036.**

**Наиболее частым рентгенологическим признаком при хроническом некротическом легочном аспергиллезе являются.**

- А) Нижнедолевые легочные инфильтраты с выпотом в плевральной полости;
- В) Прогрессирующие верхнедолевые легочные инфильтраты с полостями, сочетающиеся с истончением плевры;
- С) Двухстороннее усиление и деформация легочного рисунка;

- D) Округлые тени в нижних долях легких;
- E) Тотальное затемнение;

**037.**

**Наиболее частым осложнением при аспергилеме легких является.**

- A) Легочная гипертензия;
- B) Кровохарканье;
- C) Острая дыхательная недостаточность;
- D) Отек легких;
- E) Фиброз легких;

**038.**

**Дыхательный объемом является.**

- A) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- B) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- C) объем, который вдыхается и выдыхается при спокойном дыхании;
- D) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- E) Резервный объем воздуха;

**039.**

**Для оценки выраженности бронхиальной обструкции обычно используется показатель спирометрии.**

- A) ЖЕЛ;
- B) ФЖЕЛ;
- C) **ОФВ1**;
- D) ОФВ1/ФЖЕЛ;
- E) МОС;

**040.**

**При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции.**

- A) дыхательный объем;

- В) остаточный объем легких;
- С) жизненная емкость легких;
- Д) общая емкость легких;
- Е) функциональная остаточная емкость легких;

**041.**

**По какому параметру спирометрии определяется тяжесть течения БА.**

- А) ОФВ1;
- В) ООЛ;
- С) ЖЕЛ;
- Д) МОС;
- Е) ПОСВ;

**042.**

**О наличие бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилатационного теста более.**

- А) 10%;
- В) 5%;
- С) 1%;
- Д) 15%;
- Е) 12%;

**043.**

**Дыхательный объем (ДО) – это.**

- А) объем, который вдыхается и выдыхается при спокойном дыхании;
- В) объем, который остается в легких после максимально глубокого выдоха;
- С) объем, остающийся в легких на уровне спокойного выдоха;
- Д) объем, остающийся в легких на уровне глубокого выдоха;
- Е) объем, остающийся в легких на уровне глубокого вдоха;

**044.**

**Резервный объем вдоха (Ровд) – это.**

- А) Объем, который вдыхается и выдыхается при спокойном дыхании;
- В) максимальный объем, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха;
- С) объем, который могут вместить легкие на высоте глубокого вдоха;
- Д) объем, остающийся в легких на уровне глубокого выдоха;
- Е) объем, остающийся в легких на уровне спокойного выдоха;

**045.**

**Сумма ДО, РОвд, РОвыд – это.**

- А. ФЖЕЛ;
- В. ЖЕЛ;
- С. ДО;
- Д. ФОЕ;
- Е. ОФВ1;

**046.**

**Показания к проведению ингаляционных проб.**

- А. диагностика ранних стадий бронхиальной астмы;
- В. контроль эффективности лечебных и профилактических мероприятий;
- С. обострение бронхолегочного заболевания;
- Д. Диагностика исхода заболевания;
- Е. для подбора терапии;

**047.**

**Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это.**

- А. максимальный объем, который можно выдохнуть после максимально глубокого вдоха.
- В. число дыхательных движений в минуту при спокойном дыхании;

- С. оценка способности легочной ткани к растяжению;
- Д. объем, который могут вместить легкие на высоте глубокого вдоха;
- Е. объем, остающийся в легких на уровне глубокого выдоха;

**048.**

**Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких – это.**

- А. максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин;
- В. объем воздуха, содержащийся в легких после спокойного выдоха;
- С. максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха;
- Д. максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха;
- Е. объем, который могут вместить легкие на высоте глубокого вдоха;

**049.**

**Жизненная емкость легких зависит.**

- А. от длины тела;
- В. от площади поверхности тела;
- С. от массы тела;
- Д. от пола;
- Е. от всего перечисленного;

**050.**

**При подборе ингаляционного бронхоспазмолитического средства больному хроническим обструктивным бронхитом исследуют ОФВ1 до введения препарата и после его ингаляции.**

- А. через 1 час;
- В. через 5 мин;
- С. через 15 мин;
- Д. через 20 мин;
- Е. через 30 мин;

**051.**

**При дифференциальной диагностике острых форм эмболии легочной артерии и инфаркта миокарда надо ориентироваться на следующие данные.**

- A.
- B. при инфаркте миокарда есть электрокардиологические признаки гипоксии миокарда, а при эмболии легочной артерии этих признаков нет;
- C.
- D. при фонокардиографическом исследовании для эмболии легочной артерии характерно укорочение систолы правого желудочка и опережение легочного компонента II тона, а при инфаркте миокарда – укорочение систолы левого желудочка и запаздывает аортальный компонент II тона;
- E.
- F. при инфаркте миокарда резко увеличивается трансаминаза крови, чего, как правило, не наблюдается при эмболии легочной артерии;

**052.**

**Какой препарат используют при лечении кровохарканье.**

- A. гепарин;
- B. Этамзилат;
- C. Аскорил;
- D. АЦЦ;
- E. Верошпирон;

**053.**

**В каком случае можно говорить о ложном кровохарканье.**

- A. кровотечение из ЛОР органов;
- B. кровотечение из БЭ;
- C. кровохарканье из абсцесса;
- D. кровохарканье при ТЭЛА;
- E. при раке легих;

**054.**

**Боль в грудной клетке не может быть связана.**

- A. с костно-мышечной системой;
- B. с плеврой;
- C. с сердцем;
- D. с пищеводом;



Е. с печенью;

**055.**

**Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного васкулита.**

- А. полиорганное поражение, наличие кожных изменений;
- В. гектическая лихорадка;
- С. лейкоцитоз клиническом анализе крови;
- Д. снижение диастолического давления;
- Е. холодный липкий пот;

**056.**

**Крепитация в легких требует исключения.**

- А. Альвеолит;
- В. БА;
- С. ХОБЛ;
- Д. Плеврит;
- Е. бронхоэктатическую болезнь;

**057.**

**Округлая тень в легком не может быть связана с.**

- А. Туберкулома;
- В. Абсцесс;
- С. Опухоль;
- Д. ИФА;
- Е. Пневмония;

**058.**

**А. Транссудат не образуется при.**

- В.
- С. сердечная недостаточность;
- Д. нефротический синдром;
- Е. эмболия легочной артерии;
- Г. цирроз печени;
- Г. карциноматоз плевры;

**059.**

**Какое из приведенных утверждений является «правильным» в отношении анафилактического шока.**

- A. в случае возникновения жизненно опасных желудочковых аритмий показано назначение пропранолола;
- B. препаратом выбора для лечения отека гортани является димедрол
- C. адреналин следует использовать только при отсутствии эффекта от антигистаминных средств;
- D. препаратом выбора для повышения артериального давления является мезатон;
- E. препаратом выбора является адреналин;

**060.**

**Характерным клиническим признаком тромбоэмболии легочной артерии не являются.**

- A. Цианоз;
- B. Одышка;
- C. набухание шейных вен;
- D. синусовая тахикардия;
- E. шум трения плевры;

**061.**

**К числу «неотложных» диагностических мероприятий при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии не относится.**

- A. ЭКГ;
- B. исследование функции внешнего дыхания;
- C. рентгенографию грудной клетки;
- D. Ангиопульмонографию;
- E. Д-димер;

**062.**

**Что из перечисленного не может привести к развитию астматического статуса.**

- A. обострение хронического бронхита;
- B. проведение диагностических скарификационных проб;
- C. злоупотребление эуфиллином;
- D. отмена гормональной терапии;
- E. острая респираторная вирусная инфекция;

**063.**

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

- A. рифампицин + но-шпа + постоянная кислородотерапия;
- B. стрептокиназа + реланиум + эуфиллин;
- C. гидрокортизон + ингаляция закиси азота;
- D. гидрокортизон + эуфиллин + гепарин;
- E. беротек + адреналин + эуфиллин;

**064.**

**Что из перечисленного наиболее информативно <для подтверждения> диагноза при подозрении на спонтанный пневмоторакс.**

- A. исследовать газовый состав крови;
- B. провести ультразвуковое исследование грудной клетки;
- C. снять ЭКГ для выявления признаков перегрузки правых отделов сердца;
- D. сделать рентгенограмму грудной клетки;
- E. провести диагностическую плевральную пункцию;

**065.**

**Не наблюдается при дистресс-синдроме взрослых (шокового легкого).**

- A. ДС может развиваться после массивных гемотрансфузий;
- B. в патогенезе гипоксемии ведущее значение имеет увеличение альвеолярного шунтирования крови;
- C. прогрессирующая гиперкапния;
- D. ДС часто осложняется вторичной бактериальной инфекцией;
- E. характерно нарушение продукции сурфактанта;

**066.**

**Что из перечисленного необходимо сделать «в первую очередь» при подозрении на спонтанный пневмоторакс.**

- A. исследовать газовый состав крови;
- B. провести ультразвуковое исследование грудной клетки;
- C. снять ЭКГ для выявления признаков перегрузки правых отделов сердца;
- D. выполнить рентгенограмму грудной клетки;
- E. провести диагностическую плевральную пункцию;

**067.**

**Какой клинический признак не наблюдается при «ранней» стадии тромбоэмболии «крупного ствола» легочной артерии.**

- A. синкопального состояния;
- B. давящих болей в грудной клетке;
- C. Одышки;
- D. наличие плевральных болей;
- E. акцента 2-го тона на легочной артерии;

**068.**

**У 64-летней женщины с ожирением на четвертые сутки после холецистэктомии внезапно появились интенсивные, "плеврального" характера боли в левой половине грудной клетки. Что из перечисленного наиболее информативно в плане подтверждения диагноза тромбоэмболии легочной артерии.**

- A. ангиопульмонограмма с признаками сосудистого дефекта;
- B. повышение активности лактатдегидрогеназы и билирубина при нормальной активности аланинаминотрансферазы;
- C. парциальное давление кислорода в артериальной крови 60 мм рт.ст.;
- D. рентгенограмма легких со сгущением легочного рисунка;
- E. отклонение электрической оси вправо на ЭКГ;

**069.**

**Основным аускультативным симптомом фибринозного плеврита является.**

- A. отсутствие голосового дрожания;
- B. притупление перкуторного тона;
- C. локальное ослабление везикулярного дыхания;
- D. шум трения плевры;
- E. шум трения перикарда;

**070.**

**При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции.**

- A. дыхательный объем;
- B. остаточный объем легких;
- C. жизненная емкость легких;
- D. общая емкость легких;

Е. функциональная остаточная емкость легких;

**071.**

**Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛ.**

- А. ОФВ1 более 80%;
- В. прирост ОФВ1 после бронхолитика более 20%;
- С. ОФВ1 менее 30%;
- Д. проба Тиффно менее 70%, ОФВ1 от 50%до 80%;
- Е. проба Тиффно более 70%, ОФВ1 от 50%до 80%;

**072.**

**Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения.**

- А. Внебольничная;
- В. Крупозная;
- С. Нозокомиальная;
- Д. Аспирационная;
- Е. пневмония у лиц с иммунодефицитом;

**073.**

**Для лечения нозокомальной пневмонии, развившейся в отделении общего профиля без факторов риска, являются.**

- А. Тетрациклины;
- В. Гликопептиды;
- С. цефалоспорины 3 поколения;
- Д. полусинтетические пенициллины;
- Е. макролиды;

**074.**

**Выберите антибактериальную терапию для нетяжелой внегоспитальной пневмонии у пациентов до 60 лет без сопутствующей патологии.**

- А. современные тетрациклины;
- В. цефалоспорины 3 поколения;
- С. Ванкомицин;
- Д. амоксициллин внутрь или макролиды внутрь;
- Е. Аминогликозиды;

**075.**

**Каким инструментальным методом можно дифференцировать бронхиальную обструкцию при БА и ХОБЛ.**

- A. Спирограмма;
- B. Рентгенограмма;
- C. диффузионная способность легких;
- D. УЗИ;
- E. КТ грудной клетки;

**076.**

**По каким параметрам можно дифференцировать с-м бронхообструкции при БА и ХОБЛ.**

- A. на спирограмме по обратимости обструкции и проявлению бронхоспазма;
- B. При объективном осмотре пациента;
- C. индексу курения в анамнезе  $> 1$  пачек/лет;
- D. По характеру мокроты;
- E. На обзорной рентгенограмме ОГК

**077.**

**Боль в грудной клетке при дыхании и кашле может быть связана с.**

- A. поражением плевры;
- B. поражением бронхов;
- C. поражением ЖКТ;
- D. поражением сердца;
- E. поражением почек;

**078.**

**Какой характер мокроты чаще всего бывает у больного туберкулезом легких.**

- A. обильная, «полным ртом»;
- B. обильная, слизисто-гнойная, трехслойная;
- C. скудная, клейкая, ржавая;
- D. обильная, гнойная, зловонная;

Е. умеренное количество, слизисто-гнойная, иногда с прожилками крови;

**079.**

**А. Чтобы определить больного туберкулезом с положительным мазком, у него должно быть как минимум.**

В. положительный мазок при отсутствии рентгенологической картины

С. положительный мазок при наличии клинико-рентгенологической картины;

Д. положительных мазка из 3;

Е. положительных мазка из 3;

Ф. положительный мазок при нормальной картине обзорной рентгенограммы легких;

**080.**

**Врач общей лечебной сети направил 2 образца мокроты больного. 1 образец дал отрицательный результат, а второй – положительный. Что следует сделать.**

А. необходимо сдать третий образец мокроты;

В. повторить сбор мокроты и сдать еще 2 образца;

С. назначить неспецифическую антибактериальную терапию на 7-10 дней и повторить исследование мокроты;

Д. считать больным туберкулезом с положительным мазком;

Е. следует направить на рентгенографию;

**081.**

**Как вводится вакцина БЦЖ.**

А. Внутрикожно;

В. Подкожно;

С. Внутримышечно;

Д. Внутривенно;

Е. накожно в виде пластыря;

**082.**

**Что представляет собой рентгенологически туберкулема.**

- A. тень до 1 см;
- B. очагово-фокусное затемнение;
- C. округлую тень более 12 мм;
- D. кольцевидную тень;
- E. инфильтративную тень;

**083.**

**Укажите максимальный инкубационный период при COVID-19-инфекции.**

- A. 1,5 месяца;
- B. 7 дней;
- C. 21 день;
- D. 14 дней;
- E. Несколько часов;

**084. Какой вид материала является основным для исследования на коронавирусы.**

- A. Промывные воды бронхов;
- B. Цельная кровь;
- C. Сыворотка;
- D. Материал мазка из носоглотки и/или ротоглотки;
- E. Моча;

**085.**

**Какой метод специфической лабораторной диагностики наиболее информативен в клинической практике при короновиральной инфекции.**

- A. Серологический (ИФА);
- B. Бактериологический;
- C. Аллергологический (внутрикожная проба);
- D. Вирусологический;
- E. Молекулярно-генетический (ПЦР);

**086.**



## **Порядок выписки пациентов с COVID-19 из МО.**

- A. отсутствие клиники, контрольное лабораторное обследование не обязательно;
- B. отсутствие клиники и однократный отрицательный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР;
- C. отсутствие клиники и двукратный (с интервалом не менее 1 дня) отрицательный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР;
- D. отсутствие клиники и трехкратный отрицательный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР;
- E. достаточно клинического улучшения;

**087.**

**Для медицинского персонала, занятого оказанием помощи больным COVID-19 обязательным СИЗОД является.**

- A. ватно-марлевая повязка;
- B. хирургическая маска;
- C. респиратор со степенью защиты FFP2;
- D. респиратор со степенью защиты FFP1;
- E. использование СИОЗД не обязательно;

**088.**

**Какое мероприятие не относится к средствам профилактики коронавирусной инфекции COVID-19 в отношении механизма передачи инфекции.**

- A. использование СИЗ для медработников;
- B. соблюдение правил личной гигиены;
- C. проведение дезинфекционных мероприятий;
- D. изоляция больного на 14 дней;
- E. утилизация медицинских отходов класса В;

**089.**

**При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции.**

- A. дыхательный объем;
- B. остаточный объем легких;
- C. жизненная емкость легких;

- D. общая емкость легких;
- E. функциональная остаточная емкость легких;

**090.**

**По какому параметру спирометрии определяется тяжесть течения БА.**

- A. ОФВ1;
- B. ООЛ;
- C. ЖЕЛ ;
- D. МОС;
- E. ПОСВ;

**091.**

**Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного.**

- A. отсутствие противовирусных антител;
- B. прирост антител;
- C. снижение уровня антител;
- D. снижение уровня лейкоцитов;
- E. повышение СОЭ;

**092.**

**Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких.**

- A. нагноительный процесс в брюшной полости;
- B. Контаминация;
- C. септическое состояние;
- D. Аспирация;
- E. Рак легких;

**093.**

**Типичным возбудителем внебольничной пневмонии является.**

- A. *S.pneumoniae*;
- B. *Haemophilus influenzae*;
- C. *Enterobacteriaceae*;
- D. *Escherichia coli*;
- E. *Klebsiella spp*;

**094.**

**Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением.**

- A. бронхоальвеолярного лаважа;
- B. спирографического исследования;
- C. биопсии слизистой бронхов;
- D. цитологического исследования мокроты;
- E. КТ легких;

**095.**

**Пролонгированными бронхолитиками для лечения БА и ХОБЛ являются.**

- A. сальметерол, формотерол, спирива;
- B. будесонид, фликсотид;
- C. сальбутамол, атровент;
- D. Симбикорт, серетид, фостер;
- E. Эуфиллин;

**096.**

**При каком заболевании формируется обструктивный синдром.**

- A. Идиопатический фиброзирующий альвеолит;
- B. Плеврит;
- C. Гистиоцитоз Х легких;
- D. Рак легких;
- E. Туберкулез;

**097.**

**При боли за грудиной в первую очередь необходимо выполнить.**

- A. ФГДС;
- B. Рентгенограмму;
- C. ЭКГ;
- D. Спирометрия;
- E. КТ легких;

**098.**

**На рентгенограмме грудной клетки выявлена округлая тень с нечеткими контурами и с увеличением внутригрудных лимфоузлов. Какой диагноз можно предположить .**

- A. абсцесс;
- B. Эхинококк;
- C. Опухоль;
- D. Туберкулез;
- E. Пневмония;

**099.**

**Причиной экссудата в плевральной полости может быть.**

- A. Инфекция;
- B. артериальная гипертензия;
- C. легочная гипертензия;
- D. повышение онкотического давления;
- E. Опухоль;

**0100.**

**Какие цифры считаются нормальными для давления в легочной артерии.**

- A. 28-30 мм рт ст;
- B. 50-60 мм рт ст;
- C. 100-200 мм H<sub>2</sub>O ст;
- D. 28-30 мм H<sub>2</sub>O ст;
- E. 15- 25 мм рт ст;

А.Г. Чучалина, 2014}

1. Какой препарат следует назначать при появлении признаков вторичного гиперальдостеронизма?

1. оротат калия

2. унитиол
3. верошпирон
4. панангин
5. верапамил

2. Какое мероприятие имеет значение для профилактики сахарного диабета при наличии наследственной отягощенности?

1. профилактика острых инфекций
2. профилактика ожирения
3. исключение эмоциональных стрессов
4. предупреждение брака с диабетиками
5. ограничение потребления соли

3. Больная 45 лет, беспокоят постоянные головные боли, выраженная слабость, в последнее время полиурия, жажда, а также выраженная мышечная слабость. АД-170/130 мм.рт.ст.,  $K^+$  в плазме-3,0 (норма 4,2-6,8) ммоль/л,  $Ca^{++}$  - 150 ( норма 130-145) ммоль/л. Экскреция  $K^+$  с мочой повышена. Какой препарат показан?

1. каптоприл
2. гипотиазид
3. верошпирон
4. нифедипин
5. клофелин

4. Абсолютным показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете является:

1. инсулинзависимый сахарный диабет
2. диабетическая кома
3. оперативное вмешательство
4. беременность

Выберите

1. если верно только 1,2,4
2. если верно только 2,3
3. если верно только 1,4
4. если верно только 3
5. если верно все

5. Что способствует прогрессированию диабетической нефроангиопатии?

1. артериальная гипертония
2. ожирение
3. ретинопатия
4. неудовлетворительная компенсация углеводного обмена

Выберите

1. если верно только 1, 2, 4
2. если верно только 2,3
3. если верно только 1,4
4. если верно только 3
5. если верно все

6. У мужчины 34 лет периодически приступы судорог и мышечной слабости, парестезии, повышенная жажда и частое мочеиспускание. АД- 170/100 мм.рт.ст. Эти симптомы наиболее вероятно вызваны нарушением функции:

1. коры надпочечников
2. панкреас (островков Лангерганса)
3. гипофиза
4. мозгового вещества надпочечников
5. гипоталлямуса

7. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза феохромоцитомы у больного с пароксизмальной гипертензией?

1. проба с гистамином
2. проба с реджитином
3. определение экскреции катехоламинов
4. определение уровни 17-КС и 11-КС
5. УЗИ

8. Гипергликемию вызывают все медикаменты, кроме:

1. глюкокортикоиды
2. в-блокаторы
3. сульфаниламиды
4. тиазиды
5. фуросемид

9. Инсулин стимулирует следующие процессы, кроме:

1. транспорт глюкозы в клетку
2. липолиз
3. цикл Кребса
4. образование АТФ
5. образование гликогена

10. Какое утверждение не верно: тяжелым симптомом гиперкальциемии является -

1. потеря аппетита
2. мышечная слабость

3. депрессия
4. поносы
5. полиурия

11. Для надпочечниковой недостаточности характерны следующие изменения, кроме:

1. гиперкалиемия
2. гипернатриемия
3. гипогликемия
4. снижение уровня альдостерона в крови
5. снижение уровня кортизола в крови

12. Во всех случаях можно ожидать гипоинсулинемию, кроме:

1. хронический панкреатит
2. синдром Иценко-Кушинга
3. опухоль поджелудочной железы
4. гемохроматоз
5. амилоидоз

13. Какой гипофизарный фактор регулирует функцию щитовидной железы?

1. вазопрессин
2. АКТГ
3. меланоцитостимулирующий гормон
4. тиреотропный гормон
5. тироксин

14. Основной механизм действия мерказолила:

1. уменьшает захват йода щитовидной железой
2. уменьшает выработку ТТГ
3. уменьшает чувствительность к Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub>
4. блокирует превращение Т<sub>1</sub> и Т<sub>2</sub> в Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub>

15. Больной 68 лет поступил в коматозном состоянии, анамнез не известен. Резкое обезвоживание, АД- 90/45 мм.рт.ст., в моче - 5% сахара, следы ацетона. Вероятный диагноз?

1. диабетический кетоацидоз
2. молочно-кислая кома
3. гиперосмолярная кома
4. гипогликемия
5. церебральная кома

16. Что имеет значение для профилактики сахарного диабета при наличии наследственной отягощенности?

1. профилактика острых инфекций
2. исключение эмоциональных стрессов
3. предупреждение ожирения
4. ограничение углеводов
5. ограничение жиров

17. Какое положение в отношении лечения диабетической комы правильно?

1. бикарбонат натрия следует вводить с самого начала
2. для применения калия требуется его повторное определение в крови
3. начальное лечение должно включать не менее 100 ЕД инсулина
4. наиболее эффективно постоянное или дробное введение малых доз инсулина
5. при гипотензии используются глюкокортикоиды

18. Мужчине 58 лет, 170 см рост, 98 кг масса тела. При обследовании в моче повторно 2-3% сахара, ацетона нет, сахар крови натощак - 6,0 ммоль/л, диабетическая кривая при ГТТ. Начальная терапия :

1. протаминцинкинсулин в малых дозах
2. букарбан в малых дозах
3. только гипокалорийная диета для уменьшения массы тела
4. инсулин регулярно
5. инсулин раз в месяц

19. Девушка 17 лет, беспокоит выраженная общая слабость. При осмотре: кожные покровы цвета загара, гиперпигментация ладонных складок, похудание, АД - 80/50 мм. рт. ст., пульс - 90 уд/мин. Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, в течение года - олигоменорея, последние 2 месяца - менструаций нет. О каком заболевании можно думать?

1. гемохроматоз
2. беременность
3. болезнь Аддисона
4. анемия
5. вегетососудистая дистония по гипотоническому типу

20. Какое утверждение не верно: для диабетической нефропатии (гломерулосклероза) характерно-

1. развитие его почти у половины больных с сахарным диабетом I типа
2. появление его в типичных случаях через 4-5 лет после развития диабета I типа
3. важный ранний признак – микроальбуминурия



4. применение рентгеноконтрастных веществ потенциально нефротоксично
  5. почти всегда одновременно появляются изменения на глазном дне
21. Все рекомендации по диете для больного сахарным диабетом правильны, кроме:

1. калораж пищи для достижения и поддержания должной массы тела
2. ограничить потребление насыщенных жиров и холестерина
3. уменьшить потребление углеводов
4. избегать потребления сахара
5. физиологическое соотношение белков, жиров и углеводов

22. Какой признак не характерен для первичного гиперальдостеронизма?

1. артериальная гипертензия
2. мышечная слабость
3. гипонатриемия
4. гипокалиемия
5. полиурия

23. Больная 45 лет, беспокоят постоянные головные боли, выраженная слабость, в последнее время полиурия, жажда, выраженная мышечная слабость. АД - 170/130 мм рт. ст.  $K^+$  в плазме - 3,0 (норма 4,2-6,8) ммоль/л,  $Ca^{++}$  - 150 (норма 130-145) ммоль/л. Экскреция  $K^+$  с мочой повышена. Каков предположительный диагноз?

1. сахарный диабет II типа
2. феохромоцитома
3. несахарный диабет
4. альдостерома
5. болезнь Иценко-Кушинга

24. Повышенная продукция альдостерона ведет к одному из следующих состояний:

1. гипонатриемии
2. ацидозу
3. гипотензии
4. гиперкалиемии
5. снижению активности ренина плазмы

25. Средством выбора для терапии гипертонического криза при феохромоцитоме является:

1. нифедипин
2. клонидин
3. верапамил
4. фентоламин
5. дигидролазин

26. При диабетическом кетоацидозе наблюдаются все изменения, кроме одного:

1. уменьшение использования глюкозы тканями
2. повышенный катаболизм белков
3. уменьшение липолиза
4. осмотический диурез
5. гипокалиемия

27. Осложнения ожирения все перечисленные, кроме одного:

1. сахарный диабет
2. артериальная гипертензия
3. остеоартроз
4. язвенная болезнь
5. холелитиаз

28. При тиреотоксикозе наблюдаются все симптомы, кроме одного:

1. тахикардия, мерцательная аритмия
2. похудание
3. экзофтальм
4. прибавка в весе
5. субфебрильная температура

29. Метаболические эффекты инсулина проявляются в снижении:

1. активности гликолитического и пентозофосфатного циклов утилизации глюкозы
2. глюконеогенеза
3. образования ЛПОНП
4. синтеза белков
5. транспорта ионов калия в клетку

30. В механизме формирования общего адаптационного синдрома особое значение имеет:

1. секреция адреналина.
2. секреция глюкокортикоидов
3. состояние парасимпатической нервной системы
4. секреция альдостерон
5. состояние симпатико-адреналовой системы

31. Не способствуют гипергликемии при сахарном диабете:

1. глюкокортикостероиды
2. симпатомиметики

3. сердечные гликозиды
4. тиазидные диуретики
5. никотиновая кислота

32. Симптомами эндокринной офтальмопатии являются:

1. периорбитальная пигментация и отечность век
2. отечность век и двоение
3. двоение и сужение полей зрения
4. сужение полей зрения и периорбитальная пигментация
5. все перечисленные симптомы

33. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:

1. гипергликемия и гиперосмолярность
2. гиперосмолярность и лактоацидоз
3. лактоацидоз и гипернатриемия
4. гипернатриемия и кетоацидоз
5. кетоацидоз и гипергликемия

34. Гипоталамо- гипофизарная система реагирует по системе “обратной связи”:

1. на альдостерон
2. на кортизол
3. на АКТГ
4. на дегидроэпиандростерон
5. на прогестерон

35. Какой из перечисленных признаков не характерен для хронической надпочечниковой недостаточности?

1. брадикардия
2. полиурия
3. снижение веса
4. гипергликемия
5. гипотония

36. Соматотропный гормон проявляет свое действие при достаточном содержании в организме:

1. глюкокортикостероидов
2. соматомединов
3. соматолиберина
4. пролактина

5. соматостатина

37. Причина гиперкальциемии:

1. уменьшение секреции паратгормона
2. гипотиреоз
3. побочная реакция кортикостероидной терапии
4. повышенная резорбция кальция из костей
5. дефицит эргокальциферола (витамина D)

38. Для синдрома Штейна-Левенталя наиболее характерным симптомом является:

1. нарушение менструального цикла
2. маточные кровотечения
3. бесплодие
4. гирсутизм
5. ожирение

39. Основные факторы патогенеза сахарного диабета I типа:

1. инсулинорезистентность и деструкция в-клеток
2. деструкция в-клеток и инсулиновая недостаточность
3. инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
4. повышение контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
5. повышенное содержание инсулина

40. Причиной развития сахарного диабета при болезни Иценко-Кушинга является:

1. усиление глюконеогенеза
2. инактивация инсулина
3. первичная деструкция в-клеток поджелудочной железы
4. нарушение чувствительности тканей к инсулину
5. ожирение

41. Секреция альдостерона усиливается под влиянием:

1. ангиотензина I
2. ренина
3. дезоксикортикостерона
4. ангиотензина II
5. прогестерона

42. Укажите начальный признак диабетической ретинопатии:

1. снижение зрения

2. пролиферативные изменения сетчатки
3. образование аневризм сосудов сетчатки
4. новообразование сосудов сетчатки
5. наличие кровоизлияний

43. Какое наиболее частое осложнение лечения диффузно-токсического зоба радиоактивным йодом?

1. лейкоз
2. гипотиреоз
3. подострый тиреоидит
4. тиреотоксический криз
5. рак щитовидной железы

44. Наиболее информативным тестом для диагностики первичного гипотиреоза является:

1. определение в крови тиреотропного гормона
2. определение в крови антител к тиреоглобулину
3. УЗИ
4. сканирование щитовидной железы
5. определение в крови свободного тироксина

45. Какие препараты могут изменять действие тиреоидных гормонов?

1. содержащие йод
2. в-блокаторы
3. сердечные гликозиды
4. мерказолил
5. мочегонные

46. При длительном введении преднизолона гипергликемия начинает развиваться в результате:

1. деструкция в-клеток поджелудочной железы
2. снижения утилизации глюкозы тканями
3. повышенной всасываемость глюкозы в желудочно-кишечном тракте
4. усиления глюконеогенеза
5. торможения секреции инсулина

47. Для первичного гиперальдостеронизма характерно:

1. потеря натрия
2. гипотензия
3. ацидоз
4. задержка калия

5. подавления активности ренина плазмы

48. Для аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. увеличение шейных лимфатических узлов
2. болезненность при пальпации щитовидной железы
3. повышение титра антител к тиреоглобулину
4. ускоренное СОЭ
5. повышение температуры

49. Для синдрома Клайнфельтера характерны симптомы:

1. нарушение развития наружных гениталий и гинекомастия
2. гинекомастия и диспропорция скелета
3. диспропорция скелета и отсутствие роста волос на лице
4. отсутствие роста волос на лице и азооспермия
5. азооспермия и нарушение развития наружных гениталий

50. Тиреокальцитонин применяется для лечения:

1. аутоиммунного тиреоидита
2. гипотиреоза
3. ожирения
4. остеопороза
5. нетоксического зоба

51. При острой надпочечниковой недостаточности необходимо вводить:

1. раствор хлорида натрия
2. витамины группы В
3. гидрокортизон
4. норадреналин
5. аскорбиновую кислоту

52. Основным методом диагностики структурных нарушений щитовидной железы является:

1. определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой
2. термография
3. сканирование щитовидной железы
4. ультразвуковое исследование
5. определение тиреоидных гормонов в крови

53. Анаболические препараты являются производными:

1. глюкокортикостероидов
2. эстрогенов
3. минералокортикостероидов
4. андрогенов
5. прогестинов

54. Причиной повышения артериального давления при тотальном гиперкортицизме является:

1. повышение выработки катехоламинов
2. задержка в организме натрия и увеличение объема циркулирующей крови
3. усиление сосудистого тонуса
4. сужение почечных артерий
5. наличие аденомы гипофиза

55. Для диагностики рака щитовидной железы необходимо провести:

1. сканирование щитовидной железы
2. ультразвуковое исследование щитовидной железы
3. пункционную биопсию
4. определение антител к тиреоглобулину
5. определение в крови тиреоидных гормонов

56. При подостром тиреоидите рекомендуется назначать:

1. антибиотики
2. антибиотики с глюкокортикоидами
3. глюкокортикостероиды
4. мерказолил и глюкокортикоиды
5. мерказолил и тиреоидные гормоны

57. Несахарный диабет развивается в результате:

1. понижения секреции антидиуретического гормона
2. нарушения углеводного обмена
3. повышения секреции антидиуретического гормона
4. повышения экскреции натрия с мочой
5. понижения секреции альдостерона

58. Главная причина артериальной гипертензии при болезни Иценко-Кушинга:

1. активация симпато-адреналовой системы
2. развитие вторичного гиперальдостеронизма
3. задержка в организме натрия
4. нарушение обмена кальция

5. повышенное выделение с мочой калия

59. Для характеристики функции щитовидной железы наиболее информативно:

1. сканирование щитовидной железы
2. определение в крови Т3, Т4, ТТГ
3. лимфография
4. определение в крови антител к тиреоглобулину
5. ультразвуковое исследование щитовидной железы

60. Большая дексаметазоновая проба используется для диагностики:

1. гиперкортицизма
2. болезни Иценко-Кушинга
3. аденома гипофиза
4. глюкокортикостеромы
5. альдостеромы

61. При диабетическом кетоацидозе имеются все перечисленные признаки, кроме:

1. гипергликемии
2. снижения утилизации глюкозы
3. повышения катаболизма белков
4. снижения липолиза
5. осмоллярного диуреза

62. Артериальная гипертензия не является характерным симптомом:

1. кортикостеромы
2. гиперкортицизма
3. болезни Иценко-Кушинга
4. феохромоцитомы
5. альдостеромы

63. Основным провоцирующим фактором развития диабетической кетоацидотической комы при сахарном диабете I типа являются:

1. потеря организмом жидкости
2. оперативное вмешательство
3. беременность
4. неадекватная инсулинотерапия
5. сопутствующая патология (инфаркт миокарда, пневмония, пиелонефрит)

64. Первым этапом биосинтеза тиреоидных гормонов является:



1. дейродинация
2. превращение йодидов в молекулярный йод
3. захват йода щитовидной железой
4. йодирование тирозина
5. резорбция тиреоглобулина

65. Какой симптом характерен у больного с подозрением на острую надпочечниковую недостаточность?

1. метеоризм
2. рвота
3. понос
4. тахикардия
5. падение артериального давления

66. При резистентности к сульфаниламидным препаратам больным сахарным диабетом со сниженным весом следует назначить:

1. расширенную диету и бигуаниды
2. сульфаниламидные препараты в сочетании с бигуанидами
3. инсулинотерапия
4. малокалорийную диету и бигуаниды
5. расширенную диету и бигуаниды

67. При тяжелом гипотиреозе у больных со стенокардией напряжения необходимо:

1. отказаться от лечения гипотиреоза
2. назначить препараты йода в комбинации с тиреоидными препаратами
3. начать лечение малыми дозами тиреоидных препаратов
4. назначить большие дозы тиреоидных препаратов в комбинации с кардиальной терапией
5. начать лечение большими дозами тиреоидных препаратов в комбинации с в-блокаторами

68. Первичное развитие остеопороза у больных с болезнью Иценко-Кушинга связано:

1. с нарушением белковой матрицы кости
2. с нарушением функции паращитовидных желез
3. с нарушением секреции минералокортикостероидов
4. с повышением экскреции кальция с мочой
5. с нарушением всасывания кальция в ЖКТ

69. Какой из перечисленных признаков позволяет дифференцировать аутоиммунный тиреоидит от диффузно-токсического зоба?

1. увеличение щитовидной железы
2. низкое содержание ТТГ в крови
3. низкое поглощение радиоактивного йода
4. болезненность при пальпации щитовидной железы
5. повышенный уровень Т4 в крови

70. Для гиперпаратиреоза характерно:

1. снижение содержания калия
2. повышение содержания кальция
3. снижение в крови паратгормона
4. повышение содержания натрия
5. снижение содержания кальция

71. Для подострого тиреоидита не характерно:

1. повышение температуры
2. ускоренное СОЭ
3. выраженный болевой синдром
4. повышение захвата йода щитовидной железой
5. лейкоцитоз

72. При прогрессирующей эндокринной офтальмопатии необходимо назначить:

1. мерказолил
2. препараты йода
3. глюкокортикостероиды
4. тиреоидные гормоны
5. в-блокаторы

73. Показанием к инсулинотерапии при сахарном диабете II типа являются:

1. снижение массы тела
2. боли в области сердца
3. обострение язвенной болезни желудка
4. анемия
5. снижение аппетита

74. При гипоталамическом ожирении определяющим фактором прибавки массы тела является:

1. снижение секреции соматотропного гормона
2. повышение секреции глюкагона
3. снижение секреции пролактина
4. повышение секреции инсулина

5. нарушение толерантности к глюкозе

75. Для дифференциальной диагностики почечного несахарного диабета от несахарного диабета центрального генеза необходимо:

1. назначение минералокортикоидов
2. ограничение приема жидкости
3. назначение адиуретина
4. проведение водной нагрузки
5. обследовать функции почек

76. Критерием тяжелой формы сахарного диабета является:

1. уровень гликемии
2. определение массы тела больного
3. выраженность симптомов дегидратации тканей
4. использование сахароснижающей терапии
5. наличие и выраженность осложнений

77. При длительном некомпенсированном первичном гипотиреозе в крови повышается уровень:

1. СТГ
2. пролактина
3. инсулина
4. АКТГ
5. Кортизола

78. На прием к врачу общей практики обратилась пациентка 34 лет с жалобами на головные боли, раздражительность, жажду. В анамнезе бесплодие. Объективно: индекс массы тела 30, гипертрихоз, стрии на животе и спине, АД 164/98 мм рт.ст.

Битемпоральная гемианопсия. Глюкоза в плазме 7,8 ммоль/л. Ваше предположение о:

1. Синдроме Штейна-Левенталя
2. Сахарном диабете
3. Аденома гипофиза
4. Гипертонической болезни II стадии
5. Ожирении 11-й степени с осложнениями

79. У пациентки 75 лет - нарастающая слабость, неадекватное поведение (считает, что соседи воруют у нее вещи). Похудела за год на 15кг, перестала выходить из дому, страдает одышкой. Категорически отказывается лечиться. В анамнезе - страдала артериальной гипертензией (до 200 мм рт. ст.) Носила одежду 56-го размера, сейчас 46-го. В момент осмотра: отеки голеней и стоп. Тurgор тканей снижен, кожа влажная. В легких - коробочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах небольшое количество

влажных хрипов. АД 140/80 мм рт. ст., Тоны сердца звучные, мерцательная аритмия, пульс аритмичный, дефицит - 24 в 1 мин. Печень - на 3 см ниже края реберной дуги. На ЭКГ - тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Признаки гипертрофии левого желудочка. Пальпируется увеличенная щитовидная железа мягко-эластической консистенции. У больной:

1. Атеросклероз сосудов головного мозга, старческая деменция
2. Гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность
3. Рак кишечника
4. Тиреотоксикоз
5. ИБС, фибрилляция предсердий НК-2Б

80. Пациентка 64 лет жалуется на головокружение, слабость, дрожь в руках, мелькание мушек перед глазами. Страдает сахарным диабетом II типа, принимает глибенкламид (манинил). На дому вы экспресс-методом определили уровень сахара крови 3,1 ммоль/л и узнали, что за два дня до возникновения жалоб она начала принимать «американский аспирин» от болей в коленном суставе. Ваши рекомендации будут включать:

1. Более строгое соблюдение диеты
2. Снижение дозы глибенкламида (на период лечения артрита)
3. Увеличение дозы аспирина
4. Добавление к диете картофеля или макаронных изделий раз в сутки
6. Консультация ревматолога

81. У 33-летней женщины, перенесшей тиреоидэктомию по поводу папиллярной карциномы щитовидной железы, возникает спазм кисти при измерении АД и наблюдается спазм лицевой мускулатуры при постукивании в зоне иннервации лицевого нерва. Наиболее вероятно у пациентки:

	Уровень Са в сыворотке крови	Уровень Р в сыворотке крови	Уровень паратгормона в сыворотке крови
1	Повышен	Снижен	Повышен
2	Повышен	Снижен	Снижен
3	Снижен	Повышен	Снижен
4	Снижен	Снижен	Повышен
5	Снижен	Повышен	Повышен

82. 42-летняя женщина с ожирением, обратилась к врачу по поводу повышенного АД и нерегулярного менструального цикла. При объективном осмотре - полное, плеторическое лицо, повышенное оволосение лица, туловищное ожирение с красными стриями вокруг живота, рассеянные по всему телу экхимозы. НЬ - 180 г/л, лейкоциты - 18410 в 9 ст/л. Абсолютный нейтрофильный лейкоцитоз и абсолютная лимфопения, эозинофилия. Рентгенограмма грудной клетки в норме. Выберите скрининговый тест для пациентки:

1. Внутривенная урография
2. Измерение уровня кортизола в сыворотке крови в 8.00 и в 16.00
3. Тест супрессии с клофелином
4. Аспирация и биопсия костного мозга
5. Низкодозовый тест супрессии с дексаметазоном

83. 45-летняя женщина обратилась к семейному доктору по поводу диффузно-увеличенной безболезненной щитовидной железы и общей слабости. Объективно: брадикардия, одутловатость лица и век, грубая сухая кожа и снижение ахилловых рефлексов. Из приведенных ниже гормональных исследований наиболее коррелируют с данным клиническим случаем:

	Уровень Т4 в сыворотке	Захват Т3 свободного Т4	Уровень ТТГ	Уровень крови
1	Повышен	Понижен	Нормальный	Нормальный
2	Повышен	Повышен	Повышен	Низкий
3	Понижен	Повышен	Нормальный	Нормальный
4	Понижен	Понижен	Понижен	Повышен
5	Понижен	Понижен	Понижен	Понижен

84. У 35-летней женщины - артериальная гипертензия, мышечная слабость, полиурия и парестезии с тетаническими проявлениями. Периферических отеков нет. Суточный анализ мочи - повышенная потеря калия и нормальный уровень свободного кортизола. Компьютерная томография надпочечников - локализованное инкапсулированное

образование в левом надпочечнике. Наиболее вероятные лабораторные данные у этой пациентки:

	Уровень альдостерона в сыворотке крови	Активность Ренина в плазме крови	Уровень калия в сыворотке крови	Уровень бикарбоната в сыворотке крови
1	Повышен	Повышен	Понижен	Повышен
2	Нормальный	Понижен	Понижен	Повышен
3	Повышен	Понижен	Понижен	Повышен
4	Понижен	Понижен	Повышен	Понижен
5	Повышен	Повышен	Повышен	Повышен

85. 35-летняя женщина на 34-й неделе беременности по поводу кровотечения, обусловленного вросшей плацентой, перенесла кесарево сечение и гистерэктомию. Внутривенно капельно введена эритроцитарная масса. В течение 30 мин сохранялась артериальная гипотензия. Выберите гормон, выработка которого, вероятно, может пострадать в дальнейшем:

1. Адrenокортикотропный гормон (АКТГ)
2. Пролактин
3. Тиреотропный гормон (ТТГ)
4. Фоликулостимулирующий гормон (ФСГ)
5. Антидиуретический гормон

86. Больной 65 лет. Рост 160 см, масса тела 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы в крови натощак - 6,2 ммоль/л. Выберите тактику ведения данного пациента:

1. Пациент здоров, нет необходимости в дальнейших исследованиях и лечении
2. У больного сахарный диабет, необходимо соблюдение диеты и контроль уровня глюкозы в крови в динамике
1. Для решения дальнейшей тактики ведения пациента необходимо проведение перорального глюкозотолерантного теста
2. У пациента гипогликемия, необходимо тщательно собрать анамнез

3. Необходимо определить уровень глюкозы в моче

87. Женщина 43 лет жалуется на запоры, не бывает самостоятельного стула. Зябкость конечностей, утомляемость, стали выпадать волосы. При осмотре - сухость кожи, слизистых оболочек. Глухие тоны сердца. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, плотная, заполненная каловыми массами сигмовидная кишка. Выберите наиболее информативный диагностический тест для данной больной:

1. Фиброгастроскопия
2. Определение гормонов щитовидной железы и ТТГ, антител к щитовидной железе
3. Фиброколоноскопия
4. Копрограмма
5. УЗИ брюшной полости

88. Мужчина 45 лет обратился к врачу с жалобами на частый жидкий стул в большом объеме, сильную слабость, жажду. Чувствует себя плохо с утра. Вчера вечером ушел с работы раньше из-за сильной слабости. Беспокоит также мучительное желание съесть соленого. При осмотре обращает на себя внимание замедленная речь, сухость кожи, АД 90/50 мм рт. ст. Кожа бледная, но в складках производит впечатление яркого загара. В анамнезе - туберкулез легких, состоял на учете в тубдиспансере несколько лет, форму заболевания не знает. Предположительный диагноз:

1. Острый гастроэнтерит
2. Болезнь Аддисона
3. Туберкулезный илеотифлит
4. Холера
5. Синдром раздраженной кишки

89. Больная 76 лет, поступила в больницу с диагнозом «ишемическая болезнь сердца», пароксизм фибрилляции предсердий. Болеет около 1,5 лет, когда впервые появились пароксизмы мерцательной аритмии, возобновляющиеся до 15-20 раз в сутки.

Пониженного питания, суетлива, эмоционально лабильна, кожа влажная, блеск глаз, плаксива, раздражительна. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца расширена влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, аритмичны, легкий систолический шум на верхушке. АД 150/ 70 мм рт. ст., ЧСС 126 в 1 мин, аритмичен. Живот безболезненный, печень у реберной дуги. При УЗИ щитовидной железы отмечено ее диффузное

увеличение. Лабораторные данные без особенностей, умеренная гипергликемия. Ваш диагноз:

1. Инфаркт миокарда
2. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз
3. Дистрофия миокарда с частыми пароксизмальными нарушениями ритма на фоне впервые выявленного тиреотоксикоза в почтенном возрасте
4. Миокардит
5. Кальциноз кольца митрального клапана

90. К факторам, способствующим развитию диабетического кетоацидоза, относятся:

- 1) инфекция
- 2) нарушение режима питания
- 3) эмоциональные нагрузки
- 4) прекращение введения инсулина

91. Развернутая клиника диабетического кетоацидоза может развиваться:

- 1) практически молниеносно
- 2) за 30-60 мин
- 3) в течение 24-48 час

92. Для развернутой клиники диабетического кетоацидоза характерны симптомы:

- 1) дыхания Куссмауля
- 2) выраженная потливость
- 3) боли в животе
- 4) высокие цифры АД

93. Больной с диабетическим кетоацидозом предъявлять жалобы:

- 1) боли в животе



- 2) жажда
- 3) тошнота, повторная рвота
- 4) одышка

94. Укажите преимущества лечения диабетического кетоацидоза малыми дозами инсулина (5-10ЕД/час):

- 1) сокращения периода кетоацидоза
- 2) уменьшение риска гипогликемии
- 3) уменьшение общей дозы инсулина
- 4) снижение риска гипокалиемии

95. Показанием к введению бикарбоната натрия при диабетическом кетоацидозе является:

- 1) снижение рН крови до 7.3
- 2) гипокалиемия
- 3) дыхания Куссмауля
- 4) резкая дегидратация

96. Лабораторные признаки кетоацидоза включают:

- 1) анемия
- 2) гипергликемию
- 3) ацетонурию
- 4) снижение рН

97. У больного с сахарным диабетом гипогликемическая кома может развиваться вследствие:

- 1) приема алкоголя
- 2) чрезмерной физической нагрузки
- 3) приема гипотиазида

98. У больного с сахарным диабетом встречаются:

- 1) кожный кандидоз
- 2) липоидный некробиоз
- 3) витилиго
- 4) красный плоский лишай
- 5) ксантелазмы

99. Диагноз гестационного сахарного диабета правилен:

- 1) если сахарный диабет имел место только во время беременности
- 2) если во время беременности выявлено глюкозурия
- 3) если во время беременности течение длительно текущего диабета ухудшилось
- 4) если длительно существующий диабет был выявлен во время беременности

100. Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента:

- 1) жажды и полиурии
- 2) упорного фурункулеза
- 3) дислипидемии
- 4) уровня глюкозы крови натощак более 10ммоль/л
- 5) ожирения

101. Ухудшение течения сахарного диабета не вызывают:

- 1) аспирин
- 2) дексаметазон
- 3) каптоприл
- 4) тиазидовые диуретики
- 5) пероральные контрацептивы

102. У больного, длительно страдающего СД, главной причиной нарушения зрения является:

- 1) глаукома
- 2) катаракта
- 3) пролиферирующая ретинопатия
- 4) атрофия зрительных нервов
- 5) автономная нейропатия

103. Относительно СД I типа справедливо:

- 1) диабет требует постоянного лечения инсулином
- 2) диабет чаще возникает в молодом возрасте
- 3) течение диабета сопровождается склонностью кетоацидозу
- 4) диабет обычно возникает на фоне ожирения
- 5) диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы

104. При обращении больного СД с жалобами на анорексию, тошноту, боли в животе следует:

- 1) рекомендовать голодание
- 2) заподозрить диабетический кетоацидоз
- 3) рекомендовать прием антацидов и дальнейшее врачебное наблюдение

105. Гипогликемия у больного с СД может быть вызвана:

- 1) введением неадекватно большой дозы инсулина
- 2) приемом алкоголя
- 3) приемом сульфонилмочевинных препаратов
- 4) приемом бигуанидов

106. Диабетическая автономная нейропатия проявляется всеми клиническими симптомами, за исключением:

- 1) артериальной гипертензии
- 2) импотенции
- 3) задержки мочи
- 4) исчезновения предвестников гипогликемии

5) ортостатической гипотонии

107. При диабетическом кетоацидозе выявляются все перечисленные нарушения, за исключением:

- 1) снижение периферической утилизации глюкозы
- 2) повышение протеолиза
- 3) снижение липолиза
- 4) увеличения диуреза
- 5) увеличения дефицита буферных оснований

108. Больная 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на потерю чувствительности в ногах по типу "чулок", снижение зрения. Из анамнеза - в течении 20 лет страдает СД. Необходимо:

- 1) направить на консультацию к нейрохирургу
- 2) увеличить дозу сахароснижающих препаратов и назначить повторный осмотр через месяц
- 3) провести ангиографию нижних конечностей, поскольку имеющиеся жалобы скорее всего обусловлены атеросклеротическим поражением сосудов
- 4) расценить имеющиеся клинические проявления как возможным осложнением СД

109. Больной 30 лет, страдающий СД I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

- 1) снять ЭКГ
- 2) ввести 5%-раствор глюкозы
- 3) ввести инсулин(10-20 ЕД)
- 4) исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови
- 5) ввести 20мл 40% раствора глюкозы

110. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилось. Вероятно, у больной:

- 1) психогенная полидипсия
- 2) несахарный диабет

3) СД

4) хронический пиелонефрит

111. Для диагноза подострого тиреоидита характерно наличие всех перечисленных симптомов, за исключением:

1) повышение температуры тела

2) ускорение СОЭ

3) снижение захвата  $^{131}\text{I}$  щитовидной железы

4) повышение захвата  $^{131}\text{I}$  щитовидной железы

5) болезненность при пальпации щитовидной железы

112. У больных с тиреоидитом Хашимото существует риск развития:

1) пернициозной анемии

2) СКВ

3) идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении

4) синдрома Сьегрена

113. У 30 летнего мужчины внезапно появилось боль в области шеи. В течение 2 недель отмечалось повышение температуры и недомогание. При объективном осмотре - болезненность при пальпации щитовидной железы. Вероятно, что у больного:

1) болезнь Грейфса

2) болезнь де Кервена

3) болезнь Пюммера

4) тиреотоксический криз

5) рак щитовидной железы

114. Тиреотоксический синдром может встречаться:

1) при диффузном токсическом зобе

2) при зобе Хашимото

3) при подостром тиреоидите

4) при первичной атрофии щитовидной железы

5) при ТТГ-секретирующей опухоли гипофиза

115. Сцинтиграфия служит основным способом выявления:

- 1) подострого тиреоидита
- 2) зоба Хашимото
- 3) диффузного токсического зоба
- 4) рака щитовидной железы
- 5) токсической аденомы щитовидной железы

116. Характерными клиническими проявлениями тиреотоксикоза являются:

- 1) снижение массы тела
- 2) повышенная раздражительность
- 3) сонливость
- 4) запоры
- 5) стойкая тахикардия

117. Все перечисленные утверждения в отношении тиреотоксического криза являются верными за исключением:

- 1) хирургическое вмешательство и инфекции могут спровоцировать тиреотоксический криз
- 2) развитие криза связано с внезапным резким подъемом уровня тиреоидных гормонов в крови
- 3) при тиреотоксическом кризе эффективно назначение радиоактивного йода
- 4) в лечении криза целесообразно использование В-адреноблокаторов
- 5) в терапии криза целесообразно применение препаратов неорганического йода

118. Характерным осложнением применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является:

- 1) гипокалиемия
- 2) повышения уровня креатинина и мочевины в крови
- 3) снижения числа нейтрофилов и развития агранулоцитоза
- 4) гипергликемия

5) гипокальциемия

119. Показанием проведения пробы с Т-3 является:

- 1) подозрение на ДТЗ
- 2) дифференциальная диагностика гипотиреоза
- 3) решение вопроса об отмене лечения у больного с токсической аденомой

120. В лечении прогрессирующей инфильтративной офтальмопатии наиболее эффективным являются:

- 1) большие дозы преднизолона
- 2) мерказолил
- 3) радиоактивный йод
- 4) субтотальная струмэктомия

121. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:

- 1) сцинтиграфия щитовидной железы
- 2) данные пальпаторного исследования
- 3) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- 4) КТ-щитовидной железы
- 5) тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

122. У 40-летней женщины выявлен узел левой доли щитовидной железы с диаметром 3 см. В детстве больная получала лучевую терапию по поводу лимфаденита. При биопсии узла обнаружены атипичные клетки. Ваша тактика:

- 1) назначение тиреоидных гормонов
- 2) оперативное вмешательство в связи с подозрением на рак
- 3) назначение преднизолона
- 4) облучение щитовидной железы

123. Относительно первичного гипотиреоза справедливо:

- 1) часто бывают следствием лечения больных ДТЗ радиоактивным йодом

- 2) нередко развивается у больных с зобом Хашимото
- 3) при его лечении необходимо использовать препараты неорганического йода
- 4) часто сопровождается развитием анемии
- 5) требует постоянной заместительной терапии тиреоидными гормонами

124. Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость запоры. При объективном исследовании обнаружены увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно:

- 1) проведение сцинтиграфии щитовидной железы
- 2) определения уровня ТТГ
- 3) определения уровня Са<sup>++</sup> в крови
- 4) определение Т3
- 5) определение Т4

125. У подростка обнаружено увеличение щитовидной железы. Сходные заболевания имеют несколько членов семьи. Оптимальной тактикой в отношении данного больного является:

- 1) хирургическое лечение зоба
- 2) терапия тиреоидными гормонами
- 3) терапия мерказолилом

126. 30-летняя женщина обнаружена в коматозном состоянии с выраженной гипотонией. 2 года назад больная получала курс лучевой терапии по поводу пролактиномы. До последнего времени получала тироксин в возрастающей дозе по поводу гипотиреоза. В этой ситуации в первую очередь необходимо:

- 1) ввести гидрокортизон
- 2) ввести норадренолин
- 3) ввести тиреотропный гормон

127. Клиническими признаками гиперпаратиреоза является:

- 1) фиброзно-кистозный остеоит
- 2) гиперкальциурия
- 3) гипофосфатемия



4) нефролитолиз

128. При подозрении на синдром Иценко-Кушинга необходимы первоочередные мероприятия:

- 1) глюкозотолерантный тест
- 2) определение уровня кортизола в крови
- 3) исследовании суточной экскреции 17-ОКС и 17-КС
- 4) компьютерная томография надпочечников
- 5) тест с дексаметозоном

129. Диагностическими критериями болезни Иценко-Кушинга являются:

- 1) низкий уровень АКТГ
- 2) снижение экскреции 17-ОКС в пробе с 2 мг дексаметазона
- 3) отсутствие циркадного ритма кортизола
- 4) отсутствие снижения экскреции 17-ОКС в пробе с 2 и 8 мг дексаметазона
- 5) высокий уровень АКТГ

130. Для синдрома Иценко-Кушинга характерно:

- 1) остеопороз
- 2) прогрессирующее похудение
- 3) артериальная гипертензия
- 4) мышечная слабость и атрофия мышц
- 5) гипергликемия

131. В лечении болезни Иценко-Кушинга используются:

- 1) аминоглутетимид
- 2) преднизолон
- 3) бромкриптин
- 4) ципрогептадин
- 5) ДОКСА

132. Секреция альдостерона:

- 2) стимулируется низким потреблением натрия
- 3) снижается при стенозе почечной артерии
- 4) повышается при назначении каптоприла

133. Для первичного гиперальдостеронизма характерно:

- 1) гипонатриемия
- 2) метаболический ацидоз
- 3) повышение АД
- 4) гиперкалиемия.

134. При подозрении на болезнь Аддисона первоочередными исследованиями являются:

- 1) проба с леводопой
- 2) инсулинотолерантный тест
- 3) тест с АКТГ
- 4) тест с тиролиберином

135. При наличии у больного слабости, пигментации кожных покровов и слизистых, гипотонии, тошноты, рвоты в первую очередь следует подумать:

- 1) о циррозе печени
- 2) о болезни Аддисона
- 3) о вторичном гипотериозе
- 4) о гемохроматозе

136. 40-летняя женщина жалуется на аменорею, усиленное оволосение на лице, груди. Пальпируется округлое образование в левом верхнем квадранте живота. Обнаружена гипертрофия клитора. Вероятно, что у больной:

- 1) гипернефрома
- 2) карцинома надпочечника
- 3) карцинома яичника
- 4) поликистоз яичников

5) опухоль кишечника

137. Для диэнцефального ожирения характерно:

- 1) неравномерное распределение подкожно-жирового слоя
- 2) равномерное распределение подкожно-жирового слоя
- 3) артериальная гипертензия
- 4) гипотония
- 5) нарушение полового созревания

138. Для детей, страдающих ожирением, характерно:

- 1) гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, гиперинсулинемия
- 2) гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, гипоинсулинемия

139. У больного с диабетическим гломерулосклерозом и прогрессирующей ХПН появились гипогликемические состояния на фоне введения обычных для больного доз инсулина. Какой из перечисленных механизмов является ведущим в развитии гипогликемии.

- 1) замедление процессов глюконеогенеза
- 2) уменьшение связывания инсулина белками плазмы
- 3) увеличение продолжительности циркуляции в крови инсулина вследствие развивающейся ХПН