федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«ТВЕРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра внутренних болезней**

**СБОРНИК ЗАДАНИЙ В** **ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ**

**для промежуточной аттестации в форме экзамена**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

Методическое пособие для студентов 4 курса,

обучающихся по программе высшего образования по специальности «Стоматология» (31.05.03)

**ТВЕРЬ 2018**

УДК

**СОСТАВИТЕЛИ:**

**Л.Е.Смирнова –** д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

**Д.В.Алексеев** – к.м.н.,доцент кафедры внутренних болезней

**Ю.Л.Вороная** – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

**С.В.Школовой** – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

**Под редакцией** зав. кафедрой внутренних болезней, д.м.н., профессора Л.Е. Смирновой

**Рецензенты:**

к.м.н.,доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Т.О.Николаева

Главный врач ГБУЗ 6 городская больница (г.Тверь) М.В.Жукова

Учебно-методическое пособие утверждено на ЦКМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, протокол №

Сборник заданий в тестовой форме для промежуточной аттестации в форме экзамена по дисциплине «внутренние болезни»:методическоепособие для студентов 4 курса, обучающихся по специальности«Стоматология» / Составители: Л.Е.Смирнова, Д.В. Алексеев, Ю.Л. Вороная, С.В. Школовой; под ред.Л.Е. Смирновой. – Тверь, 2018. – 44 с.

**Методическое пособие** предназначено для самоподготовки студентов 4 курса, обучающихся по специальности«Стоматология», к 1 этапу промежуточной аттестации по дисциплине « внутренние болезни».

Задания в тестовой форме составлены по материалам учебника, рекомендованного УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию в качестве учебника для студентов, обучающихся по специальности «Стоматология»:

* Внутренние болезни: учебник / Р. И. Стрюк, И. В. Маев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 496 с.

В настоящее пособие вошли также вопросы, освещаемые на лекционном курсе кафедры внутренних болезней

К каждому вопросу предложены 5 вариантов ответов, из которых один – правильный (выделен жирным шрифтом).

1. Фибрилляция предсердий – это

1) частые внеочередные сокращения желудочков

2) ритм сокращений предсердий с частотой менее 60 в одну минуту

3) синусовая тахикардия с высокой частотой сердечных сокращений

4) электрокардиографический синдром периодического выпадения зубцов "Р"

**5) беспорядочное, некоординированное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий**

1. Отрицательным хронотропным действием обладают

1) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

2) дигидропиридиновые антагонисты кальция

**3) бета-адреноблокаторы**

4) антибиотики

5) статины

1. Противопоказанием для применения бета-адреноблокаторов является

1)экстрасистолия

**2) бронхиальная астма**

3) симпатоадреналовый криз

4) тахисистолическая форма фибрилляции предсердий

5) хроническая сердечная недостаточность в стадии компенсации

1. модифицируемым фактором риска атеросклероза является

1) пол

2) возраст

3) наследственность

**4) нарушение липидного обмена**

5) употребление в пищу более 400 г. овощей и фруктов в сутки

1. Введение сердечных гликозидов в ранние сроки инфаркта миокарда противопоказано ввиду

1) возможного прогрессирование сердечной недостаточности

**2) провокации опасных аритмий, разрывов миокарда**

3) риска развитие острой почечной недостаточности

4) возможного усугубления болевого синдрома

5) провокации аллергических реакций

1. Для гипертонической болезни II стадии характерны

**1) гипертрофия левого желудочка**

2) гипертрофия правого желудочка

3) истончение межжелудочковой перегородки

4) недостаточность трикуспидального клапана

5) появление вегетаций на створках аортального клапана

1. при инфекционном эндокардите наиболее часто поражаются

**1) клапаны сердца**

2) миокард и эпикард

3) эндокард предсердий

4) эндокард желудочков

5) эндокард, покрывающий сосочковые мышцы

1. В основе поражения миокарда при инфекционном эндокардите лежит

1) респираторный ацидоз

2) гормональный дисбаланс

3) электролитный дисбаланс

4) проникновение инфекции в миокард

**5) иммунный васкулит мелких сосудов**

1. для купирования гипертонического криза используются

1) антибиотики

2) антиагреганты

3) антикоагулянты

**4) бета-адреноблокаторы короткого действия**

5) нестероидные противовоспалительные препараты

1. для купирования гипертонического криза используются

1) гепарин

2) варфарин

**3) фуросемид**

4) преднизолон

5) ацетилсалициловая кислота

1. Наиболее информативный метод диагностики острого инфаркта миокарда

1) рентгенография

2) эхокардиография

**3) тропониновый тест**

4) электрокардиография

5)клинический анализ крови

1. Электрокардиографические отведения, в которых наблюдается элевация сегмента ST при задне-нижней локализации инфаркта миокарда

1) V1-V3

2) V5-V6

3)V3R-V6R

**4) II, III, aVF**

5) I, aVL, V1-V6

1. При стабильной стенокардии III функционального класса

1) болевойприступ возникает при спортивных нагрузках

2) болевойприступ возникает во время сна в ранние утренние часы

3) болевой приступ возникает в покое и при минимальной физической нагрузке

4) болевой приступ возникает при ходьбе на дистанцию более 200 м и при подъёме более чем на 2 этажа

**5) болевой приступ возникает при ходьбе менее чем на 200 м и при подъёме менее чем на 2 этажа**

1. II стандартное отведение регистрируется при следующем попарном подключении электродов

1) левая рука (+) - левая нога (-)

2) левая рука (-) - левая нога (+)

3) левая рука (+) - правая нога (-)

4) левая рука (+) - правая рука (-)

**5) левая нога** (+) **- правая рука (-)**

1. электрокардиографический признак желудочковой экстрасистолы

1) преждевременное внеочередное появление на ЭКГ неизмененного желудочкового комплекса QRS, похожего по форме на комплексы QRS синусового происхождения

**2) преждевременное внеочередное появление на ЭКГ измененного расширенного и деформированного желудочкового комплекса QRS**

3) наличие после экстрасистолы неполной компенсаторной паузы

4) наличие перед экстрасистолой зубца Р

5) характерных признаков нет

1. электрокардиографическиЕ признакИ атриовентрикулярной блокады 1-й степени

1) интервал PQ не определяется; ритм желудочков хаотичный

**2) интервал PQ постоянный более 0,20 сек., комплекс QRS не изменен**

3) интервал PQ менее 0,10 сек., комплекс QRS расширен за счет дельта-волны

4) интервал PQ от 0,12 сек. до 0,20 сек., ритм синусовый, комплекс QRS не изменен

5) интервал PQ удлиняется с каждым кардиоциклом с последующими периодическими выпадениями комплексов QRS

1. минутный объем сердца УВЕЛИЧИВАЮТ

1) нитраты (нитроглицерин)

**2) кардиотоники (дофамин, добутамин)**

3) бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол)

4) антагонисты медленных кальциевых каналов (верапамил)

5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл)

1. Последовательность подачи импульсов при двухкамерной электрокардиостимуляции

1) от правого предсердия к левому предсердию

2) от левого предсердия к правому предсердию

3) от правого желудочка к левому желудочку

4) от левого желудочка к правому желудочку

**5) от предсердий к желудочкам**

1. Клинические проявления, наиболее характерные для атриовентрукулярной блокады III степени

1) мутизм

2) бессонница

3) полная амнезия

4)бред, галлюцинации

**5) приступы потери сознания (Морганьи-Адамса-Стокса)**

1. Липопротеиды плазмы крови, не являющиеся атерогенными

1) хиломикроны

2) триглицериды

3) липопротеиды низкой плотности

**4) липопротеиды высокой плотности**

5) липопротеиды очень низкой плотности

1. антагонисты кальция наиболее эффективны

1) при гемодинамической стенокардии, обусловленной гипертрофической обструктивной кардиомиопатией

2) при симптоматической стенокардии на фоне системных васкулитов

3) при стенокардии напряжения I функционального класса

4) при ранней постинфарктной стенокардии

**5) при вазоспастической стенокардии**

1. при гипертонической болезни в почках выявляются следующие морфологические изменения

1) поликистоз

2) нефролитиаз

3) гломерулонефрит

**4) нефроангиосклероз**

5) деформация чашечно-лоханочной системы

1. Относительная недостаточность митрального клапана - это

1) недостаточность митрального клапана, не проявляющаяся соответствуюшей аускультативной симптоматикой

**2) недостаточность митрального клапана за счет чрезмерного растяжения клапанного кольца**

3) недостаточность митрального клапана без клиники сердечной недостаточности

4) митральная недостаточность, сочетающаяся с митральным стенозом

5)митральная недостаточность, не нарушающая кардиогемодинамику

1. Признак, заставляющий при митральном стенозе подозревать сопутствующую митральную недостаточность

1) увеличение левого предсердия

**2)** **увеличение левого желудочка**

3)увеличение фракции выброса левого желудочка

4) рентгенологическая картина венозного застоя в легких

5) увеличение продолжительности фазы изгнания левого желудочка

1. при стенокардии у больных с аортальным стенозом наиболее эффективны

1) нитраты

2) салицилаты

**3) бета-адреноблокаторы**

4) препараты 4-аминохинолинового ряда

5) антагонисты кальция подгруппы верапамила

1. для профилактики инфекционного эндокардита пациенту с пороком сердца перед экстракцией зуба показано

1) усиление диуретической терапии

2) назначение сердечных гликозидов

3) включение в схему лечения глюкокортикоидов

**4) введение антибиотика за 4 часа до вмешательства**

5) выполнение манипуляции под внутривенным наркозом

1. появление грубого систолического шума у пациента с острым инфарктом миокарда может быть обусловлено

1) перикардитом

2) тампонадой сердца

3) трикуспидальным стенозом

4) развитием аневризмы сердца с пристеночным тромбозом

**5) отрывом сосочковой мышцы с развитием острой митральной недостаточности**

1. элевация сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-V3 с депрессией сегмента ST в отведениях III и AVF характерны для

1) инфаркта миокарда боковой стенки левого желудочка

**2) передне-перегородочного инфаркта миокарда**

3) заднедиафрагмального инфаркт миокарда

4) инфаркта миокарда правого желудочка

5) циркулярный инфаркт миокарда

1. Приступы стенокардии при IV функциональном классе возникают

1) при ходьбе на дистанцию более 200 м и при подъёме более чем на 2 этажа

2) при ходьбе менее чем на 200 м и при подъёме менее чем на 2 этажа

**3) в покое и при минимальной физической нагрузке**

4) при значительных эмоциональных нагрузках

5) при спортивных нагрузках

1. При регистрации грудного отведения V1 активный электрод устанавливается

1) в пятом межреберье по левой передней подмышечной линии

2) в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии

**3) в четвертом межреберье по правому краю грудины**

4) в четвертом межреберье по левому краю грудины

5) во втором межреберье справа от грудины

1. электрокардиографические признаки атриовентрикулярной блокады II степени (тип Мобитц-I)

**1) постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS (периодика Венкебаха)**

2) интервал РQ не определяется, комплекс QRS нормальный, ритм правильный

3) выпадения отдельных комплексов QRS при стабильных интервалах РQ

4) зубец Р и комплекс QRS следуют на ЭКГ независимо друг от друга

5) интервал PQ не определяется, ритм хаотичный

1. для урежения ритма при синусовой тахикардии используются

1) холинолитики (атропин)

2) катехоламины (адренилин)

3) метилксантины (эуфиллин)

4) блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин)

**5) бета-адреноблокаторы (пропранолол, бисопролол)**

1. при инфекционном эндокардите наркоманов наиболее часто поражается

1) митральный клапан

2) клапан легочной артерии

**3) трикуспидальный клапан**

4) аортальный клапан с развитием стеноза

5) аортальный клапан с развитием недостаточности

1. Сокращения и ритмы несинусового происхождения называются

1) латентными

2) триггерными

3) аберрантными

**4) эктопическими**

5) постдеполяризационными

1. тромбы при мерцательной аритмии наиболее часто образуются

1) в правом предсердии (в области овальной ямки)

**2) в ушках правого и левого предсердий**

3) в венах нижних конечностей

4) в правом желудочке

5) в левом желудочке

1. электрокардиографический признак наджелудочковой экстрасистолы

**1) преждевременное внеочередное появление на ЭКГ неизмененного желудочкового комплекса QRS, похожего по форме на комплексы QRS синусового происхождения**

2) преждевременное внеочередное появление на ЭКГ измененного расширенного и деформированного желудочкового комплекса QRS

3) расположение сегмента RS-T и зубца Т экстрасистолы дискордантно направлению основного зубца комплекса QRS

4) наличие после экстрасистолы полной компенсаторной паузы

5) характерных признаков нет

1. наиболее опасными в плане возникновения фатальных аритмий являются желудочковые экстрасистолы

1) экстрасистолы II группы по Лауну

2) экстрасистолы I группы по Лауну

**3) ранние ("R на Т")**

4) вставочные

5) поздние

1. Порок сердца, чаще всего имеющий ревматическую этиологию – ЭТО

1) недостаточность пульмонального клапана

2) трикуспидальная недостаточность

3) пролапс митрального клапана

4) подклапанный стеноз аорты

**5) митральный стеноз**

1. Критериями артериальной гипертензии 1 степени являются

1) систолическое артериальное давление 130-139 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 85-89 мм рт.ст.

**2) систолическое артериальное давление 140-159 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 90-99 мм рт.ст.**

3) систолическое артериальное давление 160-179 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 100-109 мм рт.ст.

4) систолическое артериальное давление 140 мм рт.ст. и более и диастолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.

5) систолическое артериальное давление 180 мм рт.ст. и более и /или диастолическое артериальное давление 110 и более мм рт.ст.

1. Критериями артериальной гипертензии 2 степени являются

1) систолическое артериальное давление 130-139 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 85-89 мм рт.ст.

2) систолическое артериальное давление 140-159 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 90-99 мм рт.ст.

**3) систолическое артериальное давление 160-179 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 100-109 мм рт.ст.**

4) систолическое артериальное давление 140 мм рт.ст. и более и диастолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.

5) систолическое артериальное давление 180 мм рт.ст. и более и /или диастолическое артериальное давление 110 и более мм рт.ст.

1. Критериями артериальной гипертензии 3 степени являются

1) систолическое артериальное давление 130-139 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 85-89 мм рт.ст.

2) систолическое артериальное давление 140-159 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 90-99 мм рт.ст.

3) систолическое артериальное давление 160-179 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 100-109 мм рт.ст.

4) систолическое артериальное давление 140 мм рт.ст. и более и диастолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.

**5) систолическое артериальное давление 180 мм рт.ст. и более и /или диастолическое артериальное давление 110 и более мм рт.ст.**

1. Критериями изолированной систолической артериальной гипертензии являются

1) систолическое артериальное давление 130-139 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 85-89 мм рт.ст.

2) систолическое артериальное давление 140-159 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 90-99 мм рт.ст.

3) систолическое артериальное давление 160-179 мм рт.ст. и /или диастолическое артериальное давление 100-109 мм рт.ст.

**4) систолическое артериальное давление 140 мм рт.ст. и более и диастолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.**

5) систолическое артериальное давление 180 мм рт.ст. и более и /или диастолическое артериальное давление 110 и более мм рт.ст.

1. впервые возникшая стенокардия характеризуется

1) появлением характерной клинической симптоматики в первые две недели после перенесенного инфаркта миокарда

2)появлением характерной клинической симптоматики в течение последних 2 месяцев

**3) появлением характерной клинической симптоматики в течение последнего месяца**

4) появлением характерной клинической симптоматики в течение последней недели

5) появлением характерной клинической симптоматики в течение последнего года

1. К кардиоселективным бета-адреноблокаторам относится

1) дигоксин

2) нифедипин

**3) бисопролол**

4) пропранолол

5) дипиридамол

1. При регистрации грудного отведения V2 активный электрод устанавливается

1) в пятом межреберье по левой передней подмышечной линии

2) в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии

3) в четвертом межреберье по правому краю грудины

**4) в четвертом межреберье по левому краю грудины**

5) во втором межреберье справа от грудины

1. электрокардиографические признаки атриовентрикулярной блокады II степени (тип Мобитц-2)

1) постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS (периодика Венкебаха)

2) интервал РQ не определяется, комплекс QRS нормальный, ритм правильный

**3) выпадения отдельных комплексов QRS при стабильных интервалах РQ**

4) зубец Р и комплекс QRS следуют на ЭКГ независимо друг от друга

5) интервал PQ не определяется, ритм хаотичный

1. диастолический шум на верхушке сердца выслушивается

1) при трикуспидальной недостаточности

2) при митральной недостаточности

**3) при митральном стенозе**

4) при аортальном стенозе

5) при коарктации аорты

1. усиленная пульсация шейных и других периферический артерий наблюдается

1) при недостаточности трехстворчатого клапана

**2) при недостаточности аортального клапана**

3) при митральном стенозе

4) при аортальном стенозе

5) при коарктации аорты

1. систолический шум во втором межреберье справа от грудины выслушивается

1) при недостаточности трехстворчатого клапана

2) при недостаточности аортального клапана

3) при митральном стенозе

**4) при аортальном стенозе**

5) при коарктации аорты

1. так называемый "нитевидный" пульс характеризуется

1) выраженной неравномерностью наполнения пульсовых волн

2) частотой менее 40 в 1 минуту

**3) очень малым наполнением**

4) двойной пульсовой волной

5) аритмичностью

1. на интенсивность кровотечения при стоматологических вмешательствах влияет прием

1) бета-адреноблокаторов

2) сердечных гликозидов

3) антагонистов кальция

**4) антиагрегантов**

5) нитратов

1. Синусовую брадикардию вызывает

1) гидрокортизон

**2) пропранолол**

3) адреналин

4) эуфиллин

5) атропин

1. на интенсивность кровотечения при стоматологических вмешательствах влияет прием

1) бета-адреноблокаторов

2) сердечных гликозидов

3) антагонистов кальция

**4) антикоагулянтов**

5) нитратов

1. электрокардиографический признак фибрилляции предсердий

**1) наличие на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных волн f, имеющих различную форму и амплитуду**

2) правильный желудочковый ритм (одинаковые по продолжительности интервалы R-R)

3) измененные расширенные и деформированные желудочковые комплексы QRS

4) постепенное от цикла к циклу изменение формы и полярности зубца Р

5) полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов

1. Основная причина стенокардии Принцметала

1) анемия

**2) коронароангиоспазм**

3) артериальная гипертензия

4) рецидивирующий тромбоз коронарных сосудов

5) облитерирующий атеросклероз коронарных артерий

1. При неэффективности медикаментозной антиаритмической терапии пароксизма желудочковой тахикардии следует

1) внутривенно струйно ввести раствор нитроглицерина

2) провести чреспищеводную стимуляцию предсердий

3) начать проведение непрямого массажа сердца

**4) провести электроимпульсную терапию**

5) ввести наркотические анальгетики

1. Этиологическим фактором ревматизма является

**1) бета-гемолитический стрептококк группы А**

2) зеленящий стафилококк

3) переохлаждение

4) нервный стресс

5) вакцинация

1. модифицируемым фактором риска атеросклероза является

1) пол

2) возраст

**3) курение**

4) наследственность

5) регулярная физическая активность

1. на интенсивность кровотечения при стоматологических вмешательствах влияет прием

**1) ацетилсалициловой кислоты**

2) симвастатина

3) эналаприла

4) дигоксина

5) атенолола

1. Немедикаментозным воздействием, иногда эффективным при пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, является

1) точечный массаж в области выхода ветвей тройничного нерва на лице

2) массаж шейно-воротниковой зоны

3) горчичники на область сердца

**4) массаж каротидного синуса**

5) массаж области сердца

1. модифицируемым фактором риска атеросклероза является

1) пол

2) возраст

3) наследственность

**4) артериальная гипертензия**

5) регулярная физическая активность

1. Тромбы – источники тромбоэмболии легочной артерии чаще всего образуются

1) в системе воротной вены

2) в ушке левого предсердия

**3) в венах нижних конечностей**

4) на створках митрального клапана

5) на атероматозных бляшках в аорте

1. Наиболее информативным лабораторным показателем для диагностики острого инфаркта миокарда является

1) гамма-глютамилтранспептидаза

2) аспартатаминотрансфераза

3) амилаза сыворотки крови

4) щелочная фосфатаза

**5) тропонин**

1. к гипотензивным препаратам, блокирующим ангиотензиновые рецепторы, относятся

**1) сартаны**

2) антагонисты кальция

3) сердечные гликозиды

4) бета-адреноблокаторы

5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

1. Основным диагностическим критерием стабильной стенокардии напряжения является

1) связь болей с приемом пищи

2) количество приступов стенокардии в сутки

3) рефрактерность к антиангинальным препаратам

4) связь болей с положением тела и дыхательными движениями

**5) стереотипность («воспроизводимость») болевого синдрома при одной и той же физической нагрузке**

1. Наиболее информативным методом диагностики стенокардии Принцметала является

1) велоэргометрия

**2) холтеровское мониторирование**

3) чреспищеводная кардиостимуляция

4) проба с введением адреноблокаторов

5) степ-тест, проба Мастера (лестничная проба)

1. к антагонистам кальция относится

1) лозартан

2) клофелин

3) эналаприл

**4) амлодипин**

5) бисопролол

1. электрокардиографические признаки атриовентрикулярной блокады III степени

**1) полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов и снижение числа желудочковых сокращений до 30 – 60 в минуту или меньше**

2) постепенное удлинение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS (периодика Венкебаха)

3) постоянное увеличение продолжительности интервала p-Q(R) более 0,20 секунды

4) выпадения отдельных комплексов QRS при стабильных интервалах РQ

5) интервал PQ не определяется, ритм хаотичный

1. Заболеванием, при котором недостаточность кровообращения первично начинается по правожелудочковому типу, является

1) митральный стеноз

2) гипертоническая болезнь

3) порок аортального клапана

4) митральная недостаточность

**5) порок трикуспидального клапана**

1. В норме электрический импульс в сердце возникает

1) в пучке Гиса

2) в левом желудочке

3) в правом желудочке

**4) в сино-атриальном узле**

5) в атриовентрикулярном узле

1. основным диагностическим методом для оценки фракции выброса левого желудочка является

1) спироэргометрия

**2) эхокардиография**

3) электрокардиография

4) мультиспиральная компьютерная томография

5) суточное мониторирования электрокардиограммы

1. артериальное давление во время фибрилляции желудочков

1) не изменяется

2) резко повышено

**3) не определяется**

4) не превышает 120/80 мм рт.ст.

5) снижено: систолическое АД 60-90 мм рт. ст., диастолическое – 40-60 мм рт.ст.

1. для снижения артериального давления при гипертоническом кризе используется

1) стрептокиназа внутривенно болюсно

2) нитроглицерин трансдермально

3) сальбутамол ингаляционно

**4) эналаприлат внутривенно**

5) эналаприл в таблетках

1. для восстановления коронарного кровотока при остром инфаркте миокарда назначают

1) нитраты

2) статины

**3) тромболитики**

4) постельный режим

5) наркотические анальгетики

1. после перенесенной стрептококковой инфекции острая ревматическая лихорадка развивается

1) сразу после отмены антибиотиков

**2) через 2-3 недели**

3) через 2-3 месяца

4) в течение года

5) через 2-3 дня

1. наиболее типичным для митрального стеноза Нарушением ритма является

**1) фибрилляция предсердий**

2) фибрилляция желудочков

3) желудочковая асистолия

4) трепетание желудочков

5) синусовая брадикардия

1. «золотым стандартом» в диагностике ишемической болезни сердца является

**1. коронарная ангиография**

2. сцинтиграфия миокарда

3. электрокардиография

4. эхокардиография

5. велоэргометрия

1. бета-адреноблокаторы противопоказаны

**1) при бронхиальной астме**

2) при фибрилляции предсердий

3) при артериальной гипертензии

4) при остром инфаркте миокарда

5) при хронической сердечной недостаточности

1. препаратом выбора для лечения отека легких является

**1) морфин**

2) трамадол

3) фентанил

4) промедол

5) пропранолол

1. болевой синдром при остром инфаркте миокарда может отсутствовать у пациентов

1) молодого возраста

**2) с сахарным диабетом**

3) с бронхиальной астмой

4) с передне-боковой локализацией инфаркта

5) постоянно принимающих кортикостероиды

1. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда в острейшей фазе является

1) трепетание предсердий

2) фибрилляция предсердий

**3)** **фибрилляция желудочков**

4)тромбоэмболические осложнения

5) желудочно-кишечное кровотечение

1. показанием для постоянной электрокардиостимуляции при нарушениях проводимости является

**1) атриовентрикулярная блокада, сопровождающаяся приступами Морганьи-Адамса-Стокса**

2) наличие дополнительных путей проведения

3) атриовентрикулярная блокада 1 степени

4) блокады ножек пучка Гиса

5) межпредсердная блокада

1. рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов является

1) диуретик + сердечный гликозид

**2) диуретик + бета-адреноблокатор**

3) любой антигипертензивный препарат + витамины

4) бета-адреноблокатор + недигидропиридиновый антагонист кальция

5) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор рецепторов ангиотензина

1. наиболее частой причиной симптоматической артериальной гипертензии является

1) анемия

**2) заболевание почек**

3) заболевание легких

4) заболевание печени

5) гипертоническая болезнь

1. для лечения отека легких используется

**1) фуросемид**

2) азатиоприн

3) мирамистин

4) фуразолидон

5) пропранолол

1. наиболее часто при инфекционном эндокардите формируется

1) митральный стеноз в сочетании с митральной недостаточностью

2) недостаточность пульмонального клапана

3) изолированный митральный стеноз

**4) аортальная недостаточность**

5) трикуспидальный стеноз

1. к большим диагностическим критериям инфекционного эндокардита относится

**1) выявление типичных микроорганизмов в пробах крови**

2) иммунокомплексный гломерулонефрит

3) тромбоэмболические осложнения

4) нейтрофильный лейкоцитоз

5) лихорадка

1. к большим диагностическим критериям инфекционного эндокардита относится

**1) выявление вегетаций на клапане при эхокардиографии**

2) значительное увеличение скорости оседания эритроцитов

3) тромбоэмболические осложнения

4) нейтрофильный лейкоцитоз

5. лихорадка

1. Постинфарктный синдром, составной частью которого является перикардит, называется

1) синдром Вольффа-Паркинсона-Уайта

2) синдром Бадда-Киари

**3) синдром Дресслера**

4) синдром Марфана

5) синдром Рейно

1. К поражению органов-мишений при гипертонической болезни относится

1) жировой гепатоз

2) сахарный диабет

3) гиперхолестеринемия

4) метаболический синдром

**5) гипертрофия левого желудочка**

1. К поражению органов-мишений при гипертонической болезни относится

1. ожирение

2. пневмония

3. дислипидемия

4. инфекционный эндокардит

**5. ангиопатия сосудов сетчатки глаз**

1. К немодифицируемым факторам риска гипертонической болезни относится

1) курение

2) ожирение

3) дислипидемия

**4) отягощенная наследственность**

5) нарушенная толерантность к глюкозе

1. К модифицируемым факторам риска гипертонической болезни относятся

1) пол

2) возраст

**3) курение**

4) гипертрофия левого желудочка

5) отягощенный семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний

1. для купирования приступа стенокардии применяют

1) дигоксин

2) нитроксолин

**3) нитроглицерин**

4) глицериновые свечи

5) нитраты пролонгированного действия

1. для стабильной стенокардии напряжения II функционального класса характерно

1) значительное ограничение обычной физической активности с возникновением болей при подъеме по лестнице на 1 этаж и ходьбе на расстояние менее 100 метров

**2) небольшое ограничение обычной физической активности с возникновением болей при подъеме по лестнице более, чем на 1 этаж, и ходьбе на расстояние до 200 метров**

3) возникновение приступа стенокардии при необычно большой и быстро выполняемой физической нагрузке

4) возникновение приступа стенокардии при минимальных физических нагрузках

5) возникновение приступа стенокардии в покое

1. к характерным ишемическим изменениям на электрокардиограмме во время приступа стенокардии относится

1) инверсия зубца Т

2) повышение амплитуды зубца Т

3) сочетание подъема сегмента ST и инверсии зубца Т

**4) горизонтальная депрессия сегмента ST более 1 мм**

5) появление зубца Q, превышающего 25 процентов от амплитуды зубца R

1. средством антиагрегантной терапии ишемической болезни сердца является

**1) ацетилсалициловая кислота**

2) аминокапроновая кислота

3) амоксициллин

4) аторвастатин

5) амлодипин

1. для снижения артериального давления при гипертоническом кризе используется

1) стрептокиназа внутривенно болюсно

2) нитроглицерин трансдермально

3) сальбутамол ингаляционно

**4) нифедипин сублингвально**

5) эналаприл в таблетках

1. бета-адреноблокаторы противопоказаны

**1) при брадикардии**

2) при экстрасистолии

3) при приступе стенокардии

4) при гипертоническом кризе

5) при тахисистолической форме фибрилляции предсердий

1. для электрокардиографической картины фибрилляции желудочков характерно

1) наличие деформированных преждевременных комплексов QRS с полной компенсаторной паузой

**2) отсутствие комплексов QRS, наличие хаотичных волн разной ширины и амплитуды**

3) наличие синусоидальной кривой с правильными четкими волнами

4) наличие волн F и f, нерегулярное появление комплексов QRS

5) расширение комплексов QRS за счет дельта-волны

1. Термином "бронхоэктаз" обозначается

**1) необратимое патологическое расширение бронхов вследствие гнойно-воспалительной деструкции бронхиальной стенки**

2) врожденное недоразвитие респираторных отделов легких с расширением ацинусов и концевых бронхиол

3) локальная обтурация бронха опухолью, инородным телом или воспалительным отеком

4) трахеобронхиальный коллапс при кашле

5) буллезная эмфизема легких

1. Клиническим признаком, характерным для бронхиальной астмы, является

1) кровохарканье

2) субфебрилитет

**3) приступы удушья**

4) кашель с мокротой в течение 2 лет

5) кашель с обильным отделением гнойной мокроты

1. Изменением функции внешнего дыхания при бронхиальной обструкции является

**1) снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду**

2) увеличение объема форсированного выдохаза 1 секунду

3) увеличение пиковой объемной скорости выдоха

4) уменьшение остаточного объема легких

5) увеличение жизненной емкости легких

1. Для бронхиальной астмы в отличие от хронической обструктивной болезни лёгких характерно

1) увеличение жизненной емкости легких и уменьшение остаточного объема легких

2) уменьшение жизненной емкости легких и увеличение остаточного объема легких

3) **положительная фармакологическая проба с бета-2-агонистом**

4) увеличение общей емкости легких

5) увеличение индекса Тиффно

1. в клиническом анализе крови при бронхиальной астме наблюдается

1) выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево

2) значительное ускорение СОЭ

3) ретикулоцитоз

**4) эозинофилия**

5) базофилия

1. в клиническом анализе мокроты при бронхиальной астме наблюдаются

**1) эозинофилия, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана**

2) большое количество эластических волокон

3) большое количество нейтрофилов

4) большое количество эритроцитов

5) тельца Жоли и кольца Кебота

1. Патоморфологические изменения, характерные для II стадии крупозной пневмонии, называются

1) плазматическое пропитывание

2) интерстициальный отек

3) фиброз легочной ткани

**4) красное опеченение**

5) альвеолярный отек

1. Риск развития кандидоза полости рта увеличивается у больного бронхиальной астмой, получающего

1) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

**2) ингаляционные глюкокортикостероиды**

3) антихолинэргические препараты

4) бета-2-агонисты

5) метилксантины

1. наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

1) золотистый стафилококк

**2) пневмококк**

3) энтерококк

4) клебсиелла

5) протей

1. Антибиотиками выбора для лечения неосложненной внебольничной пневмонии являются

1) карбапенемы

**2) пенициллины**

3) аминогликозиды

4) цефалоспорины IV поколения

5) респираторные фторхинолоны

1. Наиболее информативным инструментальным методом диагностики бронхоэктазов является

1) обзорная рентгенография органов грудной полости

2) компьютерная томография легких

3) пикфлуометрия

**4) бронхография**

5) спирография

1. Жизненная емкость легких это

1) объем воздуха, остающийся в легких после спокойного выдоха

2) объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха

3) объем воздуха, который человек вдыхает и выдыхает при спокойном дыхании

4) объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

**5) объем воздуха, который можно выдохнуть при максимально глубоком выдохе после максимально глубокого вдоха**

1. Основным критерием постановки диагноза хронического бронхита является

**1) наличие** **бронхита с продуктивным кашлем на протяжении не менее 3 месяцев в году в течение по крайней мере 2 лет**

2) наличие бронхита, сопровождающегося легочной артериальной гипертензией

3) наличие бронхита, при котором в легких постоянно выслушиваются хрипы

4) наличие бронхита, приводящего к формированию эмфиземы легких

5) наличие бронхита, , приводящего к стойкой гипоксемии

1. Бронхолитическим действием обладают

**1) бета-2 агонисты**

2) бета-адреноблокаторы

3) антигистаминные препараты

4) антихолинэстеразные средства

5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

1. Бронхоспазм способны усилить

1) холинолитики

2) бета-2 агонисты

**3) бета-адреноблокаторы**

4) глюкокортикостероиды

5) антигистаминные препараты

1. основным фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких является

**1) курение**

2) алкоголизм

3) токсикомания

4) избыточная масса тела

5) дефицит альфа1-антитрипсина

1. Медиатором тучных клеток, вызывающим бронхоспазм при атопической бронхиальной астме, является

1) норадреналин

2) адреналин

**3) гистамин**

4) кортизол

5) дофамин

1. пневмонию, связанную с загрязнением систем кондиционирования воздуха в помещениях, наиболее часто вызывает

1) золотистый стафилококк

2) пневмококк

**3) легионелла**

4) клебсиелла

5) протей

1. до начала антибактериальной терапии при пневмонии необходимо

1) провести термометрию

2) провести спирометрию

3) определить группу крови

4) госпитализировать пациента

**5) взять материал для бактериологического исследования и определения антибиотикочувствительности возбудителя**

1. обратимая бронхиальная обструкция характерна

1) для саркоидоза

2) для пневмонии

**3) для бронхиальной астмы**

4) для экссудативного плеврита

5) для хронической обструктивной болезни легких

1. для оценки обратимости бронхиальной обструкции спирографию проводят после ингаляции

1)раствора Рингера

**2)** **бета-2-агонистов**

3) антибиотиков

4) муколитиков

5) нитроспрея

1. степень тяжести и обратимость Бронхиальной обструкции выявляют с помощью

**1) спирографии**

2) бронхоскопии

3) исследования газов крови

4) компьютерной томографии легких

5) рентгенографии органов грудной клетки

1. мукоцилиарный клиренс это

1) немедикаментозный метод лечения бронхиальной астмы

2) метод инструментальной диагностики бронхообструкции

3) внутренний диаметр бронхов на уровне бифуркации трахеи

**4) неспецифический механизм «самоочищения» дыхательных путей от внешних патологических воздействий**

5) соотношение факторов защиты слизистой оболочки дыхательных путей и факторов агрессии, выраженное в условных единицах

1. Для купирования приступа удушья при бронхиальной астме используются

1) теофиллины пролонгированного действия

2) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

3) ингаляционные глюкокортикостероиды

4) бета-2-агонисты длительного действия

**5) бета-2-агонисты короткого действия**

1. Для базисной терапии бронхиальной астмы используются

**1) ингаляционные глюкокортикостероиды**

2) бета-2-агонисты короткого действия

3) теофиллины короткого действия

4) антигистаминные препараты

5) антибиотики

1. Для базисной терапии бронхиальной астмы используются

**1) бета-2-агонисты длительного действия**

2) бета-2-агонисты короткого действия

3) ингибиторы протонной помпы

4) антигистаминные препараты

5) антибиотики

1. необратимым механизмом бронхообструкции при хронической обструктивной болезни легких является

1) одышка

2) бронхоспазм

3) гиперсекреция слизи

4) отек слизистой оболочки

**5) ремоделирование мелких бронхов за счет фиброза и склероза**

1. При лечении бронхиальной астмы глюкокортикостероидами приоритетным является

1) пероральный путь введения

2) внутривенный путь введения

**3) ингаляционный путь введения**

4) трансдермальный путь введения

5) внутримышечный путь введения

1. при затрудненном вдохе для ингаляции лекарственных веществ используют

1) дозированный аэрозольный ингалятор

2) дозированный порошковый ингалятор

3) бодиплетизмограф

**4) нейбулайзер**

5) инфузомат

1. Теофиллин относится к фармакологической группе

1) холинолитики

**2) метилксантины**

3) адреномиметики

4) холиномиметики

5) адреноблокаторы

1. Формотерол и салметерол относятся к фармакологической группе

1) холинолитики

2) метилксантины

3) глюкокортикостероиды

4) бета-2-агонисты короткого действия

**5) бета-2-агонисты длительного действия**

1. Будесонид и флутиказон относятся к фармакологической группе

1) холинолитики

2) метилксантины

3) бета-2-агонисты короткого действия

4) бета-2-агонисты длительного действия

**5) ингаляционные глюкокортикостероиды**

1. Сальбутамол и фенотерол относятся к фармакологической группе

1) бета-2-агонисты длительного действия

**2) бета-2-агонисты короткого действия**

3) глюкокортикостероиды

4) метилксантины

5) холинолитики

1. клавулановая кислота в составе «защищенных» пенициллинов обеспечивает

**1) защиту антибиотика от разрушения бета-лактамазой микроорганизмов**

2) лучшее всасывание препарата в желудочно-кишечном тракте

3) меньшее количество диспепсических осложнений

4) лучшие органолептические свойства препарата

5) меньшее количество аллергических реакций

1. внелегочным осложнением пневмонии является

1. острая дыхательная недостаточность

**2. острое легочное сердце**

3. эмпиема плевры

4. абсцесс легкого

5. плеврит

1. Наиболее часто крупозную пневмонию вызывают

1) микобактерии

2) стафилококки

3) стрептококки

**4) пневмококки**

5) микоплазмы

1. при крупозной пневмонии характерна мокрота

**1)** **"ржавая"**

2)зловонная

3) скудная, густая, стекловидная

4) обильная, жидкая, "розовая пена"

5) обильная (полным ртом), гнойная

1. экссудативный плеврит при аускультации характеризуется

**1) ослаблением или исчезновением дыхательных шумов**

2) появлением патологического бронхиального дыхания

3) увеличением количества влажных хрипов

4) появлением пуэрильного дыхания

5) появлением шума трения плевры

1. Рентгенологическая картина при крупозной пневмонии характеризуется

1) диффузным повышением прозрачности легочных полей

2) появлением полости распада в легком с уровнем жидкости

3) сгущением легочного рисунка ("снежная буря") в нижних отделах

**4) интенсивным гомогенным затемнением, занимающим долю или целое легкое**

5) уплотнением тени корней легких без изменений легочного рисунка на периферии

1. показанием для стационарного лечения больного пневмонией является

1) курение

2) пенсионный возраст

**3) экссудативный плеврит**

4) лейкоцитоз более 10\*109/л

5) артериальное давление выше 140/90 мм рт.ст.

1. в патогенезе пневмонии обязательно присутствует

1) бронхоэктазия

2) экссудативный плеврит

**3) экссудация в просвет альвеол**

4) воспалительная инфильтрация стенок бронхов

5) катаральное воспаление верхних дыхательных путей

1. При аллергии на пенициллин пациенту не следует назначать

1) аминогликозиды

**2) цефалоспорины**

3) фторхинолоны

4) карбапенемы

5) макролиды

1. Нозокомиальной является пневмония

1) вызванная атипичными (внутриклеточными) возбудителями

**2) возникшая спустя 48 часов и более после госпитализации**

3) возникшая вследствие аспирации рвотных масс

4) возникшая во внебольничных условиях

5) возникшая у лиц с иммунодефицитами

1. Наиболее частый путь проникновения инфекции при пневмонии

1) фекально-оральный

**2) бронхогенный**

3) гематогенный

4) лимфогенный

5) контактный

1. В развитии типичной крупозной пневмонии патоморфологически выделяют стадии

1) некроза и кальцинации

2) обструкции, рестрикции, деструкции

3) инфильтрации, распада, обсеменения

4) экссудации, транссудации, отложения фибрина

**5) прилива, красного и серого опеченения, разрешения**

1. В клинической картине типичной пневмонии ведущими синдромами являются

**1) интоксикация, инфильтрация легочной ткани, дыхательная недостаточность**

2) интоксикация, деструкция легочной ткани, сепсис

3) интоксикация, гидроторакс, плевральная боль

4) пневмоторакс, дыхательная недостаточность

5) интоксикация, бронхиальная обструкция

1. После опорожнения абсцесса легкого в бронх на рентгенограммах отмечается

1) полость неправильной формы с секвестрами легочной ткани на фоне инфильтрации

**2) полость с горизонтальным уровнем жидкости на фоне инфильтрата**

3) умеренно усиленный легочный рисунок

4) участок гомогенного затемнения

5) тонкостенная сухая полость

1. При пневмонии отсутствие эффекта в течение 2-3 суток от начала антибактериальной терапии является показанием для

**1) замены антибиотика первого ряда другим с учетом спектра его действия и выявленной флоры**

2) продолжения лечения антибиотиком первого ряда в течение недели

3) назначения повторной рентгенографии легких

4) присоединения к терапии кортикостероидов

5) хирургического лечения

1. ипратропиум бромид относится к фармакологической группе

**1) холинолитики**

2) метилксантины

3) глюкокортикостероиды

4) бета-2-агонисты короткого действия

5) бета-2-агонисты длительного действия

1. комбинированным препаратом, содержащим бета-2-агонист и холинолитик, является

**1) беродуал**

2) симбикорт

3) сальметерол

4) сальбутамол

5) ипратропиум бромид

1. основным клиническим проявлением простого (необструктивного) хронического бронхита является

**1) кашель**

2) одышка

3) лихорадка

4) приступы удушья

5) дыхательная недостаточность

1. характерными изменениями в клиническом анализе крови при пневмонии являются

1) лейкопения

2) тромбоцитоз

3) «лейкемический провал»

4) снижение гемоглобина и цветового показателя

**5) лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов**

1. характерными изменениями в анализе мокроты при пневмонии являются

1) эозинофилия

2) наличие кровяных сгустков

3) наличие эластических волокон

**4) повышение количества белка и лейкоцитов**

5) спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена

1. показанием для стационарного лечения больного пневмонией является

1) курение

2) пенсионный возраст

**3) социальные показания**

4) лейкоцитоз более 10\*109/л

5) артериальное давление выше 140/90 мм рт.ст.

1. показанием для стационарного лечения больного пневмонией является

1) курение

**2) абсцедирование**

3) возраст старше 60 лет

4) лейкоцитоз более 10\*109/л

5) артериальное давление выше 150/90 мм рт.ст.

1. при бронхиальной астме противопоказано назначение

1) холинолитиков

**2) бета-адреноблокаторов**

3)бета-2 агонистов короткого действия

4) бета-2 агонистов длительного действия

5) антагонистов лейкотриеновых рецепторов

1. степень тяжести пневмонии ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

**1) выраженностью симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности**

2) выраженностью кашля и количеством выделяемой мокроты

3) эффективностью стартовой антибиотикотерапии

4) наличием или отсутствием факторов риска

5) наличием ВИЧ-инфекции

1. нефротоксическим действием обладают

1) карбапенемы

2) пенициллины

3) фторхинолоны

4) цефалоспорины

**5) аминогликозиды**

1. Для стартовой антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии используются

1) антисептики

2) интерфероны

**3) пенициллины**

4) бактериофаги

5. сульфаниламиды

1. Пикфлоуметрия – это

1) метод оценки скорости распространения пульсовой волны

2) метод оценки парциального давления газов в крови

3) метод оценки переносимости пиковых нагрузок

4) метод измерения жизненной емкости легких

**5) метод измерения пиковой скорости выдоха**

1. Обратимый характер бронхиальной обструкции характерен

1) для хронической обструктивной болезни легких

2) для хронического простого бронхита

3) для бронхоэктатической болезни

**4) для бронхиальной астмы**

5) для эмфиземы легких

1. Особенностями болевого синдрома при плевропневмонии являются

1) постоянный характер, усиление при натуживании

2) загрудинная локализация, иррадиация в левую руку

3) сжимающий характер, связь с физической нагрузкой

4) ноющий постоянный характер, отсутствие связи с чем-либо

**5) локализация в соответствующей поражению половине грудной клетки, усиление при вдохе и кашле**

1. Рентгенологическим признаком пневмонии является

1) контрастность прикорневого рисунка

2) просветление легочной ткани

**3) затемнение легочной ткани**

4) низкое стояние диафрагмы

5) «сотовое легкое»

1. вторичный эритроцитоз при заболеваниях легких обсуловлен

1) приемом лекарственных препаратов

2) гиперкапнией

**3) гипоксемией**

4) воспалением

5) аллергией

1. Нозокомиальной принято называть пневмонию

1) у пациента, ранее никогда не болевшего пневмонией

2) у беременной женщины после 20 недель беременности

3) связанную с ингаляцией производственных вредностей на рабочем месте

4) у пациента, заболевшего пневмонией за 48 и более часов до госпитализациив стационар

**5) у пациента, заболевшего пневмонией позднее 48 часов после госпитализации в стационар**

1. Тяжесть хронической обструктивной болезни легких оценивают по данным

1) бронхографии

2) перкуссии легких

**3)** аускультации легких

4. **исследования функции внешнего дыхания**

5. компьютерной томографии органов грудной клетки

1. Больному бронхиальной астмой для самоконтроля необходимо иметь свой

1) бодиплетизмограф

2) пневмотахограф

3) пульсоксиметр

**4) пикфлуометр**

5) спирограф

1. Шум трения плевры при плевритах выслушивается

**1) при отложении фибрина на листках плевры в отсутствие жидкости**

2) при накоплении транссудата в плевральной полости

3) при накоплении экссудата в плевральной полости

4) при пневмотраксе

5) при гемотораксе

1. При объемном гидротораксе на ретгенограмме органы средостения смещены

**1) в сторону, противоположную выпоту**

2) в область проекции тени сердца

3) в сторону локализации выпота

4) кверху от тени выпота

5) книзу от тени выпота

1. Регистрация объемно-скоростных показателей дыхания выполняется при

1) рентгеноскопии органов грудной клетки

2) пульсоксиметрии

3) бронхоскопии

**4) спирографии**

5) манометрии

1. Дыхательный объем – это

1) объемвоздуха, удаленного из легких за первую секунду выдоха

**2) объем воздуха, вдыхаемого и выдыхаемого при спокойном дыхании**

3) максимальный объемвоздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

4) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха

5) отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких

1. Резервный объем вдоха – это

1) объемвоздуха, удаленного из легких за первую секунду выдоха

2) объем воздуха, вдыхаемого и выдыхаемого при спокойном дыхании

**3) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха**

4) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха

5) отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких

1. Резервный объем выдоха – это

1) объем воздуха, вдыхаемого и выдыхаемого при спокойном дыхании

2) количество воздуха, удаленного из легких за первую секунду выдоха

3) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

**4) максимальный объем воздуха, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха**

5) отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких

1. побочным эффектом теофиллинов является

1) остеопороз

2) брадикардия

3) сахарный диабет

4) кандидоз полости рта

**5) нарушения сердечного ритма**

1. Индекс Тиффно – это

1) отношение количества эозинофилов к количеству нейтрофилов в крови

2) отношение количества эозинофилов к количеству нейтрофилов в мокроте

3) максимальный объем, который можно дополнительно вдохнуть после спокойного вдоха

4) максимальный объем, который можно дополнительно выдохнуть после спокойного выдоха

**5) отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких**

1. Для неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы используются

1) теофиллины пролонгированного действия

2) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

3) бета-2-агонисты длительного действия

**4) бета-2-агонисты короткого действия**

5) антибиотики

1. Для больных с обострением бронхоэктатической болезни характерен кашель

1) ночной

2) лающий

3) усиливающийся вечером

4) с выделением "ржавой" мокроты

**5) утренний с выделением большого количества гнойной мокроты**

1. вынужденное сидячее положение с упором на руки при приступе бронхиальной астмы обеспечивает

1) защиту от аспирации

2) уменьшение болей в груди

3) скорейшую элиминацию аллергена

4) увеличение притока крови к легким

**5) участие вспомогательных дыхательных мышц в акте дыхания**

1. При эмфиземе легких определяется

**1) коробочный перкуторный звук**

2) усиление голосового дрожания

3) тупой перкуторный звук

4) усиление бронхофонии

5) ясный легочный звук

1. при крупозной пневмонии в стадии опеченения определяется

1) тимпанический перкуторный звук

2) коробочный перкуторный звук

**3) тупой перкуторный звук**

4) ясный легочный звук

5) крепитация

1. Аускультативной симптоматикой, характерной для пневмонии, является

1) саккадированное дыхание

2) удлинение выдоха, рассеянные сухие хрипы

3) отсутствие основных и побочных дыхательных шумов

4) не измененное везикулярное дыхание, шум трения плевры

**5) бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы, крепитация**

1. Патологическое бронхиальное дыхание характерно для

**1) крупозной пневмонии в стадии опеченения**

2) хронического бронхита

3) эмфиземы легких

4) пневмоторакса

5) гидроторакса

1. Патогенез хронического атрофического гастрита (тип А) обусловлен

1) инфицированием Helicobacter pylori

2) рефлюксом дуоденального содержимого

3) появлением гранулём в подслизистом слое желудка

**4) появлением антител к париетальным клеткам желудка**

5) атеросклеротическим поражением артерий чревного ствола

1. неатрофический хронический гастрит (тип В) обусловлен

1) наличием антител к париетальным клеткам желудка

2) рефлюксом дуоденального содержимого

**3) инфицированием Helicobacter pylori**

4) злоупотреблением алкоголем

5) нарушением диеты

1. При аутоиммунном хроническом гастрите выявляются поражения слизистой оболочки

**1) тела и дна желудка**

2) области привратника

3) антрального отдела желудка

4) терминального отдела пищевода

5) начальной части двенадцатиперстной кишки

1. тройная эрадикационная терапия первой линии включает

1) ингибитор протонной помпы + антацид + антибиотик

2) ингибитор протонной помпы + метронидазол + тетрациклин

**3) ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин**

4)ингибитор протонной помпы + препарат висмута + амоксициллин

5) ингибитор протонной помпы в сочетании с двумя любыми антибиотиками

1. основным методом диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является

**1) эзофагогастродуоденоскопия**

2) клиническая картина заболевания

3) рентгенография желудка с барием

4) компьютерная томография органов брюшной полости

5) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

1. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в стадии обострения характерны

**1) боли в эпигастральной области, возникающие через 2 часа после еды, натощак и в ночное время**

2) боли в эпигастральной области, колющего характера, не связанные с приёмом пищи

3) боли в эпигастральной области, возникающие при физической нагрузке

4) боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды

5) боли в эпигастральной области, зависящие от положения тела

1. Для кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно

1) наличие положительного симптома раздражения брюшины

2) резкое усиление болей в эпигастральной области

3) появление болей в правом подреберье

**4) появление рвоты «кофейной гущей»**

5) появление лихорадки

1. Для перфорации язвы тела желудка характерно

**1) наличие положительного симптома раздражения брюшины**

2) ослабление или исчезновение болей в эпигастрии

3) появление рвоты «кофейной гущей»

4) появление мелены

5) появление изжоги

1. возникновению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки способствует

1) высокий уровень антител к париетальным клеткам желудка

2) высокий уровень амилазы в крови

**3) гиперсекреция соляной кислоты**

4) злоупотребление жирной пищей

5) ахилия

1. осложнением язвенной болезни желудка является

1) портальная гипертензия

**2) кровотечение**

3) желтуха

4) ахилия

5) асцит

1. К АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНСЯТСЯ

**1) Н2-гистаминоблокаторы**

2) препараты висмута

3) антибиотики

4) ферменты

5) витамины

1. К АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНСЯТСЯ

**1) ингибиторы протонной помпы**

2) препараты висмута

3) антибиотики

4) ферменты

5) витамины

1. Факторами защиты слизистой оболочки желудка являются

1) соляная кислота

2) Helicobacter pylori

3) внутренний фактор Касла

**4) мукопротеиды и бикарбонаты**

5) антитела к париетальным клеткам желудка

1. в схему тройной эрадикационной терапии входит

1) ципрофлоксацин

**2) кларитромицин**

3) ванкомицин

4) канамицин

5) ранитидин

1. типичным клиническим проявлением хронического гастрита в период обострения является

1) синдром портальной гипертензии

**2) синдром желудочной диспепсии**

3) синдром кишечной диспепсии

4) холестатический синдром

5) синдром мальабсорбции

1. эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки желудка может вызвать прием

**1) диклофенака**

2) эритромицина

3) метронидазола

4) амоксициллина

5) алюминия сульфата

1. Для диагностики инфицирования Helicobacter pyloriиспользуют

**1) уреазный тест**

2) клинический анализ крови

3) рентгенографию желудка с барием

4) компьютерную томографию органов брюшной полости

5) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

1. для Клинической картины хронического атрофического гастрита характерно

1) наличие изжоги

2) появление прожилок крови в кале

**3) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови**

4) выявление положительного симптома раздражения брюшины

5) наличие выраженного болевого синдрома в эпигастральной области, возникающего в ночное время

1. Хроническим холециститом чаще болеют

1) дети

2) пожилые люди

3) мужчины среднего возраста

**4) женщины среднего возраста**

5) мужчины и женщины среднего возраста

1. самой частой жалобой пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является

1) боль в эпигастральной области

2) чередование запоров и диареи

3) отрыжка

4) одышка

**5) изжога**

1. Основным этиологическим фактором хронического холецистита является

1) травма

**2) инфекция**

3) беременность

4) малоподвижный образ жизни

5) операционное вмешательство

1. желто-коричневое окрашивание налета на язке, больше у корня, харктерно

1) для пневмонии

2) для рака пишевода

3) для сахарного диабета

**4) для желчного рефлюкса**

5) для язвенной болезни желудка

1. гладкая блестящая поверхность языка («лакированный» язык) с ярко-красными пятнами и полосами характерна

1) для пневмонии

2) для рака пишевода

3) для сахарного диабета

4) для желчного рефлюкса

**5) для хронического атрофической гастрита**

1. основным клиническим проявлением хронического холецистита является

**1) болевой синдром**

2) цитолитический синдром

3) гепаторенальный синдром

4) астеновегетативный синдром

5) синдром печеночно-клеточной недостаточности

1. к внепищеводным проявлениям гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью относится

1) изжога

2) желтуха

**3) ларингит**

4) сахарный диабет

5) боль за грудиной

1. К ингибиторам протонной помпы ОТНоСиТСЯ

1) ранитидин

**2) омемпразол**

3) домперидон

4) метоклопрамид

5) висмута субцитрат

1. разрушение эмали зубов наиболее характерно

1) для рака легких

2) для атеросклероза

3) для язвенной болезни желудка

4) для хронического холецистита

**5) для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни**

1. Лабораторными признаками холестаза являются

**1) повышение уровней холестерина, прямого билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы**

2) повышение уровней общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы, трансаминаз, сукцинатдегидрогеназы

3) повышение уровней холестерина, прямого билирубина, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы

4) повышение уровней холестерина, общего и прямого билирубина, гамма-глутамилтранспептидазы

5) повышение уровней общего и прямого билирубина, трансаминаз

1. Основным инструментальным методом диагностики желчно-каменной болезни является

**1) ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей**

2) эзофагогастродуоденоскопия

3) дуоденальное зондирование

4) обзорная рентгенография

5) холецистография

1. к факторам риска желудочно-кишечного кровотечения относится

**1) прием нестероидных противовоспалительных средств**

2) длительный прием антисекреторных препаратов

3) прием ферментных препаратов

4) прием препаратов железа

5) молодой возраст

1. основным методом диагностики эндоскопически-негативной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является

1) уреазный тест

2) эзофагогастродуоденоскопия

**3) 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия**

4) рентгенография с контрастированием пищевода

5) компьютерная томография органов грудной полости

1. дифференциальную диагностику со стенокардией у больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью следует проводить

1) при отсутствии признаков эзофагита во время проведения эзофагогастродуоденоскопии

**2) при болевом синдроме с локализацией за грудиной**

3) при выявлении пищевода Баррета

4) при появлении стойкой дисфагии

5) при хроническом кашле

1. медикаментозная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни включает

**1) антисекреторные средства, прокинетики и альгинаты**

2) нестероидные противовоспалительные средства

3) прокинетики и ферментные препараты

4) обязательный прием антибиотика

5) глюкокортикостероиды

1. к прокинетикам относятся

1) нестероидные противовоспалительные средства из группы селективных ингибиторов циклооксигеназы 2 типа

**2) метоклопрамид и домперидон**

3) рабепразол и домперидон

4) рабепразол и омепразол

5) препараты висмута

1. При обострении хронического холецистита целесообразно назначение

1) аналгетиков

**2) антибиотиков**

3) антиагрегантов

4) β-адреноблокаторов

5) гиполипидемических препаратов

1. при желчной колике показан прием

1) ферментов

**2) спазмолитиков**

3**)** глюкокортикостероидов

4) Н2-гистаминоблокаторов

5) ингибиторы протонной помпы

1. при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного трактка наиболее эФФЕКТИВНО

1) инфузия коллоидных растворов

2) инфузия физиологического раствора

3) промывание желудка ледяной водой

4) назначение антисекреторных препаратов

**5) применение эндоскопического гемостаза**

1. при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода препаратом выбора является

1) метоклопрамид

2) преднизолон

4) рабепразол

5) ранитидин

**3) октреотид**

1. Синдром нарушенного пищеварения при хроническом панкреатите обусловлен

**1) экзокринной недостаточностью поджелудочной железы**

2) эндокринной недостаточностью поджелудочной железы

3) сопутствующим хроническим гастритом

4) передозировкой анальгетиками

5) ятрогенными причинами

1. одним из ведущих Синдромов в клинической картине хронического панкреатита является

**1) болевой**

2) гемолитический

3) цитолитический

4) геморрагический

5) инфекционно-токсический

1. стеаторея – это

1) повышенное содержание в кале мышечных волокон

**2) повышенное содержание в кале нейтрального жира**

3) повышение содержания в кале липазы

4) остатки непереваренной пищи в кале

5) ахоличный кал

1. Развитие метеоризма при хроническом панкреатите обусловлено

1) диареей

2) гипергликемией

3) многократной рвотой

**4) ферментативной недостаточностью поджелудочной железы**

5) сдавлением двенадцатиперстной кишки отечной головкой поджелудочной железы

1. Клинико-лабораторными признаками внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите являются

**1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела**

2) увеличение печени и гиперхолестеринемия

3) боль в эпигастральной области

4) гипогликемия и похудание

5) желтуха

1. Клинико-лабораторными признаками внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите является

1) опоясывающая боль в верхней части живота

2) частая неукротимая рвота

3) снижение массы тела

4) неоформленный стул

**5) гипергликемия**

1. в триаду Шарко при хроническом холецистите входят

1) лихорадка, лейкоцитоз, ускорение скорости оседания эритроцитов

2) асцит, метеоризм, расширение подкожных вен живота

3) отеки, протеинурия, гиперлипидемия

4) сыпь, кожный зуд, лихорадка

**5) боль, желтуха, лихорадка**

1. для создания функционального покоя поджелудочной железе при хроническом панкреатите назначают

1) гиполипидемические препараты

**2) антисекреторные препараты**

3) глюкокортикостероиды

4) β-адреноблокаторов

5) витамины

1. при хроническом панкреатите в крови увеличено содержание

1) железа

**2) амилазы**

3) креатинина

4) гемоглобина

5) карбоксипептидазы

1. к спазмолитикам относится

1) мельдоний

**2) мебеверин**

3) метопролол

4) метотрексат

5) метоклопрамид

1. К ингибиторам Н2-рецепторов гистамина ОТНоСиТСЯ

**1) ранитидин**

2) омемпразол

3) домперидон

4) метоклопрамид

5) висмута субцитрат

1. осложнением язвенной болезни желудка является

1) портальная гипертензия

**2) перфорация**

3) желтуха

4) ахилия

5) асцит

1. Заместительная терапия при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает назначение

1) инсулина

**2) ферментов**

3) октреотида

4) метоклопрамида

5) ингибиторов ферментов

1. основным методом профилактики вирусного гепатита В является

1) употребление не менее 400 г. свежих овощей и фруктов в день

2) прием антибиотиков после случайного полового контакта

3) полный отказ от употребления алкоголя

4) соблюдение правил личной гигиены

**5) вакцинация**

1. В основе гепатопатогенного действия вируса гепатита В лежит

1) стимуляция липогенеза

2) прямое цитопатическое действие вируса

3) стимуляция других инфекционных агентов

**4) неполноценный иммунный ответ на внедрение вируса**

5) воздействие на гепатоцит продуктов распада других тканей, поврежденных вирусом

1. В основе гепатопатогенного действия вируса гепатита С лежит

1) стимуляция липогенеза

2) метаболическая идиосинкразия

**3) прямое цитопатическое действие вируса**

4) стимуляция других инфекционных агентов

5) воздействие на гепатоцит продуктов распада других тканей, поврежденных вирусом

1. относятся к группе риска по вирусному гепатиту В и нуждаются в вакцинопрофилактике

1) физики-ядерщики

**2) врачи-стоматологи**

3) слесари-сантехники

4) токари-фрезеровщики

5) шоферы-дальнобойщики

1. вирусный гепатит С характеризуется

**1) высоким риском хронизации**

2) высокой активностью процесса

3) преобладанием холестатического синдрома

4) отсутствием трансформации в цирроз печени

5) возможностью специфической профилактики

1. Препаратом выбора при лечении хронического аутоиммунного гепатита является

1) рибавирин

**2) преднизолон**

3) α-интерферон

4) урсодезоксихолевая кислота

5) эссенциальные фосфолипиды

1. лабораторным маркером хронического аутоиммунного гепатита является

1) наличие LE-клеток

2) наличие HBs-антигена

3) наличие антиHCV-антител

**4) наличие антинуклеарных антител**

5) повышение активности трансаминаз

1. дозозависимое гепатотоксическое действие оказывают

1) нитраты

2) спазмолитики

3) β-адреноблокаторы

4) отхаркивающие средства

**5) антибиотики группы тетрациклина**

1. Степень активности хронического гепатита определяется

1) по степени ускорения скорости оседания эритроцитов

2) по степени снижения концентрации альбумина в крови

**3) по степени повышения активности трансаминаз в крови**

4) по степени повышения концентрации билирубина в крови

5) по степени повышения активности гамма-глутамилтранспептидазы в крови

1. основным методом диагностики активности и стадии хронического гепатита является

1) ультразвуковое исследование печени и селезенки

**2) морфологическое исследование биоптата печени**

3) компьютерная томография печени и селезенки

4) определение уровня трансаминаз в крови

5) сцинтиграфия печени

1. основным методом диагностики хронической вирусной инфекции является

**1) выявление тканевых и сывороточных маркеров вирусов**

2) выявление биохимических маркеров холестаза

3) выявление биохимических маркеров цитолиза

4) выявление гипергаммаглобулинемии в крови

5) микробиологическое исследование крови

1. Этиотропная терапия вирусных гепатитов проводится

1) циклофосфамидом

2) пеницилламином

**3) α-интерфероном**

4) ванкомицином

5) меропенемом

1. самой ранней формой алкогольной болезни печени является

1) цирроз

**2) стеатоз**

3) стеатогепатит

4) панкреонекроз

5) аутоиммунный геаптит

1. патогенетическое Лечение хронического аутоиммунного гепатита включает

1) назначение урсодезоксихолевой кислоты

2) применение α-интерферона

**3) применение преднизолона**

4) прием гепатопротекторов

5) гемотрансфузии

1. Признаком хронического лекарственного гепатита является

1) частая ассоциация с вирусным гепатитом В

2) нормальные показатели трансаминаз в крови

**3) связь с прямым гепатотоксическим действием препарата**

4) положительный результат сцинтиграфия печени и селезенки

5) связь с прямым повреждением лекарством рецепторного аппарата тканей организма

1. Принципы лечения хронического лекарственного гепатита включают

1) бальнеотерапию

2) терапию а-интерфероном

3) физиотерапевтическое лечение

4) назначение витаминов группы В

**5) устранение этиологического фактора**

1. прогноз при алкогольной болезни печени определяется

1) своевременностью назначения α-интерферона

2) характером морфологической картины

**3) отказом от употребления алкоголя**

4) реакцией трансаминаз на терапию

5) степенью активности процесса

1. Отличительными гистологическими признаками цирроза печени являются

1) стеатоз и апоптоз гепатоцитов

**2) фиброзные септы, узлы-регенерации**

3) бБаллонная и гидропическая дистрофия гепатоцитов

4) многочисленные очаги колликвационного и коагуляционного некроза

5) нейтрофильная инфильтрация холангиол, гиалиновые тельца Маллори

1. цирроз печени от хронического гепатита отличается

1) синдромом печеночно-клеточной недостаточности

**2) синдромом портальной гипертензии**

3) синдромом холестаза

4) синдромом цитолиза

5) желтухой

1. Лабораторным признаком синдрома цитолиза гепатоцитов является

1) повышение уровня холестерина

**2) повышение уровня трансаминаз**

3) повышение уровня протромбина

4) снижение содержания прямого билирубина

5) повышение уровня факторов свертывания крови

1. лабораторнымИ признакамИ синдрома холестаза являЮтся

1) гипохолестеринемия, прямая гипербилирубинемия

2) снижение уровня фибриногена, гипохолестеринемия

3) повышение активности трансаминаз и лактатдегидрогеназы

4) гипергаммаглобулинемия, непрямая гипербилирубинемия

**5) повышение активности щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы, повышение уровня прямого билирубина**

1. лабораторным признакОм синдрома ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ является

**1) гипоальбуминемия**

2) гипербилирубинемия

3) гипергаммаглобулинемия

4) повышение активности трансаминаз

5) повышение активности щелочной фосфатазы

1. Клиническими проявлениями синдрома портальной гипертензии при циррозе печени являются

1) инверсия сна, раздражительность

2) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела

3) петехии, носовые кровотечения телеангиоэктазии

4) полиурия, повышенная жажда, гипотония, брадикардия

**5) асцит, спленомегалия, варикозно-расширенные вены пищевода, «голова медузы»**

1. клиническими проявлениями печеночной энцефалопатии являются

**1) инверсия сна, раздражительность**

2) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела

3) петехии, носовые кровотечения телеангиоэктазии

4) полиурия, повышенная жажда, гипотония, брадикардия

5) асцит, спленомегалия, варикозно-расширенные вены пищевода, «голова медузы»

1. лабораторными показателями, использующимися для оценки степени тяжести цирроза печени по критериям Child-Pugh, являются

1) холестерин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза

**2) билирубин, альбумин, протромбиновое время**

3) трансаминазы, фибриноген, билирубин

4) лактатдегидрогеназа, трансаминазы

5) гамма-глобулины, α-фетопротеин

1. отечный, гладкий, цианотичный или гиперемированный («кардинальский») язык характерен

1) для пневмонии

2) для рака пишевода

**3) для цирроза печени**

4) для сахарного диабета

5) для желчного рефлюкса

1. препаратом выбора для лечения первичного билиарного цирроза печени является

1) преднизолон

2) аторвастатин

3) α-интерферон

4) ацетилсалициловая кислота

**5) урсодезоксихолевая кислота**

1. основным методом диагностики цирроза печени является

1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

2) компьютерная томография органов брюшной полости

3) обзорная рентгенография брюшной полости

**4) пункционная биопсия печени**

5) сцинтиграфия печени

1. осложнением цирроза печени является

**1) кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода**

2) хроническая почечная недостаточность

3) дискинезия желчного пузыря

4) артериальная гипертензия

5) сахарный диабет

1. основным инструментальным методом диагностики неспецифического язвенного колита является

1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

2) компьютерная томография органов брюшной полости

3) обзорная рентгенография брюшной полости

**4) колоноскопия с биопсией**

5) ирригоскопия

1. миотропным спазмолитиком, селективно действующим на гладкую мускулатуру кишечника, является

1) папверин

**2) мебеверин**

3) дротаверин

4) сульфасалазин

5) урсодезоксихолевая кислота

1. При гломерулонефритах в патологический процесс преимущественно вовлекаются

1) чашечки и лоханка

2) почечные артерии

3) почечные вены

**4) клубочки**

5) канальцы

1. Этиологическим фактором острого гломерулонефрита является

**1) инфекция**

2) артериальная гипертензия

3) стеноз почечной артерии

4) тяжелый физический труд

5) сильный эмоциональный стресс

1. Для нефротического синдрома характерна

1) гиполипидемия

2) макрогематурия

3) гиперпротеинемия

4) артериальная гипертензия

**5) протеинурия более 3 г/сут**

1. Для нефритического синдрома характерна

1) полиурия

2) гиперлипидемия

3) гипопротеинемия

**4) протеинурия до 3 г/сут**

5) протеинурия более 3,5 г/сут

1. клинической формой хронического гломерулонефрита является

**1) латентная**

2) фиброзная

3) капиллярная

4) фибропластическая

5) мезангиопролиферативная

1. Наиболее частой причиной острого гломерулонефрита является

1) кишечная палочка

2) вирус гепатита С

3) вирус гепатита В

4) стафилококк

**5) стрептококк**

1. В анализе мочи при остром гломерулонефрите обнаруживаются

1) сахар

2) ураты

3) оксалаты

4) лейкоциты и лекйкоцитарные цилиндры

**5) эритроциты и эритроцитарные цилиндры**

1. клинической формой хронического гломерулонефрита является

**1) гипертоническая**

2) стенозирующая

3) склеротическая

4) нефритическая

5) гнойная

1. при массивных кровотечениях, сопровождающихся резким снижением объема циркулирующей крови, развивается острая почечная недостаточность

1) постренальная

2) терминальная

**3) преренальная**

4) токсическая

5) ренальная

1. анемия при хронической почечной недостаточности обусловлена

1) дисфункцией тромбоцитов

2) уменьшением синтеза витамина D

**3) уменьшением выработки эритропоэтина**

4) уменьшением поступления железа с пищей

5) уменьшением экскреция электролитов и воды

1. Красная воспаленная слизистая оболочка полости рта , покрытая серым экссудатом и фибринозными пленками, характерна

1) для рака пишевода

2) для цирроза печени

3) для желчного рефлюкса

**4) для уремического стоматита**

5) для хронического атрофической гастрита

1. препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии при остром гломерулонефрите являются

1) статины

2) петлевые диуретики

3) бета-адреноблокаторы

4) альфа-адреноблокаторы

**5) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента**

1. Критерием анурии является

1) наличие нефротического синдрома

**2) выделение за сутки менее 50 мл мочи**

3) выделение за сутки менее 100 мл мочи

4) неконтролируемая артериальная гипертензия

5) нарастание в крови концентрации креатинина

1. В качестве иммуносупрессивной терапии гломерулонефритов применяют

1) диуретики

2) антибиотики

**3) глюкокортикоиды**

4) иммуномодуляторы

5) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

1. Появление у больного на 15-й день от начала стрептококковой инфекции макрогематурии и параорбитальных отеков можно расценивать как

**1) острый постстрептококковый гломерулонефрит**

2) обострение хронического гломерулонефрита

3) быстропрогрессирующий гломерулонефрит

4) нефротический синдром

5) острый пиелонефрит

1. Для гипертонического варианта хронического гломерулонефрита характерны

1) высокое систолическое и большое пульсовое артериальное давление

**2) высокое диастолическое и низкое пульсовое артериальное давление**

3) злокачественная артериальная гипертензия в дебюте заболевания

4) изолированная систолическая артериальная гипертензия

5) артериальная гипотензия

1. Для диагностики морфологического варианта хронического гломерулонефрита применяют

1) обзорную рентгенографию брюшной полости

2) ультразвуковое исследование почек

3) компьютерную томографию почек

**4) пункционную биопсию почки**

5) экскреторную урографию

1. при обструкции мочевых путей конкрементами при мочекаменной болезни развивается острая почечная недостаточность

**1) постренальная**

2) терминальная

3) преренальная

4) токсическая

5) ренальная

1. Противопоказанием для пункционной биопсии почки является

1) гематурия

2) нефритический синдром

3) нефротический синдром

4) артериальная гипертензия

**5) наличие единственной функционирующей почки**

1. Наиболее частым возбудителем инфекций мочевых путей является

1) Staphylococcus saprophyticus

2) Proteus mirabilis

3) Proteus vulgaris

**4) Escherichia coli**

5) Klebsiella

1. Характерным изменением мочи при обострении ХРОНИЧЕСКОГО пиелонефрита является

1) оксалатурия

2) цилиндрурия

**3) лейкоцитурия**

4) макрогематурия

5) выраженная протеинурия

1. Клиническая картина острого пиелонефрита характеризуется

1) лихорадкой, болями в поясничной области, макрогематурией

**2) лихорадкой, болями в поясничной области, дизурией**

3) злокачественной артериальной гипертензией

4) хронической почечной недостаточностью

5) олигоанурией и отеками

1. Экстракорпоральным методом лечения почечной недостаточности является

**1) гемодиализ**

2) гемотрансфузия

3) пневмоперитонеум

4) инфузионная терапия

5) терапия эритропоэтином

1. Нефротоксическим действием обладают

1) нитраты

2) статины

**3) аминогликозиды**

4) полусинтетические пенициллины

5) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

1. Ранними признаками хронической почечной недостаточности являются

1) артериальная гипертензия и отеки

2) изостенурия и дизурия

3) олигоанурия и анемия

**4) полиурия и никтурия**

5) лихорадка и дизурия

1. Отсутствие деформации суставов характерно для

1) подагры

2) остеоартроза

3) болезни Бехтерева

4) ревматоидного артрита

**5) ревматического артрита**

1. ревматический артрит характеризуется

1) облигатным поражением височно-нижнечелюстного сустава

2) поражением первого плюсне-фалангового сустава

3) преимущественным поражением суставов кисти

4) симметричным поражением мелких суставов

**5) «летучим» поражением крупных суставов**

1. препаратом выбора в качестве симптоматического лекарственного средства быстрого действия при остеоартрозе является

1) трамадол

**2) парацетамол**

3) преднизолон

4) индометацин

5) хондроитин сульфат

1. истончение суставного хряща на рентгенограмме проявляется

1) остеофитозом

**2) сужением суставной щели**

3) субхондральными кистами

4) субхондральным остеопорозом

5) субхондральным остеосклерозом

1. местное повышение температуры над суставом и воспалительные изменения в крови при остеоартрозе характерны для

1) анкилоза

2) остеофитоза

**3) реактивного синовита**

4) субхондрального остеосклероза

5) сухожильно-мышечной контрактуры

1. типичным проявлением остеоартроза является

**1) механический ритм болей**

2) «летучий» характер болей

3) двухсторонний сакроилеит

4) длительная утренняя скованность

5) симметричное поражение мелких суставов

1. препаратом моноклональных антител для лечения ревматоидного артрита является

1) хлорохин

2) метотрексат

3) преднизолон

**4) инфликсимаб**

5) сульфасалазин

1. базисными противовоспалительными препаратами для лечения ревматоидного артрита являются

1) неселективные противовоспалительные препараты

2) селективные противовоспалительные препараты

3) глюкокортикостероиды

4) хондропротекторы

**5) цитостатики**

1. лабораторным критерием активности ревматоидного артрита является

1) анемия

2) лейкоцитоз

3) гиперхолестеринемия

4) активность трансаминаз

**5) скорость оседания эритроцитов**

1. типичным проявлением ревматоидного артрита является

**1) утренняя скованность**

2) механический ритм болей

3) «летучий» характер болей

4) двухсторонний сакроилеит

5) односторонний артрит коленного сустава

1. для ревматоидного артрита характерно

1) поражение первого плюсне-фалангового сустава

2) преимущественное поражение коленных суставов

**3) симметричное поражение мелких суставов кистей рук**

4) асимметричное «летучее» поражение крупных суставов

5) облигатное поражение височно-нижнечелюстного сустава

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Эталон ответа |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |