

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 «ТЕРАПИЯ»

1	Организационные вопросы оказания терапевтической помощи. Современное состояние системы здравоохранения
1	Показатель «число диагностических ошибок» относится к типу показателей
	ресурсному
	качественному
	интегральному
	финансовому
2	Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в собственности
	страховых медицинских организаций
	предприятий, организаций
	фонда социального страхования населения Российской Федерации
	государства
3	Записи в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у) ведутся на языке
	русском
	английском
	региона
	любом
4	Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается в
	субъективных характеристиках
	процентах
	десятичных долях
	долях от целого
5	Датой установления инвалидности является
	дата регистрации документов в бюро
	дата непосредственного освидетельствования
	дата открытия больного листа
	следующий день после регистрации документов в бюро
6	Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет
	Министерство Здравоохранения
	Федеральное медико-биологическое агентство
	бюро медико-социальной экспертизы
	территориальный фонд ОМС
7	Целью медицинского страхования в России является
	сохранение и укрепление здоровья населения
	упорядочение отчётности медицинских организаций
	усиление ответственности медицинских работников за качество медицинской помощи
	гарантирование гражданам медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств
8	В случае признания гражданина инвалидом ему выдают
	справку о группе инвалидности, индивидуальную программу реабилитации, при наличии листка временной нетрудоспособности в нем делается отметка об экспертном решении

	справку произвольной формы и выписку о результатах прохождения МСЭ
	выписку из протокола заседания бюро МСЭ и индивидуальную программа реабилитации
	только справку о группе инвалидности
9	Современная система оплаты труда в здравоохранении является
	стимулирующей
	повременной
	комиссионной
	сдельной
10	К первичным факторам риска заболеваний относят
	сахарный диабет
	гиподинамию
	гиперхолестеринемию
	артериальную гипертензию
11	Наличие материальных ценностей в медицинской организации отражает
	приёмно-передаточная накладная
	требование на получение материальных ценностей
	акт на списание материальных ценностей
	инвентаризационная (сличительная) ведомость
12	Из условий, влияющих на здоровье, наиболее значимым, согласно данным ВОЗ, является
	образ жизни
	здравоохранение
	внешняя среда
	наследственность
13	Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является
	старшая медицинская сестра
	заведующий структурным подразделением
	медсестра процедурного кабинета
	постовая медицинская сестра
14	Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет
	лечащий врач с утверждением заведующего отделением
	лечащий врач самостоятельно
	руководители лечебно-профилактических учреждений и поликлиник
	клинико-экспертная комиссия по представлению лечащего врача и заведующего отделением
15	Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица
	дети, пожилые, беременные
	без определенного места жительства
	с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
	мигранты
16	В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают
	инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания
	новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания
	травмы и отравления, болезни органов дыхания
	болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления

17	Укажите, какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким
	амбулаторно-поликлиническая помощь
	скорая медицинская помощь
	стационарная помощь
	санаторно-курортная помощь
18	Страховое обеспечение по ОМС – это
	исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении страхового риска и по ее оплате медицинской организации
	исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
	исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу своевременной медицинской помощи при возникновении страхового риска или страхового случая
	исполнение обязательств по предоставлению лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации
19	Обособленное структурное подразделение медицинской организации, выполняющее лабораторные исследования, не требующие сложного, высокопроизводительного оборудования и специально обученного персонала
	клинико-диагностическая лаборатория I уровня
	клинико-диагностическая лаборатория II уровня
	клинико-диагностическая лаборатория III уровня
	клинико-диагностическая лаборатория IV уровня
20	Вид исследования, которое может выполняться только в клинико-диагностической лаборатории III уровня
	иммуногематологические исследования
	биохимические исследования крови и других биологических материалов
	определение чувствительности к индукторам интерферона
	определение глюкозы в крови
21	Вид исследования, которое может выполняться в клинико-диагностической лаборатории II уровня
	определение чувствительности к индукторам интерферона
	скрининговые исследования на ВИЧ
	исследование интерферонового статуса
	определение чувствительности к иммуномодуляторам интерферона
22	Какую ответственность несет врач за разглашение врачебной тайны?
	административную, уголовную, гражданско-правовую
	гражданско-правовую, уголовную, дисциплинарную
	дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную
	уголовную, дисциплинарную, административную
23	В каких случаях, и с какой целью допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну?
	по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
	в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
	при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
	по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина

24	Всегда ли следует получать согласие больного или его законного представителя на медицинское вмешательство?
	всегда, кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно
	всегда при проведении медицинского вмешательства
	всегда, когда медицинское вмешательство неотложно
	всегда, когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке
25	Общественное здоровье – это
	наука о социологии здоровья
	система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
	наука о социальных проблемах медицины
	наука о закономерностях здоровья
26	Здравоохранение – это
	наука о социологии здоровья
	система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
	наука о социальных проблемах медицины
27	Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют
	экологические
	биологические
	образ жизни
	уровень организации медицинской помощи
28	Вопросы оказания медицинской помощи в Российской Федерации регулируются следующей отраслью права
	природоохранное (экологическое) право
	пенсионное право
	трудовое право
	медицинское право
29	Здоровье по определению Устава ВОЗ – это
	состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции
	состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов
	состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения
30	В структуре заболеваемости населения по данным обращаемости на первом месте стоят болезни
	системы кровообращения
	системы пищеварения
	органов дыхания
	нервной системы
31	Основной учётный документ при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности
	медицинская карта амбулаторного больного
	листок нетрудоспособности
	экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
	статистическая карта выбывшего из стационара
32	Инвалидность - это утрата трудоспособности
	стойкая
	временная
	общая
	профессиональная

33	Первое место в структуре инвалидности занимают
	болезни органов дыхания
	последствия травм
	болезни сердечно-сосудистой системы
	новообразования
34	Основным в странах со страховой медициной источником финансирования
	здравоохранения является средства
	предприятий и организаций
	граждан
	бюджета
	социального страхования, включающие ОМС
35	Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является
	посещение больного по поводу заболевания
	первичное обращение больного по поводу данного заболевания в текущем году
	каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
	первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания
36	Профилактика – это
	мера государственного воздействия
	комплекс санитарных норм
	один из элементов медицинской помощи
37	Целью диспансеризации населения является
	улучшение здоровья населения
	наблюдение за прикрепленным контингентом
	оценка здоровья пациента на момент обследования
	оказание специализированной медицинской помощи
38	Первым уровнем экспертизы временной нетрудоспособности является
	лечащий врач
	заведующий отделением
	клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
39	Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют лечащие врачи, работающие в
	лечебно-профилактических учреждениях
	государственной системы здравоохранения
	муниципальной и частной системах здравоохранения
	государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения при
	наличии соответствующей лицензии
40	Продление листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах свыше 30 дней
	осуществляет
	лечащий врач
	заведующий отделением
	клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения
41	Главным источником финансирования здравоохранения России является
	бюджет
	средства обязательного медицинского страхования
	средства добровольного медицинского страхования
	средства предприятий, учреждений, организаций
42	Наиболее тяжелой группой инвалидности является
	1-я группа
	2-я группа
	3-я группа

43	Установление группы инвалидности осуществляется
	участковым врачом
	заведующим отделением
	клинико-экспертной комиссией
	бюро медико-социальной экспертизы
44	Какой документ используют для изучения заболеваемости злокачественными новообразованиями?
	амбулаторную карту
	статистический талон
	талон на прием к врачу
	извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
45	Наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении
	развитие первичной медико-санитарной помощи
	развитие сети диспансеров
	повышение роли стационаров
	повышение роли санаторно-курортной помощи
46	Основной фигурой в системе профилактики являются
	врачи центра медицинской профилактики
	специалисты центров Роспотребнадзора
	участковые врачи поликлиники
	врачи психоневрологического диспансера
47	Вторичная профилактика - это
	предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний
	предупреждение обострений заболевания
	предупреждение возникновения инвалидности
48	Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения
	острых заболеваний
	инфекционных заболеваний
	несчастных случаев
	хронических заболеваний
49	Какие выделяют виды реабилитации инвалидов?
	психологическая, социальная
	медицинская, психологическая, профессиональная, социальная
	полная, частичная
	психологическая, профессиональная
50	Высокотехнологичная медицинская помощь
	обособлена в своем определении и анализе
	является частью специализированной медицинской помощи
	является частью системы государственных гарантий граждан РФ
	устанавливается согласно программе ОМС
51	На занятие частной врачебной медицинской практикой имеют право лица
	получившие диплом врача
	получившие диплом врача и удостоверение об аккредитации
	получившие диплом врача, удостоверение об аккредитации и лицензию на избранный вид деятельности
52	Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь

	в территориальной поликлинике
	в любой поликлинике Российской Федерации
	в любой поликлинике населенного пункта
	в любой поликлинике субъекта Федерации
53	Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан больничный лист трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования:
	рентгеноскопия грудной клетки
	колоноскопия
	эхокардиография
	подбор контактных линз
54	Укажите страну, где наблюдается наибольшая разница в продолжительности жизни мужчин и женщин
	Япония
	Россия
	Германия
	США
55	Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца
	мечевидный отросток
	нижняя треть грудины
	левая половина грудной клетки
	средняя часть грудины
56	Дайте определение понятия «сопутствующее заболевание»
	заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти
	заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти
	заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья
	заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность
57	Перечислите показатели заболеваемости социально значимых болезней, которые характеризуют качество и доступность медицинской помощи по программе государственных гарантий
	наркомания, токсикомания, психические расстройства, ВИЧ-инфекция
	онкозаболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, сифилис
	артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца
	туберкулез, ВИЧ-инфекция, гонорея, артериальная гипертензия
1	Общие вопросы диагностики и лечения заболеваний в практике врача-терапевта
58	Как выглядит на ЭКГ интрамуральный инфаркт миокарда?
	глубокий отрицательный зубец Т
	уширенный зубец Q небольшой амплитуды
	сегмент ST ниже изолинии дугой вниз
	сегмент ST выше изолинии дугой вверх
59	Субэндокардиальный инфаркт миокарда имеет отражение на ЭКГ в виде
	снижение сегмента ST с отрицательным зубцом Т
	отрицательный зубец Т
	снижение ST, уменьшение зубца R, зубец Т двухфазный или отрицательный
	снижение сегмента ST в грудных отведениях, подъем ST в III, AVF

60	Как выглядит на ЭКГ трансмуральное ишемическое повреждение передней стенки левого желудочка в отведении V2 в подострой стадии?
	сегмент ST ниже изолинии
	сегмент ST выше изолинии дугой вверх
	глубокий патологический зубец Q
	сегмент ST выше изолинии и отрицательный зубец T
61	Для хронической аневризмы характерно
	отсутствие отрицательного зубца T
	повышение сегмента ST в течение длительного времени
	снижение сегмента ST в течение длительного времени
	высокий "коронарный" зубец T
62	Внешнее дыхание определяют процессы
	вентиляция, диффузия
	вентиляция, диффузия, перфузия, тканевое окисление, газообмен
	вентиляция, диффузия, перфузия
	тканевое окисление, газообмен
63	При какой продолжительности приступа фибрилляции предсердий назначение антикоагулянтов до кардиоверсии необходимо
	48 часов и более
	6-12 часов
	12-24 часа
	72 часа
64	При какой продолжительности приступа фибрилляции предсердий не прямые антикоагулянты до кардиоверсии можно не назначать
	6-12 часов
	12-24 часа
	72 часа
	менее 48 часов
65	Терапевтическая широта (терапевтическое окно) – это
	отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови
	терапевтическая доза лекарства
	процент не связанного с белком лекарства
	диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства
66	При назначении следующих лекарственных средств следует учитывать функцию и печени, и почек
	липофильных, образующих неактивные метаболиты
	липофильных, образующих активные метаболиты
	гидрофильных
	гепатотоксичных
67	Селективность действия лекарственного вещества зависит от
	объема распределения
	периода полувыведения
	дозы
	связи с белком
68	Препаратом выбора при наличии атипичных возбудителей (микоплазма, хламидии) является
	метронидазол
	гентамицин
	карбенициллин

	азитромицин
69	Препаратами выбора при наличии атипичных возбудителей (микоплазма, хламидии) являются
	пенициллины
	аминогликозиды
	цефалоспорины
	фторхинолоны
70	К какому классу противовирусных средств относится осельтамивир?
	противогриппозные
	антиретровирусные
	противогерпетические
	противоцитомегаловирусные
71	Выберите препарат с доказанной противогриппозной эффективностью
	занамивир
	гриппферон
	дибазол
	амиксин
72	При достижении целевых значений артериального давления
	следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках неопределенно долгий срок
	можно отменить один из препаратов на некоторый период времени
	можно разрешить пропуск приема препаратов на 1-2 дня в неделю
	следует продолжать лечение препаратами в подобранных дозировках не менее 3 месяцев
73	Относительным противопоказанием к проведению нагрузочного теста является
	острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток
	критический аортальный стеноз
	острый миокардит
	стеноз ствола левой коронарной артерии
74	Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком
	инфаркта миокарда
	тампонады сердца
	тромбоэмболии легочной артерии
	фибрилляции предсердий
75	Изменения ЭКГ, характерные для синусовой тахикардии
	увеличение интервалов PP и RR
	удлинение интервала QT
	уменьшение интервалов PP и RR
	увеличение зубца T
76	При лечении гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка препаратами выбора являются
	блокаторы ангиотензиновых рецепторов
	диуретики
	β-адреноблокаторы
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
77	Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного приступом стенокардии, является
	моксонидин
	нифедипин

	нитроглицерин
	клофелин
78	При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда
	200 Дж
	220 W
	150 Дж
	50 Дж
79	Для лиц в пожилом возрасте характерными реакциями на физическую нагрузку являются
	быстрая вработываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв
	медленная вработываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв
	средняя вработываемость, средняя продолжительность восстановительного периода после нагрузки, средний функциональный резерв
	медленная вработываемость, удлинение восстановительного периода после нагрузки, низкий функциональный резерв
80	Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, наиболее эффективен препарат
	фентанил
	фуросемид
	клонидин
	сернокислая магнезия
81	К непрямым антикоагулянтам относится
	аспирин
	клопидогрель
	варфарин
	гепарин
82	Какие аритмии сердца являются прогностически безопасными?
	частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с острым инфарктом миокарда
	устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса
	частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца
	устойчивая желудочковая тахикардия у больных с низкой фракцией выброса
83	Признак дисфункции синусового узла
	выраженная синусовая брадикардия
	АВ-блокада I степени
	предсердная экстрасистолия
	фибрилляция предсердий
84	Самым опасным осложнением, связанным с приемом кордарона, является
	возникновение фиброза легких
	нарушение функции щитовидной железы
	фотосенсибилизация
	периферические нейропатии
85	Показатель международное нормализованное отношение (МНО) необходимо контролировать при терапии
	ривароксабаном
	варфарином

	дабигатраном
	гепаринами
86	Какие процессы приводят к обструкции?
	бронхоспазм
	отёк слизистой бронхов
	рубцовая деформация бронхов
	пневмоторакс
87	ЭКГ признаки полной блокады левой ножки пучка Гиса
	ширина комплекса QRS более 0.12
	широкий зубец R в левых грудных отведениях
	отсутствие зубца Q в I и V5-6 отведениях
	QS в правых грудных отведениях
	зубец Q в I и V5-6 отведениях
88	Критерии пароксизмальной предсердной тахикардии
	зубец P связан с QRS
	частота ритма предсердий 150 – 200 сокращений в минуту
	частота ритма предсердий 200 – 300 сокращений в минуту
	удлинение интервала PQ при ПТ (длиннее, чем при синусовом ритме)
	феномен АВ блокады с кратностью проведения импульсов на желудочки
	абберация желудочкового комплекса по типу блокады правой ножки пучка Гиса
	абберация желудочкового комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса
	укорочение интервала PQ при ПТ (короче, чем при синусовом ритме)
89	Критерии синдрома Фредерика
	фибрилляция предсердий и АВ блокада III ст. (атриовентрикулярная диссоциация)
	регулярный желудочковый ритм
	постоянные интервалы R-R
	40-60 желудочковых сокращений в минуту
	меняющиеся интервалы R-R
90	Подъем сегмента ST у больных без ишемической болезни сердца на ЭКГ, зарегистрированной в состоянии покоя, может наблюдаться при
	острых перикардитах
	нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях с глубокими зубцами S
	тромбоэмболии легочной артерии в отведениях V1-2
	синдроме ранней реполяризации
	синдроме удлинения интервала QT
91	Высокая относительная плотность мочи характерна для
	сморщенной почки
	сахарного диабета
	хронического нефрита
	пиелонефрита
92	Дыхательный объем – это
	максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
	объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
	максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
	объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха
93	Везикулярное дыхание выслушивается на
	протяжении всего вдоха и всего выдоха
	вдохе и первой трети выдоха
	вдохе и первых двух третях выдоха
	выдохе

1	Болезни органов дыхания
94	Основным рентгенологическим признаком пневмонии является
	инфильтрация легочной ткани
	усиление легочного рисунка
	обеднение легочного рисунка
	выпот в плевральной полости
	образование полости
95	Пневмония при коронавирусной инфекции характеризуется
	преобладанием интерстициального компонента
	склонностью к абсцессам
	гнойным расплавлением легочной ткани
	поражением верхних долей
96	Идентификация возбудителя при пневмонии
	обязательно проводится до начала антибактериальной терапии
	проводится, но антибактериальная терапия начинается эмпирически
	важна для экспертизы
	проводится с научной целью
97	Повышенный уровень С-реактивного белка в сыворотке крови характерен для
	бронхиальной астмы
	гистиоцитоза Х
	микробного паренхиматозного воспаления
	бронхиальной астмы, интерстициального легочного фиброза
98	Тест определения антигена микроорганизма в моче проводится с целью
	верификации определения
	легионеллеза
	микоплазменной пневмонии
	вируса гриппа
	грибковой инфекции
	хламидийной пневмонии
99	Прогностические шкалы помогают определить
	этиологию пневмонии
	риск неблагоприятного исхода и место проведения лечения
	распространённость процесса
	сроки антибактериальной терапии
	социальный статус пациента
100	Синдром средней доли характеризуется
	наличием перициссурита
	наличием воздуха в междолевой плевре
	полным или частичным ателектазом средней доли
	болевым синдромом
	фиброзом плевры
101	Шкала CURB-65 отличается от шкалы CRB-65
	в ней учитывается возраст пациента
	в ней учитывается показатель сатурации кислорода в артериальной крови
	в ней учитывается уровень лейкоцитов
	в ней учитывается уровень азота мочевины крови
	в ней учитывается пол пациента
102	Тактика ведения пациента с пневмонией при наличии 2-х баллов по шкале CRB-65
	лечение дома
	госпитализация в отделение реанимации
	госпитализация в стационар

	необходимо провести дополнительное обследование
103	Какой путь инфицирования является ведущим при внебольничной пневмонии?
	микроаспирация
	ингаляция микробного аэрозоля
	гематогенная диссеминация
	реактивация латентной инфекции
	непосредственное распространение инфекции
104	Какой путь инфицирования является ведущим при нозокомиальной пневмонии?
	микроаспирация
	ингаляция микробного аэрозоля
	гематогенная диссеминация
	реактивация латентной инфекции
	непосредственное распространение инфекции
105	Внебольничная пневмония – это
	пневмония у лиц, не работающих в больнице
	пневмония, развившаяся во внебольничных условиях
	пневмония у пациентов, выписанных из больницы
	пневмония у медицинских работников
106	Внебольничная пневмония – это
	остро возникшее заболевание
	заболевание с хроническим течением
	заболевание с рецидивирующим течением
	заболевание с возвратным течением
	заболевание туберкулезной этиологии
107	К внебольничной пневмонии относят заболевание, развившееся в условиях больницы в течение
	48 часов с момента поступления
	72 часов с момента поступления
	24 часов с момента поступления
	через неделю после поступления
108	Нозокомиальная пневмония – это заболевание, развившееся
	позже, чем через 36 часов с момента поступления в больницу
	позже, чем через 24 часа с момента поступления в больницу
	позже, чем через 48 часов с момента поступления в больницу
	сразу же при поступлении в больницу
109	Барьерную функцию лёгких выполняют:
	кашлевой рефлекс
	мукоцилиарный клиренс
	секреторный иммуноглобулин А
	альвеолярные макрофаги, кашлевой рефлекс, мукоцилиарный клиренс, секреторный иммуноглобулин А
	альвеолярные макрофаги, секреторный иммуноглобулин А
110	Укажите лекарственное средство, способствующее разрушению бактериальных биопленок
	пенициллин
	флуконазол
	N-ацетилцистеин
	рофлумиласт
111	К облигатным внутриклеточным возбудителям пневмонии относится
	пневмококк

	коронавирус
	хламидия
	золотистый стафилококк
	гемофильная палочка
112	Пневмококк (<i>S. pneumoniae</i>)
	является нормальным сапрофитом ротоглотки
	попадает в легкие из вентиляционных сетей
	размножается в желудочно-кишечном тракте
	является компонентом домашней пыли
	в норме в организме человека не встречается
113	Источником заражения <i>Legionella pneumophila</i> является
	домашняя пыль
	постельные принадлежности
	система водоснабжения
	пищевые продукты
	атмосферный воздух
114	Пациент, который получает лечение программным гемодиализом на протяжении 3 месяцев, поступает в стационар общего профиля с жалобами на кашель, лихорадку. На рентгенограмме – инфильтрация в нижней доле правого легкого. Как грамотно сформулировать основной диагноз?
	внебольничная пневмония
	нозокомиальная пневмония
	атипичная пневмония
	пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи
	пневмония, связанная с иммунодефицитом
115	Самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является
	стафилококк
	микоплазма
	пневмококк
	хламидия
	гемофильная палочка
116	Пневмония после гриппа чаще всего связана с инфицированием
	микоплазмой
	пневмококком
	золотистым стафилококком
	легионеллой
	хламидией
117	При несанированной полости рта пневмония будет вызвана скорее всего
	легионеллой
	пневмококком
	анаэробами
	моракселлой
	синегнойной палочкой
118	Пациент нуждается в дообследовании, если после окончания антибактериальной терапии инфильтрация сохраняется на протяжении
	3 дней
	1 недели
	2 недель
	3 недель
	4 недель
119	Пневмония, вызванная вирусом гриппа

	поражает верхнюю долю
	поражает нижнюю долю
	развивается в форме альвеолита
	поражает язычковую долю
120	Организирующаяся пневмония – это
	пневмония в организованных коллективах
	разрастание грануляционной ткани в альвеолах и респираторных бронхиолах
	экзогенный аллергический альвеолит
	пневмония с поражением средней доли
121	При нетяжелой внебольничной пневмонии длительность антибактериальной терапии обычно составляет
	18 дней
	7 дней
	12 дней
	21 день
122	К так называемым атипичным возбудителям пневмонии относятся
	стафилококки
	микоплазмы
	боррелии
	сальмонеллы
	микобактерии
123	Вакцинация против пневмококка проводится
	всему работоспособному населению
	всем работникам транспорта
	лицам старше 65 лет
	лицам, работа которых связана с вредным воздействием на легкие и бронхи
124	Препаратами первой линии для лечения внебольничной пневмонии без сопутствующих заболеваний и не принимавших антимикробные препараты более двух дней за последние три месяца являются
	респираторные фторхинолоны
	тетрациклины
	гликопептиды
	амоксциллин или макролиды
	тетрациклины, респираторные фторхинолоны
125	Какие антибактериальные препараты являются альтернативными для лечения неосложненной внебольничной пневмонии у лиц с сопутствующими заболеваниями?
	респираторные фторхинолоны
	макролиды
	гликопептиды
	ингибитор-защищенные пенициллины
	карбапенемы
126	Критериям для отмены антибиотика при пневмонии является
	стойкая нормализация температуры
	полное разрешение инфильтрации на рентгенограмме
	нормализация СОЭ
	полное разрешение инфильтрации на рентгенограмме, нормализация СОЭ
127	Препаратом первой линии для лечения внебольничной пневмонии с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими антимикробные препараты более двух дней за последние три месяца являются
	защищенные аминопенициллины

	ципрофлоксацин
	ванкомицин
	карбапенем
128	Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы возникают
	только в крупных и средних бронхах
	только в мелких бронхах
	на всем протяжении бронхиального дерева
	в бронхах и альвеолах
	только в средних и мелких бронхах
129	Важнейшими критериями диагностики бронхиальной астмы являются
	приступы инспираторной одышки
	индекс курящего человека более 20 пачек/лет
	обратимый характер бронхиальной обструкции
	характерные изменения на рентгенограмме
	периодически возникающее кровохарканье
130	У больного аллергической бронхиальной астмой в мокроте чаще всего находят большое количество
	эозинофильных лейкоцитов
	нейтрофильных лейкоцитов
	грамположительных кокков
	грамотрицательных палочек
	эритроцитов
131	Бронходилататорный тест считают отрицательным в случае прироста ОФВ1
	менее 12% и менее 200 мл
	менее 15-20% и менее 300 мл
	менее 20% и менее 300 мл
	менее 25% и менее 400 мл
	менее 30% и менее 400 мл
132	Бронхопровокационный тест проводят
	с бронхолитиками
	с метахолином
	с гипертоническим раствором натрия хлорида
	с оксидом углерода
133	Бронхиальная астма, как правило, характеризуется наличием
	аллергии (атопии) в анамнезе
	появления экспираторной одышки и/или кашля
	суточных колебаний ПСВ более чем на 20%
	необратимости бронхиальной обструкции
	высокой эозинофилии крови и мокроты
134	Меры профилактики бронхиальной астмы
	ограничение занятий спортом
	поощрение занятий спортом
	отказ от курения
	массаж грудной клетки
	дыхательная гимнастика
135	Каково время начала действия и продолжительность действия сальметерола?
	начало 3-5 минут, продолжительность 4-6 часов
	начало 3-5 минут, продолжительность до 12 часов
	начало 10-20 минут, продолжительность до 12 часов
	начало 10-20 минут, продолжительность 4-6 часов

136	При приступе бронхиальной астмы больному проводится ингаляция
	бета-2-агонистов с быстрым началом действия
	кромонаов
	пролонгированных бета-2-агонистов
	ипратропия бромид
	кромонаов и пролонгированных бета-2-агонистов
137	При угрозе остановки дыхания у больного обострением бронхиальной астмы при аускультации
	выслушивается большое количество сухих хрипов
	хрипы не выслушиваются
	выслушивается большое количество влажных хрипов
	выслушиваются сухие и влажные хрипы
	выслушивается большое количество сухих разнотональных хрипов
138	Какой лекарственный препарат может спровоцировать приступ у больного с аспириновой формой бронхиальной астмы?
	сальбутамол
	теофиллины длительного действия
	метилпреднизолон
	диклофенак
	парацетамол
139	У больного с бронхиальной астмой (болеет 2 месяца) клинические симптомы наблюдаются ежедневно, в том числе ночью (чаще 1 раза в неделю), он ежедневно принимает ингаляционные бета-2-агонисты короткого действия. ОФВ1 72% от должных значений, прирост ОФВ1 в тесте с бронхолитиком 20%. С какой степени следует назначить лечение заболевания?
	первой (интермиттирующая)
	второй (персистирующая легкого течения)
	третьей (персистирующая средней тяжести)
	четвертой (персистирующая средней тяжести)
	пятой (тяжелая астма, трудно контролируемая)
140	Пациент принимает низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов. Ежедневно вынужден ингалировать короткодействующий бета-адреномиметик в связи с частым ощущением затруднения дыхания. Ваше заключение
	у пациента легкое течение бронхиальной астмы
	у пациента контролируемое течение бронхиальной астмы
	необходимо продолжить данное лечение
	необходимо назначить антагонисты лейкотриенов вместо ингаляционных глюкокортикостероидов
	необходимо перейти на следующую ступень лечения бронхиальной астмы
141	В настоящее время наиболее эффективными препаратами, контролирующими течение аллергической бронхиальной астмы, признаны
	ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия
	недокромил натрия
	ингаляционные глюкокортикостероиды
	системные глюкокортикостероиды
	теофиллины медленного высвобождения
142	Пролонгированные теофиллины при тяжелом обострении бронхиальной астмы
	показаны
	не показаны
	показаны при мониторинговании теофиллинов в плазме крови
	показаны при мониторинговании ЭКГ и теофиллинов в плазме крови
143	Системные глюкокортикостероиды при бронхиальной астме назначают

	только парентерально
	на пятой ступени терапии
	для лечения бронхиальной астмы, начиная с легкого персистирующего течения
	для лечения бронхиальной астмы, начиная с персистирующей средней тяжести
	при интермиттирующем течении
144	Основной базисной терапией бронхиальной астмы является
	терапия бронходилататорами
	противовоспалительная
	антибактериальная
	десенсибилизирующая
	антибактериальная и десенсибилизирующая
145	Пациент с бронхиальной астмой принимает ингаляционные глюкокортикоиды в высоких дозах + пролонгированные бета-2-агонисты. У него низкая потребность в препаратах неотложной помощи, ОФВ1=85%. Вы считаете, что
	у пациента достигнут контроль
	у пациента есть высокий риск обострений
	пациенту нужно отменить базисную терапию
	пациенту нужно оценить уровень контроля, используя опросники
146	Отказ от курения
	доказанный метод предотвращения прогрессирования хронической обструктивной болезни легких
	не играет роли в ведении больного с хронической обструктивной болезнью легких
	не имеет значения на поздних стадиях заболевания
	не имеет значения на ранних стадиях заболевания
147	Варениклин относится к группе _____ и используется в лечении _____
	никотинамических препаратов; никотиновой зависимости
	диуретиков; хронической сердечной недостаточности
	частичных агонистов никотиновых рецепторов; никотиновой зависимости
	антагонистом никотиновых рецепторов, используется в терапии никотиновой зависимости
148	Бронхолитическим препаратом суточного действия является
	ипратропия бромид
	индакатерол
	формотерол
	фенотерол
	сальбутамол
149	Рофлумаил – это
	пролонгированный бета-2-агонист
	ингаляционный глюкокортикостероид
	муколитик
	ингибитор фосфодиэстеразы-4
150	Монтелукаст – это
	пролонгированный бета-2-агонист
	муколитик
	ингибитор фосфодиэстеразы-4
	антагонист рецепторов цистеиниловых лейкотриенов
151	Мерцательный эпителий – это
	цилиндрический эпителий
	многоклеточный эпителий
	плоский эпителий
	слушивающийся эпителий

152	Метаплазия эпителия – это
	замена мерцательного эпителия многорядным плоским:
	озлокачествление эпителия
	мацерация эпителия
	появление отверстий в эпителии
153	В спирометрической классификации хронической обструктивной болезни легких используются показатели
	ОФВ1 и ОФВ1/ЖЕЛ
	ЖЕЛ и МОС25-75
	ОФВ1 и ЖЕЛ
	ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ
154	Эмфизема легких возникает вследствие
	повышенной воздушности легких
	перерастяжения легких
	деструкции эластических волокон стенки альвеолы
	респираторного бронхиолита
	обтурации бронха
155	Для панлобулярной эмфиземы характерно
	преимущественное поражение левого легкого
	преимущественное поражение правого легкого
	преимущественное поражение средней доли и язычковых сегментов
	преимущественное поражение нижней доли
156	Экспираторный коллапс мелких бронхов вызывает
	гиперинфляцию
	эмфизему
	разрушение паренхимы
	синдром ночного апноэ
157	Динамическая гиперинфляция – это
	гиперинфляция в динамическом контроле
	гиперинфляция при физической нагрузке
	гиперинфляция в покое
	врожденная гиперинфляция
158	У больных хронической обструктивной болезнью легких легочные сосуды вовлекаются в воспалительный процесс
	только на поздних стадиях заболевания
	только на ранних стадиях заболевания
	на всех стадиях заболевания
	в особых случаях
	только при ожирении
159	Воспаление при хронической обструктивной болезни легких носит
	эозинофильный характер
	нейтрофильно-макрофагальный характер
	гистиоцитарный характер
	гранулематозный характер
160	Рентгенография легких при хронической обструктивной болезни легких
	не является инструментом диагностики
	является необходимым инструментом диагностики
	помогает в диагностике ранних стадий хронической обструктивной болезни легких
	помогает в диагностике поздних стадий хронической обструктивной болезни легких

161	Внутренним фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких является
	пассивное курение
	дефицит массы тела
	бронхиальная гиперреактивность
	дефицит альфа-1-антитрипсина
162	В фенотипической классификации хронической обструктивной болезни легких исключается
	кахексический (эмфизематозный) тип
	метаболический (бронхитический) тип
	с частыми обострениями
	с обратимой бронхиальной обструкцией
	тромбоэмболический тип
163	Классификация хронической обструктивной болезни легких по группам А В Е, согласно рекомендациям GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease), включает в себя оценку
	диффузии и объемов легких
	выраженности симптомов и частоты обострений
	уровня потребления кислорода и выведения CO ₂
	частоту дыхательных движений и частоту сердечных сокращений
	давления в легочной артерии и системного артериального давления
164	CAT-тест (COPD Assessment Test) – это
	тест на определение переносимости шерсти кошки
	тест на определение переносимости домашних животных
	тест оценки симптоматики хронической обструктивной болезни легких
	тест с дозированной физической нагрузкой
	тест на беременность
165	Шкала MRC определяет
	уровень дыхательной недостаточности
	уровень одышки
	уровень мочевины
	уровень КФК
	уровень сознания
166	Дыхательная недостаточность определяется по
	выраженности одышки
	уровню давления в легочной артерии
	уровню газов артериальной крови или уровню сатурации крови
	уровню системного давления
	уровню глюкозы крови
167	Снижение скорости воздушного потока - это
	основной функциональный критерий хронической обструктивной болезни легких
	не имеет значения для установки диагноза хронической обструктивной болезни легких
	определяется при рентгенографии грудной клетки
	определяется с помощью эхокардиографии
	помогает провести дифференциальный диагноз между астмой и хронической обструктивной болезнью легких
168	Развитие панлобулярной эмфиземы в молодом возрасте заставляет исключать у пациента
	муковисцидоз
	дефицит альфа-1-антитрипсина

	туберозный склероз
	хроническую обструктивную болезнь легких
	бронхиальную астму
169	В России редкие заболевания легких
	не встречаются
	встречаются на Дальнем Востоке
	встречаются повсеместно
	встречаются в сельской местности
	встречаются в крупных городах
170	В молодом возрасте чаще встречается
	саркоидоз и интерстициальный легочный фиброз
	саркоидоз и гистиоцитоз Х
	интерстициальный легочный фиброз и гистиоцитоз Х
	интерстициальный легочный фиброз и альвеолярный протеиноз
171	Саркоидоз характеризуется
	формированием гранул без казеозного некроза
	формированием казеозного некроза
	облитерацией артериол
	бронхоспазмом
172	Синдром Лефгрена – это появление при саркоидозе
	узловой эритемы
	язв кожи
	признаков колита
	гломерулонефрита
	нарушений ритма сердца
173	При интерстициальном легочном фиброзе характерным признаком будет
	формирование сотового лёгкого
	наличие очаговых теней в верхушках лёгких
	наличие очаговых теней в базальных отделах лёгких
	наличие симптома «матового стекла»
	наличие полостей легочной деструкции
174	Интерстициальный лёгочный фиброз возникает
	в младенчестве
	в детском возрасте
	до 30 лет
	в пожилом возрасте
	не связан с возрастом
175	Основным симптомом интерстициального легочного фиброза является
	нарастающая боль в боку
	прогрессирующая одышка
	кровохарканье
	признаки легочного нагноения
	гемоторакс
176	Преднизолон при интерстициальном легочном фиброзе
	малоэффективен
	высокоэффективен
	назначается всегда при установлении диагноза
	назначается в сверхвысоких дозах
	назначается пожизненно
177	Этиологическим фактором гиперчувствительного пневмонита является

	пневмококк
	внешний антиген
	вирус гриппа
	вирус Эпштейна-Барра
	цитомегаловирус
178	Легочный альвеолярный протеиноз – это
	отложение белка в плевре
	скопление липопротеинов в легочных альвеолах
	нарушение синтеза белка в печени
	изменения белкового состава крови
	белковая недостаточность
179	Основной симптом легочного альвеолярного протеиноза при компьютерной томографии легких – это
	симптом «булыжной мостовой»
	центрилобулярные тени
	эмфизема
	полости в верхушках легких
	полости в базальных отделах легких
180	Для установления диагноза легочного альвеолярного протеиноза проводится
	пункционная биопсия легких
	исследование функции дыхания
	открытая биопсия легких
	биопсия легких при торакоскопии
	изотопная скintiграфия легких
181	Лангергансоклeточный гистиоцитоз характеризуется
	образованием полостей в легких
	образованием гранулeм с последующим формированием полостей в легких
	формированием инфильтратов в легких
	формированием внутригрудной лимфаденопатии
	формированием бронхоэктазов
182	Первым проявлением лангергансоклeточного гистиоцитоза часто бывает
	остро наступившая одышка
	острая коронарная недостаточность
	пневмоторакс
	хилоторакс
183	В основе первичной цилиарной дискинезии лежит
	изменяется количество ресничек мерцательного эпителия
	изменяется форма ресничек мерцательного эпителия
	дефект ультраструктур ресничек мерцательного эпителия
	изменяется расположение ресничек
184	Первичная цилиарная дискинезия характеризуется
	хроническими и рецидивирующими инфекциями дыхательных путей и бронхоэктазами
	появлением в легких секвестров
	появлением выпота в плевральных полостях
	появлением в легких диссеминации
185	Муковисцидоз – это
	приобретенное заболевание
	генетически детерминированное заболевание
	заболевание в результате воздействия окружающей среды
	заболевание в результате паразитарной инвазии

	полностью излечимое заболевание
186	Изменения в легких при муковисцидозе характеризуются развитием
	полостей
	тромбоэмболии
	двусторонних бронхоэктазов
	мезотелиомы
187	Основной проблемой со стороны легких при муковисцидозе является
	рецидивирующее гнойное воспаление
	тотальный бронхоспазм
	рецидивирующий гемоторакс
	рецидивирующая тромбоэмболия
188	Первичным диагностическим маркером при муковисцидозе является
	определение уровня гликированного гемоглобина
	определение содержания натрия и хлора в поте
	рентгенография грудной клетки
	исследование глазного дна
189	В соответствии с Государственной программой больные муковисцидозом
	обеспечиваются
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	дорназой-альфа (рекомбинантная человеческая ДН-аза)
	отхаркивающими препаратами
	витаминами
190	Альфа-1-антитрипсин – это
	фермент поджелудочной железы
	белок, защищающий организм от действия эндогенных протеолитических ферментов
	медиатор воспаления
	цитотоксический медиатор
	гормон
191	При компьютерной томографии органов грудной клетки у больных с первичной
	эмфиземой легких выявляется
	центрилобулярная эмфизема
	ограниченная эмфизема
	панлобулярная эмфизема
	подкожная эмфизема
	односторонняя эмфизема
192	Наиболее эффективным методом лечения первичной эмфиземы легких является
	бронхолитическая терапия
	применение альфа-1-антитрипсина
	назначение ингаляционных глюкокортикоидов
	периодическое назначение антибиотиков
	неинвазивная вентиляция легких
193	Лимфангиолейомиоматоз часто впервые проявляется
	острыми болями за грудиной
	острым бронхоспазмом
	хилотораксом
	гемотораксом
	диспепсией
194	Показания к компьютерной томографии органов грудной клетки при пневмонии
	очевидные симптомы при «негативной» рентгенограмме

	нетипичные изменения на рентгенограммах
	рецидивирующая пневмония
	лихорадка более 39 градусов
195	Бронхообструктивный синдром может наблюдаться при следующих заболеваниях
	бронхиальной астмой
	хронической обструктивной болезни легких
	муковисцидозом
	бронхоэктатической болезнью
	пневмонией
196	Профилактика обострений бронхиальной астмы включает
	ограничение воздействия аллергенов
	противогриппозную вакцинацию
	отказ от курения
	отказ от грудного вскармливания
197	Что из нижеперечисленного включено в определение бронхиальной астмы согласно GINA?
	распространенная, но изменяющейся по своей выраженности обструкция дыхательных путей
	формирование эмфиземы легких
	бронхиальная гиперреактивность
	формирование пневмосклероза
198	К симптомам бронхиальной астмы относятся
	периодически возникающий кашель
	периодически возникающая одышка
	эпизоды повторяющихся эпизодов свистящего дыхания
	периодически появление мокроты с прожилками крови
199	Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы включают
	гиперплазию гладкой мускулатуры бронхов
	гиперплазию слизистых желез
	эозинофильную инфильтрацию
	образование слизистых пробок в бронхах
	появление буллезной эмфиземы
200	Внутренние факторы, влияющие на развитие бронхиальной астмы, включают
	генетическая предрасположенность к атопии
	генетическая предрасположенность к гиперреактивности
	ожирение
	перенесенные вирусные инфекции в 1 триместре беременности
	перенесенную пневмонию во время беременности
201	К факторам, нарушающим барьерную функцию легких, относятся
	злоупотребление алкоголем
	хронические заболевания
	курение
	ингаляции бронхорасширяющих препаратов
202	Что из перечисленного ниже относится к факторам бронхиальной обструкции?
	гиперсекреция слизи
	ларингоспазм
	бронхоспазм
	отек стенки бронхов
	ремоделирование стенки бронхов

203	Для пациентов с бронхиальной астмой и гиперчувствительностью к аллергенам домашней пыли, наиболее характерно затруднение дыхания, возникающие
	ранним утром
	днем
	вечером
	ночью
	не связано с временем суток
204	К экзоаллергенам относится
	клещи домашней пыли
	аллергены домашних животных
	микоплазма
	грибковые аллергены
	пневмококки
205	Укажите основные маркеры аллергической бронхиальной астмы
	высокий уровень NO в выдыхаемом воздухе
	обратимость бронхиальной обструкции
	высокий уровень IgE сыворотки крови
	высокий уровень IgG в сыворотке крови
206	В диагностике бронхиальной астмы важно
	выявление обструктивных нарушений
	тщательный сбор анамнеза
	выявить характерные рентгенологические изменения
	определение степени обратимости бронхообструкции
207	При бронхиальной астме в мокроте выявляют
	нейтрофильные лейкоциты
	кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана
	эозинофильные лейкоциты
	пневмококки
	стафилококки
208	Современная классификация бронхиальной астмы включает оценку
	уровня контроля
	тяжести течения заболевания
	уровня обструкции
	этиологии
	фенотипов
209	О достижении контроля над бронхиальной астмой свидетельствуют
	отсутствие ночных пробуждений
	отсутствие дневных симптомов
	потребность в препаратах неотложной помощи ≤ 2 в неделю
	любое ограничение активности из-за бронхиальной астмы
	отсутствие потребности в регулярной базисной терапии
210	Контроль над бронхиальной астмой определяется
	по опросникам качества жизни
	по опросникам определения контроля
	по критериям GINA
	по уровню общего IgE сыворотки крови
	по результатам 6-ти минутного теста ходьбы
211	Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести отражает
	выраженность дневных и ночных симптомов
	наличие и продолжительность обострений
	показатели ОФВ1 и ПСВ

	уровень IgE в сыворотке крови
	количество эозинофилов в клиническом анализе крови
212	Для аллергической бронхиальной астмы характерно
	высокий уровень IgE
	полипозный риносинусит
	непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
	сенсibilизация экзоаллергенами
	высокий лейкоцитоз
213	Для аспириновой астмы характерно
	полипозный риносинусит
	непереносимость только ацетилсалициловой кислоты
	непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
	высокий уровень IgE в сыворотке крови
	наследственный характер заболевания
214	Какие бета-2-адреномиметики обладают пролонгированным 12 часовым действием?
	фенотерол
	сальбутамол
	формотерол
	сальметерол
	тербуталин
215	Какие микроорганизмы могут попадать в мокроту из верхних дыхательных путей?
	зеленящий стрептококк
	энтерококки
	грибы рода кандиды
	коагулазонегативные стафилококки
	синегнойная палочка
	нетуберкулезные микобактерии
216	Из нижеперечисленных к М-холинолитикам относятся
	тиотропия бромид
	индакатерол
	формотерол
	теофиллин
	ипратропия бромид
217	Обследование при саркоидозе легких и внутригрудных лимфоузлов должно включать
	клинический и биохимический анализы крови
	туберкулиновые пробы
	исследование функции легких и диффузионной способности
	рентгенологическое исследование легких
	перфузионную сцинтиграфию
218	Лечение саркоидоза проводится
	в случае выявления любых изменений
	при внутригрудной лимфаденопатии
	в случае выраженных клинических и функциональных изменений
	в случае поражения жизненно важных органов
219	Идиопатический лёгочный фиброз преимущественно возникает
	в младенчестве
	в детском возрасте
	до 30 лет
	в пожилом возрасте

	связан с высокой активностью пролиферативных процессов
220	Основным симптомом идиопатического легочного фиброза является
	нарастающая боль в боку
	прогрессирующая одышка
	непродуктивный кашель
	признаки легочного нагноения
	гемоторакс
221	Преднизолон при идиопатическом легочном фиброзе
	назначают при развитии легочной гипертензии
	малоэффективен на поздних стадиях заболевания
	назначается всегда при установлении диагноза
	назначается в сверхвысоких дозах
	назначается пожизненно
222	Этиологическим фактором гиперчувствительного пневмонита является
	пневмококк
	химические реагенты
	вирус гриппа
	вирус Эпштейна-Барра
	споры грибов
223	Легочный альвеолярный протеиноз – это
	отложение белка в плевре
	скопление липопротеинов в легочных альвеолах
	нарушение синтеза белка в печени
	изменения белкового состава крови
	гиперпродукция сурфактанта
224	Симптомы легочного альвеолярного протеиноза при компьютерной томографии
	легких – это
	симптом «булыжной мостовой»
	двухстороннее поражение
	эмфизема
	полости в верхушках легких
	полости в базальных отделах легких
225	Для установления диагноза легочного альвеолярного протеиноза проводится
	компьютерная томография легких
	бронхоальвеолярный лаваж
	бодиплетизмография
	исследование диффузионной способности легких
	изотопная сцинтиграфия легких
226	Ятрогенные поражения плевры могут быть связаны с применением лекарственных
	препаратов
	кордарон (амиодарон)
	метотрексат
	метронидазол
	миноксидил
227	Первым проявлением лангергансочелюстного гистиоцитоза часто бывает
	остро наступившая одышка
	острая коронарная недостаточность
	пневмоторакс
	хилоторакс
	гемоторакс

228	При первичной цилиарной недостаточности
	изменяется количество ресничек в мерцательном эпителии
	изменяется форма ресничек в мерцательном эпителии
	нарушается функция ресничек
	изменяется расположение ресничек
	изменяется структура ресничек и жгутиков
229	При первичной цилиарной недостаточности
	в легких развиваются бронхоэктазы
	в легких появляются секвестры
	возникают рецидивирующие легочные инфекции
	в легких развивается диссеминация
230	Муковисцидоз
	приобретенное заболевание
	генетически детерминированное заболевание
	заболевание в результате воздействия окружающей среды
	заболевание в результате паразитарной инвазии
	характеризуется поражением легких и экзокринных желез
231	Изменения в легких при муковисцидозе характеризуются
	развитием плеврального выпота
	формированием полостей деструкции
	развитием тромбоэмболии
	развитием двусторонних бронхоэктазов
	развитием интерстициальных изменений
232	Осложнениями со стороны легких при муковисцидозе являются
	гнойное воспаление
	тотальный бронхоспазм
	спонтанный пневмоторакс
	рецидивирующая тромбоэмболия
	гиперреактивность бронхиального дерева
1	Болезни сердечно-сосудистой системы
	Какие рекомендации должны быть даны лицам с уровнем холестерина
233	липопротеидов низкой плотности 4 ммоль/л?
	повысить уровень физической активности
	ограничить потребления алкоголя до 20 мг/с у мужчин и 10 мг/с у женщин
	ограничить потребление углеводов, липидов с пищей
	прекратить курение
	начать терапию статинами
	Целью терапии больных с очень высоким риском сердечно-сосудистых событий
234	является снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности до
	значения, ниже следующих
	1,4 ммоль/л
	2,2 ммоль/л
	2,6 ммоль/л
	3,0 ммоль/л
	1,8 ммоль/л
235	Рекомендации по питанию для снижения риска развития атеросклероза
	уменьшение насыщенных жирных кислот до уровня менее 10% в рационе питания
	фрукты не менее 200 г/с
	овощи не менее 200 г/с
	поваренная соль менее 5 г/с
	употребление продуктов, богатых неорганическими фосфатами

236	Общие рекомендации по изменению образа жизни для снижения риска развития атеросклероза
	средние и высокие аэробные нагрузки продолжительностью не менее 30 мин в день не менее 5 раз в неделю
	прекращение курения
	снижение массы тела
	уменьшение окружности талия у мужчин менее 94 см и менее 80 см у женщин
	потребление алкоголя более 20 г/сутки
237	Какой из представителей класса статинов обладает наибольшим эффектом в отношении снижения уровня холестерина липопротеидов низкой плотности
	правастатин
	симвастатин
	розувастатин
	аторвастатин
	флувастатин
238	Пациентам с субклиническим атеросклерозом показано назначение
	аспирина
	статинов
	клопидогреля
	фибратов
	никотиновой кислоты в дозе, превышающей 1,5 г/сутки
239	Для профилактики атеросклероза рекомендовано снизить количество насыщенных жирных кислот в пище до величины менее
	80%
	70%
	50%
	40%
	10%
240	Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы рыба присутствовала в пище не реже
	7 дней в неделю
	6 дней в неделю
	4 дня в неделю
	3 дня в неделю
	2 дня в неделю
241	Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы в рационе питания фрукты составляли более
	500 гр/сутки
	400 гр/сутки
	300 гр/сутки
	200 гр/сутки
	100 гр/сутки
242	Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы в рационе питания овощи составляли более
	500 гр/сутки
	400 гр/сутки
	300 гр/сутки
	200 гр/сутки
	100 гр/сутки
243	Ежегодно в РФ от сердечно-сосудистых заболеваний умирает
	около 100000 человек
	около 900000 человек

	около 1500000 человек
	более 5000000 человек
	более 15000000 человек
244	При диспансеризации необходимо исследовать профиль липидов у мужчин, достигших возраста
	30 лет
	40 лет
	50 лет
	60 лет
	70 лет
245	При диспансеризации необходимо исследовать профиль липидов у женщин, достигших возраста
	30 лет
	40 лет
	50 лет
	60 лет
	70 лет
246	Оптимальное значение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности у женщин составляет
	0,8 ммоль/л
	1,0 ммоль/л
	1,2 ммоль/л
	2,8 ммоль/л
	3,6 ммоль/л
247	Оптимальное значение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности мужчин составляет
	0,8 ммоль/л
	1,0 ммоль/л
	1,2 ммоль/л
	2,8 ммоль/л
	3,6 ммоль/л
248	Оптимальное значение уровня триглицеридов в крови у лиц мужского пола составляет
	менее 1,2 ммоль/л
	менее 1,5 ммоль/л
	менее 1,7 ммоль/л
	менее 2,0 ммоль/л
	менее 2,5 ммоль/л
249	Оптимальное значение уровня триглицеридов в крови у лиц женского пола составляет
	менее 1,2 ммоль/л
	менее 1,5 ммоль/л
	менее 1,7 ммоль/л
	менее 2,0 ммоль/л
	менее 2,5 ммоль/л
250	К какой группе риска должен быть отнесён мужчина в возрасте 60 лет, курящий, имеющий уровень АД 180 и 100 мм рт.ст., с уровнем общего холестерина 6,1 ммоль/л
	низкий
	средний
	высокий
	очень высокий

251	Какие признаки указывают на наличие метаболического синдрома?
	увеличение окружности талии более 94 см у мужчин и 80 см у женщин
	артериальная гипертензия
	увеличенный уровень триглицеридов в плазме крови
	сниженный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности
	абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность
252	К группе высокого риска должны быть отнесены пациенты независимо от уровня холестерина в крови, имеющие
	стенокардию
	порок сердца
	экстрасистолию
	аномальные хорды в полости левого желудочка
	пролапс митрального клапана
253	Каким пациентам есть необходимость проводить оценку наличия факторов риска и осуществлять мероприятия по их коррекции?
	мужчинам в возрасте старше 40 лет
	женщинам в возрасте старше 50 лет
	с сахарным диабетом 2 типа
	с семейным анамнезом раннего развития ИБС
	женщинам в возрасте моложе 30 лет
254	Артериальная гипертензия - это
	стойкое повышение АД (систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. и/или диастолическое ≥ 85 мм рт. ст.) у лиц, которые не принимали антигипертензивную терапию
	стойкое повышение АД (систолическое АД ≥ 120 мм рт. ст. и/или диастолическое ≥ 80 мм рт. ст.) у лиц, которые не принимали антигипертензивную терапию
	повышение АД (систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое ≥ 90 мм рт. ст.) у лиц, которые не принимали антигипертензивную терапию
	повышение АД (систолическое АД ≥ 150 мм рт. ст. и/или диастолическое ≥ 90 мм рт. ст.) при физической нагрузке
255	Какова распространенность артериальной гипертензии (140/90 мм рт. ст. и выше) среди взрослого населения в России?
	распространенность в среднем примерно одинакова среди женщин и мужчин и составляет 25%
	распространенность в общей популяции 40% (39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин)
	распространенность самая большая в возрастных группах 50-59 лет
	распространенность самая высокая в возрастных группах 60-74 г. и составляет примерно 50%
	распространенность самая высокая в возрастных группах 60-74 г. и составляет примерно 70% и более
256	Оптимальным считается уровень АД
	систолического < 120 мм рт. ст., диастолического < 80 мм рт. ст
	систолического < 130 мм рт. ст., диастолического < 85 мм рт. ст
	систолического < 139 мм рт. ст., диастолического < 89 мм рт. ст
	систолического < 140 мм рт. ст., диастолического < 90 мм рт. ст
	систолического 120-139 мм рт. ст., диастолического 80-89 мм рт. ст
257	Риск сердечно-сосудистых осложнений у больного артериальной гипертензией расценивается как высокий при?
	1 степени артериальной гипертензии + наличии двух факторов риска + при отсутствии ассоциированных заболеваний + отсутствии сахарного диабета
	1 степень артериальной гипертензии + без факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний

	2 степень артериальной гипертонии + нет факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
	3 степень артериальной гипертонии + инфаркт миокарда и сахарный диабет в анамнезе
	3 степень артериальной гипертонии + 3 фактора риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
258	Укажите депрессорную систему, участвующую в регуляции уровня артериального давления
	симпатоадреналовая система
	ренин-ангиотензин-альдостероновая система
	калликреин-кининовая система
	система антидиуретического гормона
	простагландины F2 и тромбоксан A2
259	Укажите почечный эффект ангиотензина II
	повышение общего периферического сопротивления сосудов
	усиление реабсорбции натрия
	увеличение объема циркулирующей крови
	понижение порога чувствительности барорецепторов
260	Рекомендуемые цифры АД для пациентов с артериальной гипертонией и хронической болезнью почек
	<140/90 мм рт.ст
	130-<140/70- <80 мм рт. ст
	<125/80 мм рт. ст
	< 120/70 мм рт. ст
	<140/85 мм рт.ст
261	Рекомендуемые цифры АД для пациентов с артериальной гипертонией и острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе
	<140/90 мм рт.ст
	<130/80 мм рт. ст
	120- <130/70-<80 мм рт. ст
	<120/70 мм рт. ст
	<140/85 мм рт.ст
262	Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3а соответствует уровню скорости клубочковой фильтрации равному
	60-80 мл/мин/1,73м2
	45-59 мл/мин/1,73м2
	30-44 мл/мин/1,73м2
	60-89 мл/мин/1,73м2
	15-29 мл/мин/1,73м2
263	Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С2 соответствует уровню скорости клубочковой фильтрации равному
	60-80 мл/мин/1,73м2
	45-59 мл/мин/1,73м2
	30-44 мл/мин/1,73м2
	60-89 мл/мин/1,73м2
	15-29 мл/мин/1,73м2
264	Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3б соответствует уровню скорости клубочковой фильтрации равному
	60-80 мл/мин/1,73м2
	45-59 мл/мин/1,73м2
	30-44 мл/мин/1,73м2
	60-89 мл/мин/1,73м2
	15-29 мл/мин/1,73м2

265	Немедленная антигипертензивная терапия рекомендована при
	АД 140-159/90-99 у пациентов низкого и умеренного риска
	АД 130-139/85-89 у пациентов низкого и умеренного риска
	АД <130/80 у пациентов низкого и умеренного риска
	пожилым пациентам, старше 80 лет, когда систолическое АД >135 мм рт. ст
	АД 140-159/90-99 у пациентов высокого и очень высокого риска, пациентам с АД>160/100 независимо от степени риска
266	Целевой уровень систолического АД у больных с сахарным диабетом составляет
	менее 120 мм рт. ст
	менее 135 мм рт. ст
	120 - <130/70-<80 мм рт. ст
	130-160 мм рт. ст
	менее 150 мм рт. ст
267	Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов для лиц с множественными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений процентное соотношение белков, жиров и углеводов в пище должно составлять
	15/30/55
	30/30/40
	25/25/50
	10/45/45
	15/15/70
268	Бета-адреноблокаторы обладает способностью
	снижать частоту инсультов, инфарктов миокарда, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
	снижать частоту инсультов, риск развития сахарного диабета, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
	повышать частоту инсультов, инфарктов миокарда, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
	снижать частоту инсультов, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, не влияя на частоту инфарктов миокарда
	снижать частоту инсультов и инфаркта миокарда, не влияя на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний
269	К липофильным бета-адреноблокаторам относятся
	метопролола сукцинат, метопролола тартат, небиволол
	метопролола сукцинат, небиволол, карведилол
	небиволол, бисопролол, карведилол
	карведилол, бисопролол
	атенолол, бисопролол
270	Высокоселективным бета-адреноблокатором, снижающим смертность при сердечной недостаточности, является
	бисопролол
	атенолол
	небиволол
	анаприлин
	метопролола сукцинат
271	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента обладают следующими свойствами
	метаболическая нейтральность, нефропротективное действие, вазоактивное действие, антиатеросклеротический эффект
	повышают уровень глюкозы крови, нефропротективное действие, антиатеросклеротический эффект

	повышают уровень мочевой кислоты, вазоактивное действие, нефропротективное действие
	нефропротективное действие, антиатеросклеротический эффект
	метаболическая нейтральность, нефропротективное действие
272	Укажите препарат, для которого доказано снижение риска развития подагры
	эналаприл
	бисопролол
	гипотиазид
	амлодипин
	верошпирон
273	Каким препаратам следует отдать предпочтение при лечении артериальной гипертензии у больного с микроальбуминурией?
	антагонисты кальция
	диуретики
	метилдопа
	иАПФ/блокаторы рецепторов АТ II
	бета-адреноблокаторы
274	Каким препаратам следует отдать предпочтение при лечении артериальной гипертензии у больного с метаболическим синдромом?
	антагонистам кальция
	диуретикам
	агонистам имидазолиновых рецепторов
	иАПФ/блокаторам рецепторов АТ II
	бета-адреноблокаторам
275	Каким препаратам следует отдать предпочтение при лечении артериальной гипертензии у больного с хронической обструктивной болезнью легких?
	антагонистам кальция
	диуретикам
	агонистам имидазолиновых рецепторов
	иАПФ/блокаторам рецепторов АТ II
	бета-адреноблокаторам
276	При изолированной систолической артериальной гипертензии в пожилом и старческом возрасте каким препаратам отдается предпочтение
	антагонистам кальция
	диуретикам в сочетании с иАПФ/блокаторами рецепторов АТ II
	агонистам имидазолиновых рецепторов
	иАПФ/блокаторам рецепторов АТ II
	бета-адреноблокаторам
277	Какие препараты для лечения артериальной гипертензии можно использовать у беременных?
	ингибиторы АПФ/блокаторы рецепторов АТ II
	диуретики, бета-адреноблокаторы
	метилдопа, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция
	ингибиторы АПФ, антагонисты кальция
	диуретики, иАПФ/блокаторы рецепторов АТ II
278	Причиной инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST является
	снижение систолического артериального давления
	повышение систолического артериального давления
	увеличение ЧСС
	окклюзия коронарной артерии
	урежение ЧСС

279	Тромболизис у больных с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST необходимо проводить, если от начала ангинозного приступа прошло не более
	12 часов
	13 часов
	16 часов
	18 часов
	24 часа
280	Проведение тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST противопоказано в случае наличия
	злокачественной опухоли
	перенесенном ишемическом инсульте в сроки до 6 месяцев
	желудочно-кишечном кровотечении в сроки до одного месяца
	расслаивающей аневризме аорты
	артериальной гипотензии
281	Восстановление коронарного кровотока у больных с острым коронарным синдромом со стойким подъёмом сегмента ST сопровождается наилучшими клиническими результатами, если оно проведено в период, когда от начала ангинозного приступа прошло не более
	1 часа
	6 часов
	12 часов
	18 часов
	24 часа
282	Однократно болюсно вводится
	стрептокиназа
	ретеплаза
	тенектеплаза
	алтеплаза
	пулолаза
283	Какой антиагрегант рекомендован больным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в дополнение к аспирину при проведении тромболитической терапии
	клопидогрель
	прасугрель
	тикагрелор
284	Нагрузочной дозой аспирина у больных инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST является
	25 мг
	75 мг
	100 мг
	125 мг
	300 мг
285	Нагрузочной дозой клопидогреля у больных острым коронарным синдромом является
	75 мг
	150 мг
	300 мг
	375 мг
	600 мг
286	При первом контакте больного с медицинским работником диагноз инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST должен быть установлен в течение
	до 10 мин
	20 мин
	30 мин

	40 мин
	50 мин
287	Препаратами первой линии у больных ишемической болезнью сердца являются
	ивабрадин
	триметазидин
	пролонгированный нитрат
	никорандил
	бета-адреноблокатор
288	Показание к назначению препаратов группы антагонистов кальция
	брадикардия
	синдром слабости синусового узла
	артериальная гипотония
	вазоспастическая стенокардия
	сердечная недостаточность
289	Какой фактор способствует разрыву атеросклеротической бляшки?
	высокое содержание в крови холестерина липопротеидов низкой плотности
	сниженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности
	истончение фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки
	гипергликемия
290	Каким больным показано проведение тромболитической терапии?
	инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST
	инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в период до 12 часов от начала ангинозного приступа при невозможности проведения чрескожного коронарного вмешательства
	нестабильная стенокардия
	инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в период превышающий 12 часов от начала ангинозного приступа
291	Укажите, что является абсолютным противопоказанием для проведения пробы с дозированной физической нагрузкой?
	нестабильная стенокардия
	атриовентрикулярная блокада первой степени
	сердечная недостаточность NYHA I функциональный класс
	перенесенный инфаркт миокарда более года назад
292	Нагрузочная доза тикагрелора у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST составляет
	90 мг
	180 мг
	360 мг
	600 мг
	900 мг
293	Каким больным можно рекомендовать лечение дипиридамолом?
	стенокардией напряжения II и III функциональным классом
	больным со всеми формами ишемической болезнью сердца
	никаким, поскольку эффективность лечения не доказана
	больным с вазоспастической стенокардией
	больным с микрососудистой стенокардией
294	Какому функциональному классу стенокардии соответствует следующее описание: «значительное ограничение обычной физической активности; стенокардия возникает при спокойной ходьбе по ровному месту»
	I класс
	II класс

	III класс
	IV класс
295	Какой метод выявления ишемии миокарда обладает наименьшей чувствительностью и специфичностью?
	электрокардиография с нагрузкой
	сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
	чреспищеводная эхокардиография с добутамином
	эхокардиография с вазодилататором
	сцинтиграфия миокарда с вазодилататором
296	В какой ситуации проведение коронарной ангиографии у больных стенокардией нецелесообразно
	при наличии клинических признаков стабильной стенокардии III - IV функциональных классов
	при появлении клинических признаков стенокардии после проведения реваскуляризации миокарда (транскатетерная баллонная ангиопластика или аортокоронарное шунтирование)
	при сохранении приступов стенокардии на фоне антиангинальной терапии
	при неоднозначных результатах неинвазивных методов диагностики
	при наличии клинических признаков стабильной стенокардии II функционального класса
297	Клиническим признаком, предполагающим наличие вазоспастической стенокардии, является
	возникновение приступа стенокардии при быстрой ходьбе
	возникновение приступа стенокардии в ранние утренние часы
	возникновение приступов стенокардии при минимальной физической нагрузке
	приступы стенокардии покоя при высокой толерантности к нагрузке
298	Какую комбинацию лекарственных препаратов можно использовать при стенокардии?
	пролонгированные нитраты и ингибиторы фосфодиэстеразы
	бета-адреноблокаторы и верапамил
	никорандил и ингибиторы фосфодиэстеразы
	ибупрофен и аспирин
	бета-адреноблокаторы и ивабрадин
299	Какая комбинация лекарственных препаратов нежелательна у больных стенокардией?
	аспирин + розувастатин
	аспирин + клопидогрель
	аспирин + прасугрел + варфарин
	клопидогрель + варфарин
	клопидогрель + аторвастатин
300	Укажите наиболее оптимальную дозу аспирина в сутки у больных стенокардией
	50 мг
	75 - 150 мг
	200 - 250 мг
	300 - 350 мг
	500 мг
301	Важным фактором развития инфекционного эндокардита является
	нарушение целостности эндотелия клапанов
	перенесенный инфаркт миокарда
	применение контрацептивов
	применение анаболических стероидов
302	Микроорганизмы, наиболее часто выявляемые при инфекционном эндокардите

	парвовирус В19, вирус Эбштейна-Бара
	синегнойная палочка, гонококк, протей
	стафилококки, стрептококки, энтерококки
	пневмококки, НАСЕК-группа, синегнойная палочка
	хламидии, риккетсии, грибы
303	В 70% случаев инфекционного эндокардита у внутривенных наркоманов в посевах крови растут
	энтерококки
	стрептококки
	стафилококки
	грибы
304	Правильным термином является
	бактериальный эндокардит
	септический эндокардит
	инфекционный эндокардит
	сепсис лент
	болезнь Черногоубова
305	Септические вегетации – это
	гнойные очаги в тромбах, образующихся в левом желудочке
	соединительнотканые тяжи с микроорганизмами
	заселение микроорганизмами рубцовой ткани в эндокарде
	фибрин и тромбоциты, к которым прикрепляются и размножаются микроорганизмы
306	Вторичный инфекционный эндокардит возникает
	на фоне врожденных и приобретенных пороков сердца
	у больных аневризмой левого желудочка сердца
	после реанимационных мероприятий
	у больных, ранее перенесших инфекционный эндокардит
307	Поздний инфекционный эндокардит искусственного клапана сердца развивается через
	12 месяцев после протезирования клапана сердца
	6 месяцев после протезирования клапана сердца
	3 месяцев после протезирования клапана сердца
	1 месяцев после протезирования клапана сердца
308	Септическая легочная эмболия возникает при инфекционном эндокардите
	у больных митральным стенозом с высокой легочной гипертензией
	на фоне стеноза легочной артерии
	у героинового наркоманов
	на фоне врожденного порока со сбросом крови слева направо
309	Эндокардит Либмана-Сакса – это
	асептический эндокардит у больных системной красной волчанкой
	тромбэндокардит при инфаркте миокарда
	марантический эндокардит при тяжелой сердечной недостаточности
	паранеопластический эндокардит у больных раком легкого
310	Показанием к направлению к кардиохирургу больного в остром периоде инфекционного эндокардита является
	высокая лихорадка
	прогрессирование сердечной недостаточности, деструкция клапана, некорригируемая инфекция, абсцессы фиброзного кольца, подклапанные фистулы, частичный отрыв пришивного кольца, инфекционный эндокардит искусственного

	клапана, крупные вегетации (более 10 мм), рецидивирующие эмболии, грибковый эндокардит
	желание больного
	тяжелые нарушения ритма сердца
	быстрое снижение массы тела больного
311	Длительность эмпирической терапии инфекционного эндокардита составляет
	4-6 недель
	5-6 дней
	до 1 года
	2-3 месяца
312	Дезэскалационная терапия антибиотиками при инфекционном эндокардите это
	применение нескольких антибиотиков с отменой по одному в неделю
	переход с антибиотиков на сульфаниламиды
	эмпирическая терапия наиболее эффективным антибиотиком с последующим переходом к подобранному по чувствительности
	лечение антибиотиком с постепенным снижением его дозы
	снижение дозы антибиотика по достижении эффекта
313	Какой из названных антибиотиков рекомендуется для эмпирической терапии инфекционного эндокардита?
	левофлоксацин
	ампициллина сульбактам
	ципрофлоксацин
	эритромицин
314	При непереносимости бета-лактамов больному инфекционным эндокардитом назначают
	ванкомицин 30 мг/кг/сутки в/в в 2 введения
	доксциклин 200 мг /сут
	амфотерицин 5 мг х 3 р/сут
	эритромицин 1,2 г/сут
315	Ампициллина сульбактам при инфекционном эндокардите назначают в дозе
	1 г х 4 раза в сутки
	12 г/сутки в/в в 4 введения
	16 г/сутки в/в в 4 введения
	1 г х 6 раза в сутки
316	При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, доза пенициллина
	30 млн / сутки в/м в 6 введений
	12-18 млн ЕД/сутки в/в, в 6 введений
	10 млн х 3 р/сутки
	4 млн х 6 р/сутки
317	При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, альтернативой пенициллину может стать
	амоксиклав 3 г/сут в/в в 2 введения
	рифампицин 1 г х 2 р/сутки в/в
	цефтриаксон 2 г/сут в/в или в/м, в 1 введение
	ципрофлоксацин 2000 мг /сут в/в в 2 введения
318	Выберите «большой критерий» инфекционного эндокардита
	гектическая лихорадка
	пятна Рота
	неоднократная положительная гемокультура
	предрасполагающее заболевание клапанов сердца

319	Выберите «большой критерий» инфекционного эндокардита
	пятна Джемсу
	доказанное поражение эндокарда
	внутривенная наркомания
	пятна Рота - бледные очаги на глазном дне, окруженные (при офтальмоскопии) геморрагиями
320	Какой клапан считается типичным местом инфекции при инфекционном эндокардите у внутривенных наркоманов?
	евстахийев клапан
	митральный клапан
	трикуспидальный клапан
	аортальный клапан
321	Какой тип клапанного порока чаще всего развивается при инфекционном эндокардите?
	пролапс клапана
	гипоплазия клапана
	недостаточность клапана
	«парусящий» клапан
322	Над сердцем выслушивается длинный протодиастолический шум. Какой клапан поражен?
	евстахийев клапан
	митральный клапан
	трикуспидальный клапан
	аортальный клапан
323	При поражении какого клапана при инфекционном эндокардите при аускультации выслушивается грубый систолический шум на верхушке сердца с проведением в левую подмышечную область?
	клапана легочной артерии
	евстахьева клапана
	митрального клапана
	трикуспидального клапана
324	Пятна Джемсу – это
	пятна на сетчатке глаза
	кровоизлияния на слизистых оболочках
	обширные кровоизлияния в подкожной жировой клетчатке; папулезные эритематозные пятна 1 – 5 мм, чаще на ладонях и подошвах
	кровоподтеки на коже
325	Узелки Ослера - это
	красноватые болезненные при надавливании узелки до 1.5 см на ладонях, пальцах
	болезненные сухожильные подкожные узелки с шелушением пальцев, тенара, подошв
	узелки по ходу крупных нервных стволов
	сосудистые аневризмы
326	Симптом Лукина-Либмана – это
	симптом «щипка»
	петехии с белым пятном на переходной складке нижнего века
	симптом «жгута»
	усиление шума регургитации на вдохе
327	Увеличение селезенки при инфекционном эндокардите
	характерно

	в настоящее время встречается достаточно редко
	наблюдается при инфаркте селезенки
	не встречается
328	Лихорадка при инфекционном эндокардите
	является большим критерием диагноза
	является малым критерием диагноза
	не является критерием диагноза
	всегда гектическая
	всегда субфебрильная
329	Больным с пролапсом митрального клапана и миксоматозной дегенерацией профилактика инфекционного эндокардита
	показана
	не показана
	показана только при проведении цистоскопии пациентам мужского пола
	показана только при операциях на прямой кишке
330	Больным с искусственным клапаном сердца профилактика инфекционного эндокардита
	показана
	не показана
	только после установки биопротеза
	только при многоклапанном протезировании
331	Заболевания, при которых имеются асептические вегетации – это
	пиелонефрит
	системная красная волчанка
	сахарный диабет
	аортальный стеноз
	острый перикардит
332	Асептические вегетации отличаются от септических тем, что
	возникают после перенесенного инфекционного эндокардита
	выявляются при врожденных пороках сердца
	быстро рассасываются
	не разрушают клапан
333	Кроме инфекционного эндокардита, остро возникшая митральная регургитация может быть при
	тромбоэмболии легочной артерии
	тяжелом митральном стенозе
	спонтанном разрыве хорд митрального клапана при его миксоматозной дегенерации
	амилоидозе
334	Наиболее частой причиной возникновения митрального стеноза является
	миксома левого предсердия
	системные заболевания соединительной ткани
	ревматическая лихорадка
	ревматоидный артрит
335	При митральном стенозе определяется следующая аускультативная картина
	ослабление I тона на верхушке, диастолический шум на верхушке
	усиление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, мезодиастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением
	усиление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область

	ослабление I тона на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область
	ослабление I тона на верхушке, диастолический и систолический шумы на верхушке
336	При тяжелом митральном стенозе площадь левого атрио-вентрикулярного отверстия составляет
	3-2,5 см ²
	2,4-1,6 см ²
	1,5-1,0 см ²
	менее 1,5 см ²
	менее 1 см ²
337	Самая частая причина развития митрального стеноза
	дилатационная кардиомиопатия
	ревматическая лихорадка
	ревматоидный артрит
	муковисцидоз
	системная красная волчанка
338	Ритм «перепела» - это сочетание
	усиленного I тона, II тона, тона закрытия митрального клапана
	усиленного I тона и II тона, тона открытия митрального клапана
	усиленного I тона, II тона, тона открытия аортального клапана
	ослабленного I тона, усиленного II тона, тона открытия митрального клапана
	ослабленного I тона, II тона, тона закрытия митрального клапана
339	Рентгенологическими признаками митрального стеноза может являться
	увеличение правого предсердия
	увеличение левого желудочка
	признаки застоя в малом круге кровообращения
	расширение восходящего отдела аорты
	увеличение левого желудочка и левого предсердия
340	При наличии у пациента приступа стенокардии, сопровождающегося сердечной астмой, и выявлении систолического шума на верхушке сердца необходимо исключить
	инфекционный эндокардит
	ишемическую дисфункцию папиллярных мышц
	пролапс митрального клапана
	ревматическую болезнь сердца
	дилатационную кардиомиопатию
341	Аускультативными признаками митральной регургитации являются
	хлопающий I тон на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, тон открытия митрального клапана, диастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением
	ослабление I тона, патологический III тон, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область
	ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, систолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводящийся на сосуды шеи
	ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона на аорте, патологический III тон, диастолический шум во втором межреберье справа от грудины, проводится на верхушку сердца
	ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, патологический III тон, систолический шум в четвертом межреберье у левого края грудины, усиливающийся на глубине вдоха
342	Особенностями аускультативной картины при ишемической дисфункции папиллярных мышц является

	усиление I тона над верхушкой
	I тон над верхушкой резко ослаблен
	громкость систолического шума изменяется при приседании
	систолический шум, который начинается в середине систолы и убывает ко II тону
	систолический шум начинается в середине систолы и нарастает ко II тону
343	Клинические симптомы, выявляемые при недостаточности митрального клапана
	кровохарканье, сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум в точке Боткина-Эрба
	кровохарканье, сердцебиение, усиление I тона на верхушке, диастолический шум на верхушке
	перебои в работе сердца, ритм «перепела», синкопальные состояния
	одышка, стенокардия, синкопальные состояния, систолический шум во втором межреберье справа
	сердцебиение, утомляемость, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, который проводится в левую аксиллярную область
344	Что такое vena contracta?
	обратное движение крови в легочных венах в систолу
	ширина струи регургитации в самом узком месте
	небольшая, центрально расположенная струя регургитации с тонким устьем
	струя регургитации, циркулирующая вдоль стенок левого предсердия
	аномальное движение межпредсердной перегородки
345	Самая частая причина аортального стеноза
	острая ревматическая лихорадка
	инфекционный эндокардит
	дегенеративный кальциноз врожденного двустворчатого или нормального трёхстворчатого клапана
	неспецифический аорто-артериит
	миксоматозная дегенерация створок аортального клапана
346	При аускультации сердца у больного с аортальным стенозом ревматического генеза выслушивается
	ритм «перепела»
	систолический шум мягкого, нередко музыкального характера («крик чайки») с преимущественным проведением на верхушку сердца
	систолический шум грубого характера, проводящийся на сосуды шеи
	шум Флинта
	правильный ответ не представлен
347	При аортальном стенозе ревматического генеза II тон сердца
	раздвоен
	ослаблен
	усилен
	не изменен
	хлопающий
348	Какое из нижеперечисленных утверждений соотносится с рефлексом Бекольда Яриша?
	лежит в основе синкопального состояния у больных с аортальным стенозом после физической нагрузки
	проявляется повышением систолического давления в полости левого желудочка
	проявляется повышением диастолического давления в полости левого предсердия
	реализация рефлекса связана с перевозбуждением барорецепторов ЛЖ
	проявляется брадикардией и гипотензией
349	Оптимальной тактикой ведения пациента с тяжёлым аортальным стенозом в сочетании с дисфункцией левого желудочка является
	назначение двух периферических вазодилататоров

	имплантация кардиовертера-дефибриллятора
	проведение протезирования аортального клапана
	проведение коронароангиографии
350	Средний градиент давления на аортальном клапане при умеренном аортальном стенозе по данным эхокардиографии составляет
	менее 10 мм рт.ст
	10-20 мм рт.ст
	20-40 мм рт.ст
	40-55 мм рт.ст
351	Что такое симптом Квинке?
	перемежающийся систолодиастолический шум над бедренной артерией, при ее компрессии
	пульсация печени
	покачивание головы в сагитальной плоскости
	двойной тон выслушиваемый над бедренной артерией при ее легкой компрессии
	усиленная пульсация капилляров ногтевого ложа
352	Что такое симптом Траубе?
	перемежающийся систолодиастолический шум над бедренной артерией, при ее компрессии
	пульсация печени
	покачивание головы в сагитальной плоскости
	двойной тон выслушиваемый над бедренной артерией при ее легкой компрессии
353	Какой признак отражает тяжесть аортального стеноза?
	«капиллярный» пульс
	пляска каротид
	симптом Мюссе
	$V_{max} \geq 4$ м/с; $\Delta P_{ср} \geq 40$ мм рт.ст.
	симптом Корригена
354	Характеристика пульса и АД при недостаточности аортального клапана
	пульс быстрый, высокий + пульсовое давление увеличено за счет низкого (вплоть до 0) диастолического и высокого систолического АД
	пульс медленный, низкий + пульсовое давление снижено за счет повышения диастолического и снижения систолического АД
	пульс быстрый, высокий + пульсовое давление снижено за счет повышения диастолического и снижения систолического АД
	пульс медленный, низкий + пульсовое давление увеличено за счет низкого (вплоть до 0) диастолического и высокого систолического АД
	пульс медленный, низкий + пульсовое давление нормальное
355	При какой продолжительности пароксизма фибрилляции предсердий назначение непрямых антикоагулянтов до кардиоверсии необходимо?
	6-12 часов
	12-24 часа
	48 часов и более
	72 часа
	96 часов
356	При какой продолжительности пароксизма фибрилляции предсердий непрямые антикоагулянты до кардиоверсии можно не назначать?
	6-12 часов
	12-24 часа
	менее 48 часов
	72 часа
	96 часов

357	Какое влияние на прогноз оказывает частая желудочковая экстрасистолия и пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии у больных с органическим поражением сердца?
	является фактором риска внезапной смерти
	не влияет на прогноз жизни
	могут ухудшать качество жизни
	являются предиктором фибрилляции желудочков
	являются предиктором асистолии
358	Какие аритмии сердца являются прогностически безопасными?
	частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных с постинфарктным кардиосклерозом
	частая желудочковая экстрасистолия (10 и более в час) у больных без органического поражения сердца
	устойчивая желудочковая тахикардия у больных с тяжелым поражением миокарда и низкой фракцией выброса
	устойчивая желудочковая тахикардия у больных с низкой фракцией выброса
	желудочковая экстрасистолия у больных с гипертрофической кардиомиопатией
359	Какие нарушения ритма сердца купируются с помощью вагусных приемов?
	полиморфная (многоочаговая) предсердная тахикардия
	синоатриальная тахикардия
	атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей проведения (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта)
	желудочковая тахикардия
360	Какая аритмия может развиваться как за счёт нарушения образования импульса, так и за счёт повторного входа импульса?
	атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия
	атриовентрикулярная реципрокная тахикардия с участием дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения
	непароксизмальная предсердная тахикардия
	трепетание предсердий
	желудочковая тахикардия
361	Какие препараты эффективны для предупреждения желудочковой пароксизмальной тахикардии?
	пропафенон
	амиодарон
	дизопирамид
	верапамил
	дилтиазем
362	Показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора
	предсердная пароксизмальная тахикардия
	фибрилляция предсердий
	трепетание предсердий
	желудочковая пароксизмальная тахикардия
	атриовентрикулярная пароксизмальная тахикардия
363	При каком синдроме может возникнуть двунаправленная веретенообразная желудочковая пароксизмальная тахикардия
	синдром укороченного интервала QT
	синдром удлиненного интервала QT
	синдром Бругада
	синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
364	Назначение антиаритмических препаратов какого класса целесообразно у пациентов с выраженными структурными изменениями миокарда

	I класса
	II класса
	III класса
	IV класса
	препаратов магния
365	Укажите препарат выбора для лечения желудочковой тахикардии у больных с сердечной недостаточностью
	дизопирамид
	пропафенон
	амиодарон
	изоптин
	атенолол
366	Укажите показания для назначения пропафенона с целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий?
	систолическая, диастолическая недостаточность
	идиопатическая фибрилляция предсердий
	ИБС, постинфарктный кардиосклероз
	фибрилляция и трепетание предсердий у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка более 1,4 см
	гипертрофическая кардиомиопатия
367	Укажите показания для назначения амиодарона с целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий
	фибрилляция и трепетание предсердий у больных с сердечной недостаточностью
	идиопатическая фибрилляция и трепетание предсердий
	фибрилляция и трепетание предсердий у больных с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка более 1,4 см
	фибрилляция и трепетание предсердий у больных перенесших инфаркт миокарда
	фибрилляция предсердий у больных с гиперфункцией щитовидной железы
368	Какая сумма баллов по шкале HAS-BLED указывает на высокий риск геморрагических осложнений?
	1
	2
	3
	3 и более
	5 и более
369	Какие показатели международного нормализованного отношения отражают адекватный уровень гипокоагуляции при назначении не прямых антикоагулянтов у больных с фибрилляцией предсердий?
	1-2
	2-3
	3-4
	4-5
	5-6
370	Какая сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc (шкала оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией/трепетанием предсердий) отражает высокий уровень тромбоэмболических осложнений?
	0-1
	1
	1-2
	2
	2 и более
371	Индекс Соколова-Лайона – это сумма
	SV1 + RV5/RV6

	SV4 + RV5/RV6
	RaVL + SV3
	RaVL + SV1
	RaVL + SV4
372	Какой стадии хронической болезни почек соответствует уровень скорости клубочковой фильтрации 30-44 мл/мин?
	C2
	C3a
	C3b
	C4
	C5
373	Какому уровню альбуминурии соответствует стадия A3 (мг/сут)?
	10-29 мг/сут
	менее 10 мг/сут
	300-1999 мг/сут
	более 2000 мг/сут
	30-299 мг/сут
374	III функциональный класс хронической сердечной недостаточности соответствует
	в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением
	симптомы сердечной недостаточности присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности
	в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов
	в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением, головокружением и выраженными головными болями
375	II функциональный класс хронической сердечной недостаточности соответствует дистанция 6-ти минутного теста ходьбы
	100-150 м
	551-879 м
	301-425 м
	450-550 м
	880-1000 м
376	I функциональному классу хронической сердечной недостаточности соответствует потребление кислорода
	<10,0 мл/мин
	>22,1 мл/мин
	14,1-18,0 мл/мин
	18,1-22,0 мл/мин
377	Что учитывается при подсчете баллов по шкале оценки клинического состояния пациента с хронической сердечной недостаточностью
	увеличение селезенки
	одышка
	увеличение печени
	отеки
	хрипы в легких
378	Назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина при хронической сердечной недостаточности
	должно быть строго ограничено
	обязательно для всех больных при отсутствии противопоказаний вне зависимости от этиологии

	может быть, но не имеет преимуществ
	может быть, но только по показаниям
	не может быть назначено без сопутствующей терапии положительными инотропами
379	Основной причиной отмены ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента является
	отеки
	одышка
	перебои в работе сердца
	кашель у 5% больных
	анемия
380	Правильные ответы по тактике ведения пациентов с изменениями функции почек на фоне лечения ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента/антагонистами рецепторов ангиотензина II или антагонистами рецепторов неприлизина
	коррекции дозы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина не требуется при повышении концентрации креатинина сыворотки крови менее, чем на 50%, абсолютном значении креатинина ниже 266 мкмоль/л, СКФ >25 мл/мин/1,73м ² и уровне калия менее 5,5 ммоль/л
	необходим отказ от назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина при повышении концентрации креатинина сыворотки на 30% от исходного, абсолютном значении креатинина >170 мкмоль/л, СКФ <30 мл/мин/1,73м ² и уровне калия >5,5 ммоль/л
	необходимо снизить дозу ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента/антагонистов рецепторов ангиотензина II или антагонистов рецепторов неприлизина в 2 раза при повышении концентрации креатинина сыворотки крови на 50-100% от исходного, абсолютном значении креатинина 266-310 мкмоль/л, СКФ 20-25 мл/мин/1,73м ² и уровне калия менее 5,5 ммоль/л
	необходимо отменить ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II или антагонисты рецепторов неприлизина при повышении концентрации креатинина сыворотки крови в 2 раза и более, абсолютном значении креатинина >310 мкмоль/л, СКФ <20 мл/мин/1,73м ² и уровне калия >5,5 ммоль/л
381	При каком уровне систолического АД назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента не показано
	менее 85 мм рт. ст
	менее 95 мм рт. ст
	менее 105 мм рт. ст
	менее 115 мм рт. ст
	менее 120 мм рт. ст
382	Условием для назначения бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности является
	необходимость внутривенного введения диуретиков
	стабильное состояние пациента
	необходимость назначения положительных инотропов
	декомпенсация состояния пациента
	сочетание хронической сердечной недостаточности с сахарным диабетом
383	Предиктором хорошего ответа на сердечные гликозиды является
	фракция выброса более 50%
	наличие тахисистолической фибрилляции предсердий
	кардиоторакальный индекс менее 40%
	ишемическая этиология хронической сердечной недостаточности
	СКФ менее 30 мл/мин/1,73м ²

384	Что корректно в отношении диуретической терапии при хронической сердечной недостаточности?
	диуретики снижают риск госпитализаций по поводу инфаркта миокарда при хронической сердечной недостаточности
	диуретики снижают риск летального исхода при хронической сердечной недостаточности
	диуретики уменьшают клинические симптомы задержки жидкости при хронической сердечной недостаточности
	диуретики обладают положительным инотропным действием
	диуретики обладают отрицательным хронотропным действием
385	При снижении эффективности петлевого диуретика необходимо определить
	микроальбуминурию
	плотность мочи
	глюкозурию
	pH мочи
	уровень холестерина в крови
386	Полиморфизм каких генов имеет значение при назначении варфарина
	VKORC3 и CYP4C10
	VKORC4 и CYP2C11
	VKORC2 и CYP1C9
	VKORC1 и CYP2C9
	VKORC2 и CYP3C15
387	Действие варфарина усиливают
	эритромицин
	барбитураты
	витамин К
	карбамазепин
	кофермент Q10
388	С какой дозы варфарина следует начинать титрацию?
	1,25 мг
	2,5 мг
	5 мг
	7,5 мг
	10 мг
389	В соответствии со шкалой симптомов European Heart Rhythm Association (EHRA) Score отсутствие симптомов соответствует классу
	EHRA 1
	EHRA 2
	EHRA 3
	EHRA 4
	EHRA 0
390	Какой пероральный антикоагулянт является препаратом выбора у пациента с хронической сердечной недостаточностью и скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин
	аспирин
	дабигатран
	варфарин
	клопидогрель
	ривароксабан
391	Какой из симптомов хронической сердечной недостаточности редко встречается в реальной клинической практике?

	кашель
	одышка
	сердцебиение
	отеки
392	Результаты какого исследования позволяют уточнить особенности эпидемиологии хронической сердечной недостаточности в России?
	COPERNICUS
	RED-HF
	ЭПОХА-ХСН
	CATURH
	FAIR-HF
393	Где принципы изучения вклада семейного анамнеза и генетических факторов при оценке сердечно-сосудистого риска описаны правильно?
	наличие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии повышает сердечно-сосудистый риск пациента. Требуется максимально широкое выявление мутаций, вызывающих моногенные формы сердечно-сосудистых заболеваний, семейную гиперхолестеринемию
	наличие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников сердечно-сосудистый риск пациента не повышает. Широкое использование генетических тестов для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний не рекомендовано
	раннее (мужчины до 55 лет или женщины до 65 лет) развитие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии повышает сердечно-сосудистый риск. Необходимо максимально широкое выявление мутаций, вызывающих моногенные формы сердечно-сосудистых заболеваний, семейную гиперхолестеринемию
	лицам, имеющим родственников первой линии с ранним (мужчины до 55 лет или женщины до 65 лет) развитием сердечно-сосудистых заболеваний требуется регулярная оценка сердечно-сосудистого риска. Повсеместное использование тестов ДНК для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний не рекомендуется
394	Факторы, относящие пациента к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска
	низкий социально-экономический статус, социальная изоляция, тревога, депрессия. Раннее (мужчины до 55 лет или женщины до 65 лет) развитие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников первой линии. Избыточная масса тела и центральное ожирение. Высокий индекс коронарного кальция по данным КТ. Увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, выявленное при УЗИ. Низкий лодыжечно-плечевой индекс, оцениваемый при измерении АД
	наличие в анамнезе инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, коронарной реваскуляризации или других артериальных реваскуляризаций, инсульта/ТИА, аневризмы аорты и атеросклероза периферических артерий. Выявление атеросклеротических бляшек при коронароангиографии или УЗИ сонных артерий. Сахарный диабет с поражением органов-мишеней или основными факторами риска. СКФ <30 мл/мин/1,73 м ²
	заметно повышенный отдельный фактор риска (общий холестерин >8 ммоль/л или АД ≥180/110 мм рт.ст.). Сахарный диабет без факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и поражения органов-мишеней. СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м ²
395	Укажите, где правильно сформулированы рекомендуемые меры по изменению образа жизни, которые достоверно снижают АД (немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии)?
	ограничение употребления соли, сахара, полный отказ от алкоголя, потребление овощей и фруктов без ГМО, нормализация массы тела, регулярные физические нагрузки, прекращение курения
	ограничение употребления соли и алкоголя, высокое потребление овощей и фруктов, снижение массы тела и поддержание идеального веса, регулярные физические нагрузки, отказ от курения
	отказ от соли, алкоголя, мяса, снижение массы тела и поддержание идеального веса, регулярное посещение фитнеса, сокращение количества выкуриваемых сигарет

	ограничение употребления животных жиров, соли, сахара и алкоголя, высокое потребление овощей и фруктов, нормализация массы тела, бег трусцой, плавание, отказ от курения
396	Оптимальная тактика при необходимости назначения комбинированной антигипертензивной терапии?
	назначить два препарата в свободной форме, объяснив пациенту правила и возможности изменения ежедневной дозы каждого из них
	отработать эффективные и безопасные дозы каждого из гипотензивных препаратов, затем перейти к их фиксированной комбинации
	назначить фиксированную комбинацию препаратов с начала лечения
397	Что правильно о моно- и комбинированной антигипертензивной терапии
	всем пациентам с АГ целесообразно начать антигипертензивную терапию с комбинации препаратов; монотерапия возможна у ослабленных пациентов с АД не выше 150/100 мм рт.ст.
	большинству пациентов с АГ требуется назначение комбинированной терапии; монотерапия может использоваться у пациентов низкого риска с АГ 1-й степени (систолическое АД <150 мм рт.ст.), а также у пациентов очень высокого риска с высоким нормальным АД, или у ослабленных пожилых больных
	необходимо попытаться использовать преимущества монотерапии (ниже затраты, больше приверженность) у всех пациентов, начинающих лечение; переход к комбинированной терапии осуществляется только при доказанной неэффективности монотерапии
398	Что правильно о моно- и комбинированной антигипертензивной терапии
	старт с монотерапии не менее эффективен, чем с комбинированной (особенно при назначении низкодозовых комбинаций). Прежде, чем добавить второй антигипертензивный препарат, дозу первого необходимо оттитровать до максимальной. Комбинация лекарственных препаратов оказывает влияние на различные механизмы управления артериальным давлением, что приводит к избыточному снижению АД и плохой переносимости
	начальная комбинированная терапия всегда эффективнее, чем монотерапия, даже низкодозовые комбинации лучше снижают АД, чем один препарат в максимальной дозе. Комбинация лекарственных препаратов оказывает влияние на различные патогенетические механизмы АГ. Старт с комбинации двух препаратов безопасен и хорошо переносится, практически не приводя к развитию эпизодов гипотензии, даже у пациентов с АГ 1-й степени
	начальная комбинированная терапия обычно менее эффективна, чем монотерапия (особенно при использовании качественного препарата в максимальной дозе). Несмотря на сочетание разных типов антигипертензивных препаратов, все они влияют на единые патогенетические механизмы АГ. Хотя комбинированное лечение может хорошо переноситься пациентом, частота побочных действий при монотерапии гораздо ниже
399	К новым оральным антикоагулянтам относят
	ривароксабан, дабигатран, апиксабан, варфарин
	дабигатран, ривароксабан, апиксабан, эдоксабан
	варфарин, маркумар, аценокумарол
	фраксипарин, фондапаринукс
	ривароксабан, дабигатран, фондапаринукс
400	Что оценивает шкала SCORE2?
	риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет
	риск смерти в течение ближайших 10 лет
	риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет
	риск нефатальных и фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение ближайших 10 лет у пациентов 70 лет и старше
401	Выберите правильное утверждение относительно связи уровня липидов и прогноза

	высокий уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности связаны с плохим прогнозом, однако их снижение не может увеличить продолжительность жизни пациентов
	высокий уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности связаны с плохим прогнозом, а их снижение увеличивает продолжительность жизни пациентов
	высокий уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности связаны с плохим прогнозом, а их снижение улучшает прогноз только у пациентов с доказанным сердечно-сосудистым заболеванием
	уровень общего холестерина и липопротеины низкой плотности мало связаны с прогнозом. Их снижение уменьшает вероятность сердечно-сосудистых осложнений, но практически не сказывается на продолжительности жизни пациентов
402	Наиболее экономически эффективная мера профилактики сердечно-сосудистых заболеваний
	увеличение физической активности и нормализация массы тела
	средиземноморская диета
	отказ от курения
	борьба с артериальной гипертензией и гиперлипидемией
403	Выберите правильное описание физической нагрузки умеренной интенсивности
	быстрая ходьба (4,8-6,5 км/ч), медленная езда на велосипеде (15 км/ч), малярные работы/декорирование, работа пылесосом, садоводство (кошение газона), гольф, теннис (парный), бальные танцы, аква-аэробика
	быстрая ходьба на беговой дорожке, бег трусцой или обычный бег, езда на велосипеде >15 км/ч, интенсивное садоводство (копание земли, работа мотыгой), плавание по дорожкам, теннис (одиночный)
	ходьба <4,7 км/ч, легкая работа по дому
	ходьба в умеренном темпе (5-8 км/ч), езда на велосипеде в умеренном темпе (17-20 км/ч), работа по дому, в саду (не вызывающая учащение дыхания), гольф, керлинг, шахматы, плавание в умеренном темпе
404	Правильное утверждение относительно здорового питания как средства профилактики сердечно-сосудистых заболеваний
	калорийность питания нельзя ограничивать, независимо от массы тела пациента. Доказано улучшение прогноза при уменьшении потребления животных жиров, “красного мяса”, сахара и поваренной соли
	калорийность питания должна уменьшена у всех пациентов высокого и очень высокого риска. Это достигается за счет уменьшения потребления высокоусвояемых углеводов и животных жиров
	калорийность питания должна быть ограничена и достаточна для поддержания нормальной массы тела (ИМТ 20-25 кг/м ²). При соблюдении баланса жирных кислот, минералов (главным образом, хлорида натрия), витаминов и пищевых волокон никакой специальной диеты не требуется
	калорийность питания должна быть ограничена и достаточна для поддержания нормальной массы тела (ИМТ 24-28 кг/м ²). Соблюдение баланса жирных кислот, минералов (главным образом, хлорида натрия), витаминов и пищевых волокон возможно только при соблюдении средиземноморской или палеолитической диеты
405	Какой метод борьбы с курением обладает наилучшим сочетанием эффективности и безопасности?
	прием бупропиона
	никотино-заместительная терапия
	прием варениклина
	краткие беседы врача с пациентом о вреде курения
	переход на вейпы, электронные сигареты
406	Препарат выбора в отечественных реалиях для помощи в отказе от курения при неэффективности бесед, поощрений и мотивационных вмешательств или в дополнение к ним

	бупропион
	варениклин
	никотиновые вакцины
	цитизин
407	Какой уровень систолического АД считается фактором риска геморрагических осложнений, учитываемых шкалой HAS-BLED?
	<140 мм рт. ст
	>130 мм рт. ст
	>140 мм рт. ст
	>160 мм рт. ст
	>180 мм рт. ст
408	Под термином «клапанная фибрилляция предсердий» понимают
	фибрилляции предсердий у больных с клапанными пороками сердца
	фибрилляции предсердий, вызванная патологией клапанов
	фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом и/или протезами клапанов
	фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом и/или биологическими протезами клапанов
	фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом и/или механическими протезами клапанов
	фибрилляции предсердий у больных с умеренным или тяжелым митральным стенозом и/или механическими протезами клапанов
409	Правильное снижение дозы прямых оральных антикоагулянтов, применяемых для профилактики тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий у определенных категорий больных?
	апиксабан 5 мг х 2 раза/сут, дабигатран 110 мг х 2 р/сут, ривароксабан 15 мг х 2 р/сут
	апиксабан 2,5 мг х 2 раза/сут, дабигатран 150 мг х 2 р/сут, ривароксабан 10 мг х 2 р/сут
	апиксабан 5 мг х 2 раза/сут, дабигатран 110 мг х 2 р/сут, ривароксабан 15 мг х 1 р/сут
	апиксабан 2,5 мг х 1 раз/сут, дабигатран 110 мг х 2 р/сут, ривароксабан 15 мг х 2 р/сут
	апиксабан 2,5 мг х 2 раза/сут, дабигатран 110 мг х 2 раза/сут, ривароксабан 15 мг х 1 раз/сут
410	Антикоагулянты назначаются пациентам с фибрилляцией предсердий
	только при постоянной форме фибрилляции предсердий
	только при частых рецидивах пароксизмов
	только пациентам с высокой частотой желудочкового ответа и проявлениями сердечной недостаточности
	при любой форме и течении фибрилляции предсердий показания к назначению антикоагулянтов определяет расчетный риск тромбоэмболических осложнений
411	Стратегия высокого риска направлена на
	выявление лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний
	выявление здоровых лиц
	выявление лиц с перенесенным инфарктом миокарда или инсультом
	диспансеризацию определенных возрастных групп населения
412	К медикаментозной профилактике при стратегии высокого риска относится
	антигипертензивная терапия
	гиполипидемическая терапия
	диуретическая терапия
	антиагрегантная терапия

413	Шкала SCORE2-OP используется для
	оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у пациентов 70 лет и старше
	оценки риска только фатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у пациентов 70 лет и старше
	оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у всех пациентов
	оценки риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет только у пациентов с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, перенесших операции на артериях, инсульт/транзиторную ишемическую атаку, страдающих сахарным диабетом, хронической болезнью почек, семейной гетерозиготной гиперхолестеринемией или уровнем систолического АД >179 мм рт.ст.
414	Что улучшает прогноз у больных высокого риска?
	антигипертензивная терапия
	гиполипидемическая терапия
	диуретическая терапия
	антиагрегантная терапия
415	Механизмами повышения артериального давления могут быть
	повышение общего периферического сосудистого сопротивления
	увеличение массы циркулирующей крови
	увеличение минутного объема сердца
	повышение концентрации ренина плазмы крови
	гипертрофия миокарда левого желудочка
416	Клиническими показаниями к проведению суточного мониторинга артериального давления являются
	подозрение на гипертонию «белого халата»
	подозрение на маскированную гипертонию
	инфаркт миокарда
	оценка степени снижения ночного уровня АД
	оценка вариабельности АД
	острый коронарный синдром
417	Какие из перечисленных антигипертензивных средств повышают смертность больных АГ с признаками сердечной недостаточности?
	диуретики
	бета-адреноблокаторы
	антагонисты кальция
	ганглиоблокаторы
	блокаторы имидазолиновых рецепторов
	антагонисты рецепторов ангиотензина II
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
418	Шум митральной регургитации имеет следующие характеристики
	выслушивается на верхушке сердца
	следует за I тоном, сливается с ним
	занимает всю систолу, имеет лентовидную или веретенообразную форму
	мало изменяется при перемене положения тела
	проводится на сосуды шеи
419	Для лечения фибрилляции предсердий при хронической митральной регургитации могут быть использованы
	дигоксин
	бисопролол
	верапамил
	варфарин
	амлодипин

420	Причинами головокружения при аортальном стенозе являются
	обструкция выходного тракта ЛЖ
	нарушения ритма и проводимости
	снижение вазомоторного тонуса
	сниженная чувствительность клеток каротидного синуса
	гиперактивация механорецепторов ЛЖ
421	Компоненты «аортальной триады» симптомов при аортальном стенозе
	одышка
	стенокардия
	эмболические осложнения
	синкопальные состояния
	шум клапанного порока
422	«Излюбленные места» сосудистых эмболий при аортальном стенозе
	сетчатка глаза
	головной мозг
	сердце
	почки
	легкие
423	Для аускультативной картины остро возникшей аортальной регургитации характерно
	протодиастолический шум
	ослабление первого тона
	отсутствие 3 тона
	нормальный первый тон
	нормальный второй тон
424	К гемодинамическим изменениям при хронической аортальной регургитации относятся
	повышение сердечного выброса
	снижение сердечного выброса
	повышение систолического давления
	повышение пульсового давления
	увеличение размеров ЛЖ
425	Признаками аортальной регургитации
	систолический шум на верхушке с иррадиацией на сосуды шеи
	протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба
	увеличение пульсового давления
	признаки дилатации левых отделов сердца
	ослабление II тона
426	Какие побочные эффекты свойственны амиодарону?
	удлинение интервала QT и развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа «пируэт»
	токсическое поражение легких
	нарушение функций щитовидной железы
	атония мочевого пузыря
	увеличение частоты желудочковых сокращений у больных с фибрилляцией предсердий и синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
427	Применение дигоксина приводит к
	снижению активности синоатриального узла
	снижению активности атриовентрикулярного узла
	удлинению систолы
	снижению давления в устье полых вен и правом предсердии

1	Ревматология
428	Что характерно для подагрического артрита?
	мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
	пик заболеваемости у женщин приходится на 60-70 лет
	пик заболеваемости у мужчин приходится на 25-35 лет
	частота выявления гиперурикемии в популяции составляет 1%
429	Первый приступ подагрического артрита в большинстве случаев развивается в
	I плюснефаланговом суставе
	коленных суставах
	локтевых суставах
	суставах кистей в виде асимметричного артрита
	суставах шейно-грудного отдела позвоночника
430	Для острого подагрического артрита характерно
	развитие максимального воспаления в течение первых суток болезни
	поражение 4-5 суставов одновременно
	симметричность поражения суставов стоп
	геморрагический характер синовиальной жидкости
	обратное развитие симптомов в течение 7-10 дней на фоне приёма диуретиков
431	Для купирования острого подагрического артрита применяют
	колхицин, нестероидные противовоспалительные препараты, внутрисуставное введение глюкокортикостероидов
	аллопуринол, безобромарон
	колхицин, петлевые диуретики, урикозурики
	колхицин, энтеросорбенты, анестетики
	пентоксифиллин, м-холиноблокаторы
432	Наиболее значимым диагностическим критерием подагры является
	начало артрита у пациента мужского пола в возрасте старше 50 лет
	повышенный сывороточный уровень мочевой кислоты
	острое начало артрита
	выявление характерных кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
	поражение I плюснефалангового сустава
433	Патогенетическое уратснижающее лечение подагры подразумевает
	начало лечения не ранее хронической стадии заболевания
	ограничение потребления натрия
	начало лечения с низких доз с постепенным повышением до достижения целевого уровня урикемии
	перерыв в приеме препарата на период обострения (атаки) заболевания
	отсутствие необходимости соблюдать низкопуриновую диету
434	Уровень мочевой кислоты в крови повышается на фоне приёма
	лозартана
	верапамила
	эналаприла
	карведилола
	гидрохлортиазида
435	Для пирофосфатной артропатии в отличие остеоартрита характерно
	поражение коленных суставов
	остеофиты на рентгенограмме
	поражение запястных и пястно-фаланговых суставов
	сужение суставных щелей на рентгенограмме
	кальцификация хрящей, менисков

436	Диагноз пирофосфатной артропатии является достоверным при
	выявлении кристаллов с двойным лучепреломлением в синовиальной жидкости
	выявлении дегенерации менисков на рентгенограммах
	наличии типичного хондрокальциноза на рентгенограммах и выявление моноклинных или триклинных кристаллов в синовиальной жидкости
	хроническом артрите коленных и локтевых суставов, течение которого сопровождаются острыми атаками
	хроническом артрите коленных суставов у пациента старшего возраста без достоверных признаков ревматоидного артрита
437	Какие из перечисленных методов обследования позволяют дифференцировать острый подагрический артрит и пирофосфатную артропатию?
	определение уровня СРБ
	рентгенография пораженных суставов
	выявление ревматоидного фактора
	выявление антинуклеарного фактора
	исследование синовиальной жидкости
	определение ионизированного кальция в крови
438	Какие лабораторные показатели являются характерными для ревматоидного артрита?
	антитела к циклическому цитруллинированному пептиду и ревматоидный фактор
	антитела к гистонам и <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
	антинуклеарный фактор Нер2 и антитела к стрептолизину О
	ревматоидные факторы и IgG CMV
	антитела к двуспиральной ДНК и гладкомышечным клеткам
439	Какие клинические признаки характерны для болезни Стилла?
	субфебрилитет, высокие титры ревматоидного фактора, симметричный полиартрит
	нефрит, лихорадка, кожная сыпь, полинейропатия
	боль в горле, лихорадка, кожная сыпь, лимфаденопатия
	нарушение глотания, гепатоспленомегалия
440	Какие признаки характерны для синдрома Фелти?
	высокий риск миелодиспластического синдрома
	высокие титры ревматоидного фактора, лимфоцитоз
	сакроилиит, гепатоспленомегалия
	приступы вазоспазма, рецидивирующий полихондрит
	высокие титры ревматоидного фактора, лейкопения
441	Какой из перечисленных препаратов относится к базисным противовоспалительным препаратам?
	лорноксикам
	мелоксикам
	лефлуномид
	детралекс
	ацеклофенак
442	Назначение генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите показано
	при высокой активности, сохраняющейся более 12 месяцев, и недостаточной эффективности стандартных базисных противовоспалительных препаратов
	при высокой активности, сохраняющейся более 3-6 месяцев, и недостаточной эффективности стандартных базисных противовоспалительных препаратов
	в виде монотерапии при наличии факторов неблагоприятного прогноза
	в случае непереносимости стандартных базисных противовоспалительных препаратов
	в комбинации с глюкокортикостероидами
443	Остеоартрит - это

	заболевание, при котором поражается только суставной хрящ
	заболевание, сопровождающееся грануляционным поражением синовиальной оболочки сустава
	заболевание, при котором поражается весь суставной аппарат
	заболевание, сопровождающееся выраженной воспалительной активностью
	заболевание, при котором поражаются только опорные суставы
444	Характерными суставными локализациями для остеоартрита являются
	коленные и лучезапястные суставы
	тазобедренные и суставы предплюсны
	плечевые и суставы шейного отдела позвоночника
	суставы запястья и пястно-фаланговые суставы
	коленные и тазобедренные суставы
445	Отличительным признаком спондилоартрита от дегенеративных поражений позвоночника является
	уменьшение болей в покое и в утренние часы
	уменьшение болей при движении и во второй половине дня
	уменьшение болей в положении максимального разгибания позвоночника
	усиление болей в положении лёжа на спине
	усиление болей в пробе Тинеля
446	Какие проявления кожного синдрома характерны для системной красной волчанки?
	витилиго, линейный фиброз, телеангиоэктазии
	нейрофиброматоз, кольцевидная эритема
	фиксированная эритема на скулах, фотодерматоз, сетчатое ливедо
	герпетиформный дерматит, ониходистрофия
	пустулёзный дерматит, сетчатый акантоз
447	Какие поражения кожи, волос и слизистых оболочек характерны для системной красной волчанки?
	индуративный отёк, гелиотропная сыпь, глоссит
	гиперкератоз, потеря пушкового оволосения, пришеечный кариес
	рубцовая алопеция, гранулематозный стоматит, дерматит ладоней
	фотодерматоз, дискоидные очаги, алопеция, хейлит
	ксеростомия, мигрирующая эритема, фолликулит
448	Характерная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанки
	голени
	лицо
	спина
	грудь
	плечи
449	Артрит при системной красной волчанке характеризуется
	поражением осевых суставов позвоночника
	быстрым развитием деструктивных изменений в суставах
	торпидностью к лечению
	сходством с ревматоидным артритом (симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов)
	сходством с псориатическим артритом (несимметричный полиартрит крупных и средних суставов)
450	Какие поражения сердца характерны для системной красной волчанки?
	рестриктивная кардиомиопатия
	тампонада сердца
	дилатационная кардиомиопатия
	бородавчатый эндокардит
	трикуспидальный вальвулит

451	Для плеврита при системной красной волчанке характерны следующие признаки
	является признаком бородавчатого эндокардита
	протекает с массивным выпотом, сопровождается асцитом и тампонадой сердца
	чаще двухсторонний, с минимальным выпотом, доброкачественным течением
	возникает как проявление приступообразного полисерозита у пациентов с минимальным поражением почек
	развивается на фоне антифосфолипидного синдрома и тромботических осложнений
452	Отличительной особенностью синдрома Рейно (по данным капилляроскопии) является
	сочетание с синдромом Тибержа-Вайсенбаха
	возможность полного восстановления капиллярного русла на фоне лечения цитостатиками
	значительная редукция капилляров ногтевого ложа с формированием аваскулярных участков
	расширение капилляров ногтевого ложа без выраженных участков аваскулярного некроза
	положительная проба с антагонистами кальция
453	Какие поражения кожи характерны для поздней стадии системной склеродермии?
	гелиотропный отёк
	индуриативный отёк
	дискоидный дерматит
	фиброз и трофические нарушения
	акантоз и эксфолиация
454	Показанием для назначения D-пеницилламина при системной склеродермии является
	генерализованное поражение кожных покровов
	выраженная легочная гипертензия
	прогрессирование почечной недостаточности
	высокие титры антинуклеарных АТ
	наличие артрита
455	Для синдрома Рейно при системной склеродермии характерно
	одностороннее изменение цвета пальцев кистей и стоп
	развитие приступов вазоспазма исключительно в холодное время года
	ускоренное развитие фиброза в поражённых конечностях
	отсутствие пульсации на артериях верхних и нижних конечностей
	возможное развитие висцеральных поражений
456	Какие поражения кожи характерны для ранней стадии склеродермии?
	индуриативный отёк
	дистальная фиброзная склеродерма
	склеродактилия
	трофические поражения ногтей
	дерматит дистальных фаланг пальцев
457	Для системной склеродермии характерны следующие внекожные проявления
	поражения кожи и ЦНС
	сухой синдром и антифосфолипидный синдром
	деструктивный полиартрит и полиэнтезит
	поражения сердца, лёгких, пищевода
	поражения сердца, почек и верхних отделов пищевода
458	Какие стадии поражения кожных покровов выделяют при системной склеродермии?
	дерматоз, трофические нарушения

	фиброз, кальциноз
	узловатая эритема, индурация, атрофия
	отек, гиперкератоз, атрофия
	индуративный отёк, трофические нарушения
459	«Склеродермическая почка» проявляется
	асептической пиурией в сочетании с полиурией
	эозинофиурией, гиалиновыми и зернистыми цилиндрами
	бессимптомной бактериурией, билирубинурией
	олигурией, протеинурией, лейкоцитурией, эритроцитурией
	бактериурией с преобладанием грамотрицательных микроорганизмов
460	Как называется сочетание кальциноза, феномена Рейно, склеродактилии, телеангиоэктазий и нарушения моторики пищевода при склеродермии?
	синдром Рейно
	болезнь Шегрена
	склередема Бушке
	Overlap-синдром
	CREST-синдром
461	К иммунологическим показателям системной склеродермии относятся
	антитела к топоизомеразе, антицентромерные антитела, антитела к двуспиральной ДНК, антинуклеарный фактор
	антитела к гистидил- РНК- синтетазе, анти-Sm антитела, антинуклеарный фактор RS3
	ревматоидный фактор, антитела к LE-клеткам, анти-SS/A и B антитела
	анти- KLA антитела, криоглобулины НП, анти Ro/La 70 антитела
462	Диффузная форма системной склеродермии характеризуется
	поражением внутренних органов без кожных проявлений
	наличием антител к миелопероксидазе, высокой частотой нефрита
	генерализованным поражением кожи на фоне минимальной висцеральной патологии
	преобладанием васкулита и тромботических осложнений
	ранним развитием висцеральной патологии, наличием антител Scl-70
463	К антифиброзным препаратам относится
	силденафил
	преднизолон
	купренил
	селлсепт
	адалimumаб
464	К проявлениям лимитированной формы системной склеродермии относится
	изолированное поражение пищевода
	изолированный склерозирующий холангит
	одностороннее развитие пневмонита
	ограниченное поражение кожи (лицо, кисти, стопы)
	отсутствие аутоиммунных антител
465	Показанием к назначению циклофосфида при системной склеродермии является
	легочная гипертензия
	интерстициальное поражение легких
	синдром Рейно
	склеродерма
	склеродактилия
466	Для паранеопластической склеродермии характерно
	неблагоприятный прогноз

	развитие на фоне рецидива лимфопролиферативных заболеваний
	развитие на фоне лечения блеомицином
	преимущественное поражение периартикулярных тканей, торпидность к лечению
	быстрая деструкция суставных поверхностей с развитием подвывихов и вывихов
467	Какие из перечисленных клинических признаков характерны для дерматомиозита/полимиозита?
	проксимальная мышечная слабость, гелиотропная сыпь
	дистальная мышечная слабость, эритромелалгия
	миогенные изменения при электромиографии
	амавроз, алопеция, сухой синдром
	нефрит, язвенно-некротический дерматит
468	Для ревматоидного артрита характерно
	поражение внутренних органов преобладает над суставным синдромом
	высокие титры АСЛО
	уровень сывороточной креатинфосфокиназы в норме или незначительно повышен
	несимметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей
	симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов конечностей
469	Электромиографическая картина при полимиозите характеризуется
	выпадением двигательных единиц
	снижением скорости проведения импульса
	несимметричной скоростью проведения импульса
	острофазными потенциалами двигательных единиц
	патологической спонтанной активностью мышечных волокон
470	Показаниями к назначению цитостатиков пациентам с дерматомиозитом являются
	кальциноз мягких тканей, распространённый дерматит
	синдром Кушинга
	давность заболевания более 10 лет
	дисфагия, тяжелая мышечная слабость
	птоз, миоз, энофтальм
471	Для псориатического артрита характерно
	изолированный шейный спондилоартрит
	сочетание артрита с миопатией
	поражение пястно-фаланговых суставов
	дактилит
	развитию артрита всегда предшествует кожный псориаз
472	Для анкилозирующего спондилоартрита характерно
	гиповентиляционный синдром, связанный с миозитом дыхательной мускулатуры
	изолированный спондилоартрит поясничного отдела, «лестничное» поражение суставов
	мутилирующий периферический артрит
	серопозитивность по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду
	двусторонний сакроилиит, восходящий спондилоартрит, энтезиты
473	Основу лечения дерматомиозита/полимиозита составляют
	глюкокортикоиды
	цитостатики
	аминохинолиновые производные
	плазмаферез
	антицитокиновые препараты

474	При тяжелом интерстициальном поражении легких на фоне диффузных болезней соединительной ткани препаратом выбора считается
	метотрексат
	циклоспорин А
	микофенолата мофетил
	циклофосфамид
	азатиоприн
475	Наиболее перспективным препаратом биологической (антицитокиновой) терапии в лечении тяжелого стероидорезистентного дерматомиозита/полимиозита в настоящее время считается
	цертолизумаб пегол
	тоцилизумаб
	адалимумаб
	ритуксимаб
	канакимумаб
476	Характерными внесуставными поражениями при ревматоидном артрите являются
	ревматоидный кальциноз мягких тканей, бородавчатый эндокардит
	васкулит сосудов крупного калибра, головные боли, преходящая потеря зрения
	эзофагит, индуративный дерматит, менингит
	передний увеит, полиморфная сыпь, энтезопатии
	ревматоидные узелки, эписклерит, кожный васкулит, нейропатии
477	Какие сосуды преимущественно поражаются при геморрагическом васкулите?
	височная артерия
	артерии крупного калибра
	венозная система
	артерии среднего калибра
	сосуды микроциркуляторного русла
478	Наиболее частая локализация кожных изменений при геморрагическом васкулите
	крылья и спинка носа
	живот
	стопы и голени
	кисти рук
	лицо
479	Узловатая эритема является
	специфическим признаком саркоидоза
	диагностическим критерием уретроокулосиновиального синдрома
	диагностическим критерием болезни Лайма
	лекарственным осложнением селективных нестероидных противовоспалительных препаратов
	неспецифическим септальным панникулитом
480	Криоглобулины II типа выявляются при
	множественной миеломе
	болезни Шегрена
	неходжкинской лимфоме
	ревматоидном артрите
	системной склеродермии
481	С какими инфекционными процессами могут быть ассоциированы криоглобулины?
	стрептококковый тонзиллит
	вирусный гепатит С
	сальмонеллёз
	острый мочеполовой хламидиоз
	системный кандидоз

482	Кожные проявления васкулита могут быть представлены в виде
	гиперкератоза в области суставов
	чередование участков гипо- и гиперпигментации
	узловой эритемы с исходом в фиброз
	капилляритов, геморрагической сыпи, сетчатого ливедо
	феномена Рейно без изменений на капилляроскопии
483	К характерным деформациям суставов кистей при ревматоидном артрите относят
	деформации суставов за счёт ревматоидных узелков
	костные узловые образования в области проксимальных и дистальных
	межфаланговых суставов
	ульнарную девиацию пястно-фаланговых суставов
	разнонаправленную деформацию суставов пальцев
	осевой анкилозирующий дактилит
484	Выявление перинуклеарного типа антинейтрофильных цитоплазматических
	антител характерно для
	быстро прогрессирующего гранулематоза с полиангиитом
	узелкового полиартериита
	системной склеродермии
	геморрагического васкулита
	ревматической полимиалгии
485	Основными клиническими проявлениями гранулематоза с полиангиитом являются
	поражение желудочно-кишечного тракта, гипертрофия околоушных желез
	поражение глаз, верхних дыхательных путей, легких
	глоссит, полинейропатия, панкреатит
	лейкоцитокластический дерматит, нефрит
	буллёзное поражение кожи
486	Для серонегативных спондилоартритов характерны следующие внесуставные
	поражения
	васкулит сосудов мелкого калибра
	тубулоинтерстициальный нефрит, эзофагит
	конъюнктивит, передний увеит, узловатая эритема
	калькулёзный простатит, эндометриоз
	полисерозит, лёгочная гипертензия
487	Наиболее часто узелковый полиартериит развивается
	у мужчин среднего возраста
	у пожилых людей, вне зависимости от пола
	у молодых женщин
	у детей и подростков
	в одинаковой степени у мужчин и женщин, в любом возрасте
488	Характерными клиническим признаками узелкового полиартериита являются
	тромбоз почечных вен, полисерозит
	нейрогенная хромота, холангит
	язвы слизистой рта, эписклерит, пальмарная эритема
	слабость и боли в голених, снижение массы тела, сетчатое ливедо
	геморрагическая сыпь, гематурия, артралгии
489	К клиническим проявлениям геморрагического васкулита относятся
	приступы бронхиальной обструкции и микротромбозы
	быстро прогрессирующий амилоидоз и увеит
	остеолиз концевых фаланг пальцев и диффузный фасциит
	вторичный остеоартроз опорных суставов и гемолитическая анемия

	кожный, почечный, абдоминальный и суставной синдромы
490	Проведение комбинированной терапии глюкокортикостероидами в сочетании с циклофосфаном показано больным с узелковым полиартериитом в случае
	быстро прогрессирующего тяжелого поражения сосудов
	ограниченного поражения сосудов
	наличия абдоминального синдрома
	наличия нормохромной анемии
	безболевой ишемии миокарда
491	Для узелкового полиартериита характерно
	поражение глаз и внутреннего уха
	лимфаденопатия и гепатоспленомегалия
	сочетание с первичным билиарным холангитом
	развитие деструктивного артрита
	поражение кожи, нервной системы, желудочно-кишечного тракта
492	Для поражения почек при узелковом полиартериите характерно
	поражение почечного интерстиция
	макрогематурия
	протеинурия свыше 3 г/л
	микрогематурия
	развитие амилоидоза
493	Ведущей жалобой пациента при остеоартрите является
	боль в крупных суставах
	боль в сердце
	головные боли
	боли в пояснице
494	Побочными эффектами колхицина являются
	диарея
	запоры
	отеки
	сердцебиение
495	Заболевание, часто ассоциирующиеся с подагрой
	бронхиальная астма
	язвенная болезнь желудка
	хронический пиелонефрит
	ожирение
496	Клиническим состоянием, являющееся показанием для монотерапии нестероидными противовоспалительными препаратами является
	системная красная волчанка
	дерматомиозит
	мигрень
	внесуставные ревматические заболевания (миозит, тендовагинит, синовит)
497	Кожный покров над суставом при остеоартрите
	отечный
	гиперемирован
	плотный
	не изменен
498	Боль в суставах при остеоартрите
	возникает при движении после состояния покоя
	возникает во время сна
	возникает постоянно

	возникает в покое
499	Остеоартрит характеризуется
	утренней скованностью
	отечностью суставов
	деформацией локтевых суставов
	крепитацией, «хрустом» в суставах
500	При обследовании пациента с ревматоидным полиартритом следует обратить внимание
	на чистоту кожного покрова
	на наличие отеков
	на конфигурацию суставов
	на увеличение лимфатических узлов
501	Люмбаго – это
	ноющие боли в пояснице
	острые боли в пояснице с иррадиацией в ногу
	острые боли в поясничной области, возникшие внезапно
	острые боли в грудном отделе позвоночника
502	При остеопорозе часто возникают
	переломы ребер
	переломы шейки бедра, позвоночника
	грыжа позвоночника
	сколиоз
503	Урикоостатиком является
	азотиоприн
	бутадион
	этамид
	аллопуринол
504	Яркая гиперемия над пораженным суставом наиболее характерна для
	гнойного артрита и подагрического артрита
	подагрического артрита и синовита при деформирующем остеоартрите
	синовита при остеоартрите и ревматоидного артрита
	ревматоидного артрита
505	Тофусы представляют собой
	остеофиты
	отложение в тканях холестерина
	отложение в тканях уратов
	воспаление гранулемы
	уплотнение подкожной клетчатки
506	Для подагры характерно поражение
	пястнофалангового сустава
	локтевого сустава
	плечевого сустава
	первого плюснефалангового сустава
507	Стартовая боль характерна для
	ревматоидного артрита
	подагры
	реактивного артрита
	остеоартрита
508	Фактор риска подагры

	женский пол
	избыточное употребление продуктов, богатых пуриновыми основаниями
	носительство HLA-B27 антигена гистосовместимости
	избыточная физическая активность
509	Утренняя скованность в мелких суставах кистей более часа характерна
	для ревматического артрита
	для реактивного артрита
	для ревматоидного артрита
	для подагрического артрита
510	У пациента выявлена утренняя скованность менее 30 минут, боль механического характера, тугоподвижность, ограничение подвижности сустава, крепитация, при рентгенологическом исследовании – сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты
	остеоартрит
	подагрический артрит
	реактивный артрит
	ревматоидный артрит
511	При ревматоидном артрите ранее всего поражаются
	проксимальные межфаланговые суставы кистей
	позвоночные суставы
	крестцово-подвздошные суставы
	локтевые суставы
512	Основным ранним клиническим симптомом остеоартрита тазобедренного сустава является
	боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
	приводящая сгибательная контрактура
	боль в области тазобедренного сустава
	ограничение объема движений в суставе
513	Диагноз пирофосфатной артропатии является достоверным при
	выявлении триклинных кристаллов
	наличии типичного хондрокальциноза на рентгенограммах
	хронического артрита коленных и локтевых суставов, течение которого сопровождаются острыми атаками
	выявление кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
514	Что из перечисленного входит в критерии ревматоидного артрита?
	антицитруллиновые антитела
	артрит крупных суставов
	обнаружение «костного отека» при магнитно-резонансной томографии
	утренняя скованность >1 часа
515	Какой из признаков относится к клиническим проявлениям болезни Стилла?
	боль в горле
	лихорадка
	поражение почек
	кожная сыпь
516	Болевой синдром при спондилоартрите характеризуется следующими признаками, за исключением
	беспокоит преимущественно в ночное время
	боль обычно двухсторонняя
	максимально выражен при попытке разгибания позвоночника
	локализуется паравертебрально

517	Излюбленная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке –
	лицо
	голени
	спина
	грудь
518	Для синдрома Рейно при системной склеродермии характерно
	одностороннее изменение цвета пальцев кистей и стоп
	возможное развитие висцеральных поражений
	некротические изменения в области пальцев кистей
	некротические изменения в области пальцев кистей и стоп
519	«Большим» диагностическим критерием диагноза системной склеродермии является
	проксимальная склеродерма
	дистальная склеродерма
	двусторонний базальный легочный фиброз
	склеродактилия
520	Какие стадии поражения кожных покровов выделяют при системной склеродермии
	отек, индукция
	отек, индукция, изъязвления
	индукция, атрофия
	отек, индукция, атрофия
521	Показанием к назначению циклофосфида при системной склеродермии является
	легочная гипертензия
	синдром Рейно
	интерстициальное поражение легких
	склеродерма
522	К развитию вторичной гиперурикемии могут привести
	обширное поражение кожных покровов при псориазе
	длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
	длительный прием петлевых и/или тиазидных диуретиков
	множественная миелома
523	К диагностическим критериям системной красной волчанки относятся
	увеличение скорости оседания эритроцитов
	ложноположительная реакция Вассермана
	антитела к ДНК
	антитела к кардиолипину
	антитела к Sm-антигену
524	Характерными изменениями кисти на поздней стадии системной склеродермии являются
	дискоидная сыпь над суставами
	трофические поражения кожи
	контрактура пальцев
	остеолиз концевых фаланг
	ониходистрофия
525	Какие поражения характерны для системной красной волчанки?
	эрозивный артрит
	афтозный стоматит
	индукция кожи
	симптом Готтрона
	дискоидная сыпь

526	К числу специфических кожных проявлений при дерматомиозите относятся
	симптом Готтрона
	симптом «шали»
	«рука механика»
	периорбитальный гелиотропный дерматит
	васкулитная «бабочка»
	симптом «пробойника»
527	Характерными проявлениями кожного синдрома при геморрагическом васкулите являются
	симметричное поражение
	пальпируемая пурпура
	исчезает при надавливании
	сопровождается зудом
528	Характерными проявлениями миозита при полимиозите являются
	проксимальная мышечная слабость
	дисфония
	кашель
	неспособность собрать пальцы в кулак
1	Болезни органов пищеварения
529	Современным стандартом лечения НР-ассоциированной язвенной болезни являются
	ингибиторы протонной помпы+антибиотики
	блокаторы гистаминовых H2-рецепторов+антибиотики
	антациды+антибиотики
	антациды+прокинетики
	ингибиторы протонной помпы + прокинетики+антациды
530	К осложнению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни относится
	пищевод Барретта
	ахалазия кардии
	диффузный спазм пищевода
	дивертикул Ценкера
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
531	Что применяется при лечении ахалазии кардии
	прием нифедипина
	прием нитроглицерина
	инъекции токсина ботулизма
	прием мотилиума
	пневмокардиодилатация
532	Для хронического аутоиммунного атрофического гастрита (тип А) характерно
	наличие АТ к бокаловидным клеткам
	преимущественное поражение антрального отдела желудка
	развитие гемолитической анемии
	преимущественное поражение дна и тела желудка
	гиперацидность
533	При каком из перечисленных заболеваний и синдромов диарея сопровождается «приливами», отеком и гиперемией лица, тахикардией, гипотонией?
	синдром Золлингера-Эллисона
	болезнь Крона
	язвенный колит
	карциноидный синдром
	панкреатическая холера

534	При сочетании диареи с болью и обызвествлением мезентериальных лимфатических узлов можно предполагать
	рак толстого кишечника
	болезнь Крона
	язвенный колит
	амебиаз
	туберкулезный илеотифлит
	целиакию
535	Периодические схваткообразные боли по ходу толстой кишки, неустойчивый стул со слизью при неизменной слизистой оболочке кишечника характерны для
	хронического панкреатита
	сальмонеллеза
	синдрома раздраженного кишечника
	язвенного колита
	болезни Крона
536	Эозинофилия крови может свидетельствовать о
	манифестации воспалительных заболеваний кишечника
	онкопатологии толстой кишки
	гельминтозах
	бактериальных кишечных инфекциях
	раке желудка
537	Укажите на энтеральный копрологический синдром
	креаторея, стеаторея, амилорея, полифекалия
	незначительное количество мышечных волокон, слизь, лейкоциты
	кашицеобразный, светло-коричневый стул со слабым запахом и щелочной реакцией, незначительное количество мышечных волокон, крахмала и неперевариваемой клетчатки
538	Наиболее характерным местом колонизации желудка Helicobacter pylori инфекцией является
	кардия
	дно желудка
	тело желудка
	антральный отдел
539	Для верификации диагноза хронического гастрита используется
	гастроскопия
	гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка
	рентгеноскопия желудка
	дуоденальное зондирование
	анализ желудочного сока
540	Для болезни Менетрие характерным является
	запор
	гигантская гипертрофия желудочных складок
	увеличение массы тела
	лихорадка
	метеоризм
541	Боль в эпигастральной области через 2 часа после приема пищи, натошак, купирующаяся приемом пищи, характерна для
	рак желудка
	язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
	язвенной болезни желудка
	стеноза привратника

542	Основной метод лечения целиакии
	антибиотики
	глюкокортикоиды
	аглютеновая диета
	цитостатики
	пробиотики
543	Для лечения неалкогольного стеатогепатита применяется
	урсофальк
	омепразол
	вентер
	мотилиум
	ретаболил
544	С какой скоростью необходимо снижать массу тела при лечении ожирения у больного стеатогепатитом?
	0,2-0,3 кг неделю
	0,5-1 кг в неделю
	2-3 кг в неделю
	3-4 кг в неделю
	4-5 кг в неделю
545	Больному стеатогепатитом с наличием синдрома холестаза предпочтительно назначение
	хофитола
	урсофалька
	силлимарина
	адеметионина
	тиоктацида
546	Назначение какого препарата наиболее показано при высокой активности алкогольного стеатогепатита
	гептрала
	преднизолон
	урсофалька
	эссенциале
	силлимарина
547	Печеночная кома может быть осложнением
	острой язвы желудка
	синдрома Ротора
	рака толстой кишки
	острого лекарственного гепатита
	синдрома Жильбера
548	Этиологическая роль лекарственного препарата в поражении печени считается определенной, если временной интервал между приемом препарата и развитием гепатотоксической реакции составляет
	свыше 30 дней
	свыше 60 дней
	свыше 90 дней
	свыше 180 дней
	свыше года
549	К системным иммуноопосредованным гиперчувствительным реакциям при применении лекарственных препаратов относится
	спленомегалия
	кровотечение
	анемия

	эозинофилия
	тромбоцитоз
550	Индикатором тяжелого лекарственного поражения печени является
	повышение уровня АЛТ свыше 3 раз
	повышение уровня АСТ свыше 3 раз
	повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
	повышение уровня АЛТ свыше 3 раз, повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз (норм)
	повышение уровня АСТ свыше 3 раз, повышение уровня общего билирубина свыше 2 раз
551	К лекарственным поражениям печени относится
	гемохроматоз
	портальная гастропатия
	первичный билиарный холангит
	стеатогепатит
	первичный склерозирующий холангит
552	Какой лекарственный препарат (вещество) может вызвать развитие острого лекарственного гепатита
	изониазид
	преднизолон
	дексаметазон
	цинк сульфат
	рифаксимин
553	При лекарственно-индуцированном аутоиммунном гепатите наблюдается
	гепатоцеллюлярное гидроксилирование или окисление препарата с образованием токсических метаболитов
	конъюгация лекарственных метаболитов с эндогенными детоксицирующими субстанциями
	внутриклеточный транспорт метаболитов к синусоидальному или билиарному полюсу гепатоцита
	экскреция препарата в общий кровоток или желчь
	продукция аутоантител к лекарственным метаболитам
554	Какой лекарственный препарат используются при лечении лекарственных гепатитов высокой степени активности
	эссенциальные фосфолипиды
	адemetионин
	глюкокортикостероиды
	урсодезоксихолевая кислота
	тиоктовая кислота
555	Какой метод наиболее информативен в установлении причины гепатомегалии?
	ультразвуковое исследование
	компьютерная томография
	биопсия печени
	радиоизотопное сканирование печени
556	Серьезным осложнением чрескожной биопсии печени является
	кровотечение в брюшную полость
	кровотечение в плевральную полость
	желчная эмболия
	повреждение органов брюшной полости иглой
	пневмоперитонеум
557	Хроническая алкогольная интоксикация способствует развитию

	болезни накопления
	аутоиммунного гепатита
	гранулематоза печени
	цирроза печени
	гемангиом печени
558	Какое минимальное количество жира в печени характерно для жировой инфильтрации печени?
	более 3% веса печени
	более 5% веса печени
	более 15% веса печени
	более 25% веса печени
	более 40% веса печени
559	Что характерно для хронического панкреатита
	кожная сыпь
	желтушность кожных покровов
	запоры
	стеаторея
	гипогликемия
560	Выберите наиболее достоверный тест, отражающий состояние экзокринной функции поджелудочной железы
	D-ксилозный тест
	концентрация эластазы-1 в кале
	активность трипсина, липазы и амилазы в сыворотке крови
	амилазо-креатининовый коэффициент
	копрологическое исследование
561	Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются
	экзокринная недостаточность поджелудочной железы
	перитонит
	псевдокисты
	асцит
	рак поджелудочной железы
562	Ранним копрологическим показателем снижения экзокринной функции поджелудочной железы является
	креаторея
	стеаторея
	наличие соединительной ткани
	амилорея
	наличие неперевариваемой растительной клетчатки
563	Наиболее характерным признаком хронического панкреатита является
	развитие сахарного диабета
	снижение экзокринной функции поджелудочной железы
	желтуха
	повышение активности aminотрансфераз
	гепатомегалия
564	Для хронического билиарозависимого панкреатита характерно
	развитие в результате обструкции главного протока поджелудочной железы
	развитие в результате стеноза большого дуоденального соска
	развитие в результате дуоденальной гипертензии
	развитие в результате патологии печени
	сочетания с патологией билиарной системы
565	Для хронического кальцифицирующего панкреатита характерно

	отсутствие в протоках белковых преципитатов
	наличие стеноза и атрезии протоков, атрофии ацинарной ткани поджелудочной железы
	наличие кист в паренхиме печени
	наличие дискомфорта в правом подреберье
	наличие абдоминальных болей, уменьшающихся после акта дефекации
566	При хроническом паренхиматозном панкреатите назначают
	урсоикислоты
	наркотические препараты
	желчегонные препараты
	ферменты
	антациды
567	Наиболее часто выявляемый при хроническом панкреатите симптом
	боли в верхней половине живота
	гипергликемия
	желтуха
	стеаторея
	рвота
568	При обострении хронического панкреатита наблюдается увеличение содержания в крови
	пируватдегидрогеназы
	орнитина
	креатинфосфокиназы
	эластазы-1
	щелочной фосфатазы
569	Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является
	рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
	чрескожная чреспеченочная холангиография
	компьютерная томография
	ретроградная панкреатохолангиография
	магнитно-резонансная томография
570	При подозрении на опухоль большого дуоденального сосочка (фатерова соска) методом выбора диагностики заболевания является
	внутривенная холеграфия
	обзорная рентгенография брюшной полости
	эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
	транспариетальная холангиография
	ультразвуковое исследование поджелудочной железы
571	Какой метод исследования наиболее информативен в диагностике формы и осложнений острого панкреатита
	диагностический пневмоперитонеум
	обзорная рентгеноскопия брюшной полости
	лапароскопия
	эзофагогастродуоденоскопия
	определение амилазы крови и мочи
572	У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, пальпируется инфильтрат в эпигастриальной области. Ваш диагноз?
	холангит
	пневмония

	киста поджелудочной железы
	забрюшинная флегмона
	абсцесс сальниковой сумки
573	Какая клиническая форма чаще развивается при длительном течении алкогольного панкреатита?
	болевая
	рецидивирующая
	безболевая
	псевдотуморозная
	отечная (интерстициальная)
574	В каком отделе двенадцатиперстной кишки открывается проток поджелудочной железы?
	луковице
	верхнем горизонтальном
	нисходящем
	нижнем горизонтальном
	восходящем
575	Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулирует
	соматостатин
	гастрин
	секретин
	вазоинтестинальный пептид
	глюкагон
576	Какое из перечисленных заболеваний обязательно сопровождается поражением поджелудочной железы?
	холецистит
	муковисцидоз
	эзофагит
	язвенная болезнь
	первичный билиарный холангит
577	Выберите категории ДНК-положительных больных хроническим гепатитом В, нуждающихся только в динамическом наблюдении
	при повышении уровня трансаминаз более 2 норм
	при высоком уровне виремии
	при отсутствии явных клинических признаков поражения печени
	при тяжелом фиброзе печени
	при нормальном уровне трансаминаз и отсутствии явных клинических признаков поражения печени
578	Какая тактика наиболее показана при нормальном уровне трансаминаз (АЛТ, АСТ) у больных хроническим вирусным гепатитом В?
	назначение противовирусной терапии
	наблюдение каждые 6-12 месяцев (определение уровня АЛТ, АСТ, HBsAg, ДНК HBV в крови)
	назначение гепатопротективной терапии
	назначение иммуносупрессоров
	назначение желчегонных препаратов
579	Какая продолжительность терапии с применением препаратов с прямым противовирусным действием должна быть при хроническом вирусном гепатите С генотип 1?
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяцев
	6 месяцев

	12 месяцев
580	Выявление в крови антител к HBsAg (анти-HBs) может свидетельствовать о выздоровлении репликации HBV интеграции HBV иммунной реакции на вакцинацию выздоровлении или иммунной реакции на вакцинацию
581	Выявление в крови одновременно HBsAg, анти-HBe и ДНК вируса гепатита свидетельствует о репликации «мутантного» штамма HBV репликации «дикого» штамма HBV интеграции «мутантного» штамма HBV интеграции «дикого» штамма HBV выздоровлении
582	Репликативная фаза развития HBV-инфекции свидетельствует о наличии активности печеночного процесса о прогрессировании заболевания об отсутствии показаний для проведения противовирусной терапии о необходимости проведения противовирусной терапии об отсутствии активности печеночного процесса
583	К симптому портальной гипертензии при циррозе печени относится добавочная доля с селезенки уменьшение размеров печени увеличение диаметра печеночных вен уменьшение артериального давления варикозное расширение вен пищевода
584	При каком заболевании наиболее часто встречается синдром печеночно-клеточной недостаточности синдроме Дабина-Джонсона хроническом гепатите С циррозе печени синдроме Жильбера неалкогольном стеатогепатите
585	К мерам профилактики вирусного гепатита В относят личную гигиену употребление кипяченой воды использование индивидуальной посуды применение одноразовой одежды вакцинацию против гепатита В
586	В каком проценте случаев при хроническом гепатите В развивается цирроз печени? 10% 30% 50% 70% 100%
587	Вирус гепатита С относится к одноцепочечным ДНК-содержащим вирусам самым большим из вирусов человека патогенам, передающимся воздушно-капельным путем агентам с парентеральным и половым путем передачи вирионам

588	Некрозы гепатоцитов при хроническом вирусном гепатите В обусловлены
	клеточным иммунным ответом на HBcAg и HBeAg
	активацией купферовских клеток
	жировой инфильтрацией гепатоцитов
	клеточным иммунным ответом на HBsAg
	аутоиммунными механизмами
589	Показателями, отражающими белково-синтетическую функцию печени, являются
	альбумин, холестерин
	холинэстераза, билирубин
	щелочная фосфатаза, альбумин
	гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин
590	Холестатический синдром проявляется повышением
	конъюгированного билирубина, щелочной фосфотазы, гамма-глутамилтранспептидазы
	неконъюгированного билирубина, щелочной фосфотазы, холестерина
	щелочной фосфотазы, триглицеридов, АСТ, АЛТ
	гамма-глобулинов, желчных кислот, гамма-глутамилтранспептидазы
	щелочной фосфотазы, гамма-глутамилтранспептидазы, АЛТ
591	Цитолитический биохимический синдром проявляется повышением
	АСТ, АЛТ
	АСТ, АЛТ, общего холестерина, триглицеридов
	серомукоида, гамма-глобулинов, С-реактивного белка
	тимоловой пробы, сулемовой пробы, лактатдегидрогеназы, альдолазы
	конъюгированного билирубина, желчных кислот, щелочной фосфотазы
592	Мезенхимально-воспалительный синдром проявляется повышением
	АСТ, альдолазы, тимоловой и сулемовой проб
	серомукоида, сиаловых кислот, общего холестерина, триглицеридов
	α -1, α -2 глобулинов, С-реактивного белка, иммуноглобулинов
	щелочной фосфотазы, серомукоида, С-реактивного белка
	иммуноглобулинов, лактатдегидрогеназы, альдолазы
593	Маркерами синдрома печеночно-клеточной недостаточности (гепатодепрессивного синдрома) являются
	АСТ, АЛТ, лактатдегидрогеназа
	альбумин, протромбиновое время, холестерин
	AMA, ANA, anti-LKM
	щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, желчные кислоты, билирубин
	аммиак, эндотоксин, α -фетопротеин
594	Гиперспленизм – это
	увеличение селезенки
	обязательное увеличение селезенки, сопровождающееся усилением и извращением функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов
	состояние, которое может сопровождаться увеличением селезенки с усилением и извращением функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов, эритроцитов и гранулоцитов
	обязательное увеличение селезенки, сопровождающееся усилением и извращением функции органа по удалению разрушенных тромбоцитов эритроцитов, гранулоцитов
595	«Сосудистые» звездочки, пальмарная эритема встречаются при
	хроническим холецистите
	остром панкреатите

	фиброзе печени
	циррозе печени
596	Какое из следующих утверждений является верным?
	повышение содержания более трех норм щелочной фосфатазы в сыворотке крови является специфичным для заболеваний печени
	некоторые физиологические состояния могут вызывать отклонения уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
	в клинической практике одновременное измерение щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы бесполезно
	определение активности щелочной фосфатазы целесообразно лишь в педиатрической практике
597	Какое из следующих утверждений о биопсии печени является верным?
	это единственный доступный способ, позволяющий определить причину заболевания печени
	она преимущественно используется для определения активности и стадии заболевания печени
	она связана с высоким риском серьезных осложнений
	эта процедура позволяет диагностировать цирроз печени у при наличии признаков портальной гипертензии
598	Классическая триада проявлений гемохроматоза
	хронический панкреатит, цирроз печени, сахарный диабет
	пигментация кожи, цирроз печени, сахарный диабет
	цирроз печени, сахарный диабет, койлонихии
	сахарный диабет, неврологическая симптоматика, цирроз печени
599	Препаратом выбора при гемохроматозе является
	фенобарбитал
	сульфат цинка
	D-пеницилламин
	деферазирокс
600	Для диагностики болезни Вильсона-Коновалова используют
	определение церулоплазмينا в моче
	определение ферритина в крови
	суточное содержание меди в моче
	исследование биоптата печени
601	Препарат выбора для лечения болезни Вильсона-Коновалова
	десферал
	преднизолон
	амиодарон
	D-пеницилламин
	азатиоприн
602	Какова вероятность передачи вируса гепатита C от матери ребенку?
	<10%
	10-20%
	20-30%
	30-40%
603	Какова вероятность развития цирроза печени через 20 лет после первичного инфицирования вирусом гепатита C у пациента без дополнительных факторов риска?
	2-10%
	2-20%
	40-60%
	70-80%

604	Какова вероятность перехода острого гепатита С в хронический?
	2-15%
	20-30%
	30-40%
	40-60%
605	Для аутоиммунного гепатита 2 типа характерно наличие следующих антител
	антинуклеарных антител (ANA)
	антигладкомышечных антител (ASMA)
	антимитохондриальных антител (AMA)
	антител к микросомам печени и почек (Анти-LKM-1)
	антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)
606	Для первичного склерозирующего холангита характерно наличие следующих антител
	антинуклеарных антител (ANA)
	антигладкомышечных антител (ASMA)
	антимитохондриальных антител (AMA)
	антител к микросомам печени и почек (Анти-LKM-1)
	антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА)
607	Препаратом для лечения печеночной энцефалопатии при циррозе печени является
	верошпирон
	орнитин-аспартат
	β-адреноблокаторы и нитраты
	витамины группы В
	интерферон-альфа
608	Какова начальная тактика диуретической терапии у пациента с циррозом печени и асцитом, ранее не получавшим лечения?
	фуросемид внутривенно
	фуросемид перорально
	парацетез
	спиронолактон с последующим применением фуросемида перорально
609	Рекомендуемым скринингом гепатоцеллюлярной карциномы у пациентов с циррозом печени является
	трехфазная компьютерная томография каждые 6-12 месяцев
	комбинация определения уровня альфа-фетопротеина каждые 3-6 месяцев и ультразвуковое исследование печени каждые 6-12 месяцев
	комбинация определения уровня альфа-фетопротеина каждые 3-6 месяцев и трехфазной компьютерной томография каждые 6-12 месяцев
	определение уровня альфа-фетопротеина каждые 3 месяца
	определение уровня альфа-фетопротеина каждые 6 месяцев
610	Для снижения выраженности портальной гипертензии при циррозе печени используют
	терлипрессин
	антагонисты кальция
	нитраты
	α-адреноблокаторы
	β-адреноблокаторы
611	Увеличение содержания в сыворотке крови IgM и появление аутоантител к компонентам митохондрий у больных с желтухой и гепатоспленомегалией с большей вероятностью свидетельствует о
	аутоиммунном циррозе печени
	первичном билиарном холангите

	вирусном циррозе печени
	алкогольном циррозе печени
	первичном склерозирующем холангите
612	Диагностическим критерием первичного склерозирующего холангита является
	расширение вен пищевода при эзофагогастродуоденоскопии
	нормальный уровень щелочной фосфатазы
	четкообразные изменения внутри- и внепеченочных желчных протоков при холангиографии
	повышенный уровень щелочной фосфатазы
613	Какие морфологические изменения характерны для аутоиммунного гепатита?
	диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков
	центрилобулярные некрозы гепатоцитов, тельца Мэллори, жировая дистрофия, лимфоидная инфильтрация
	перипортальное воспаление, центрилобулярные некрозы, плазмноклеточная инфильтрация
	гранулемы в ткани печени, лимфоидная инфильтрация, воспаление мелких желчных протоков
614	Классификация хронических панкреатитов TIGAR-O - это
	классификация по этиологии
	классификация по характеру течения
	классификация по клиническим проявлениям
	классификация осложнений хронического панкреатита
615	Для хронического панкреатита наиболее характерен следующий клинический синдром
	анемический синдром
	болевого синдром
	геморрагический синдром
	отечно-асцитический синдром
616	Для болевого синдрома при хроническом панкреатите характерно
	появляется и усиливается после приема пищи
	появляется и усиливается при голодании
	носит спастический характер
	сопровождается кожным зудом
617	Гиперплазия железистых, мышечных, соединительнотканых и нервных элементов в стенках желчного пузыря отмечается при
	ксантогранулематозном холецистите
	аденомиоматозе желчного пузыря
	гиалинокальцинозе желчного пузыря
	лимфоплазмочитарном холецистите
618	Для болезни Крона характерно
	сегментарность поражения желудочно-кишечного тракта
	непрерывное поражение желудочно-кишечного тракта
	изолированное поражение прямой кишки
	частое развитие псевдополипоза
	низкий риск рецидивов
619	Частый жидкий стул с кровью, множественные псевдополипы слизистой оболочки, поражение слизистой оболочки прямой кишки характерны для
	дизентерии
	болезни Крона
	язвенного колита

	дивертикулита
	псевдомембранозного колита
620	В чью честь названа болезнь Крона?
	в честь греческого бога, олицетворения времени
	в честь первого пациента, у которого было диагностировано данное заболевание
	в честь немецкого врача-хирурга, который описал данное заболевание в 1870 году
	в честь американского врача-гастроэнтеролога, который описал данное заболевание в 1932 году
621	При болезни Крона в воспалительный процесс вовлекается
	слизистая оболочка
	слизистая + подслизистая оболочка
	мышечная оболочка
	серозная оболочка
	вся кишечная стенка
622	При ишемическом колите наиболее часто поражается
	печеночный изгиб толстой кишки
	селезеночный изгиб толстой кишки
	сигмовидная кишка
	периаанальная область
	тонкая кишка
623	Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с
	рак толстой кишки
	язвенный колит
	псевдомембранозный колит
	ишемический колит
624	По какой шкале оценивается степени тяжести болезни Крона?
	индекс активности Мэйо-Шредера
	индекс активности Рахмилевича
	оксфордский индекс
	монреальская классификация
	индекс активности Беста
625	Наиболее информативными морфологическими признаками ишемического колита является
	косое расположение мышечных волокон между очагами атрофии
	наличие грануляционной ткани в дне язвенного дефекта в сочетании с обнаружением в подслизистой основе макрофагов, нагруженных гемосидерином
	наличие в подслизистой основе нейтрофильных лейкоцитов в сочетании с косым расположением волокон в мышечном слое между очагами атрофии
626	«Эталонной» комбинацией лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита являются
	линкомицин + цефалоспорин
	ванкомицин + метронидазол+лоперамид
	метронидазол + клиндамицин + кишечные адсорбенты
	ванкомицин + метронидазол + кишечные адсорбенты
	ванкомицин+лоперамид
627	Методом выбора в диагностике дивертикулярной болезни, осложненной дивертикулитом, является
	колоноскопия
	ирригоскопия
	компьютерная томография

	обзорная рентгенография брюшной полости
	ультрасонография
628	При подозрении на аденокарциному толстой кишки необходимо исследовать кровь на онкомаркеры
	СА 125, СА 15-3
	СА 72-4
	СА 19-9, РЭА
	альфа-фетопротеин
629	Наиболее частым осложнением язвенного колита является
	токсическая дилатация толстой кишки
	образование межкишечных фистул и свищей
	образование абсцессов и инфильтратов
	кровотечение
	стеноз просвета кишки
	развитие синдрома мальабсорбции
630	Какое из заболеваний при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки?
	болезнь Крона
	язвенный колит
	ишемический колит
	псевдомембранозный колит
631	Что относится к кислотозависимым заболеваниям
	язвенная болезнь
	хронический холецистит
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	синдром Золлингера-Эллисона
632	Для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни наиболее характерным является
	горечь во рту
	тошнота
	изжога
	рвота с прожилками крови
	кислый привкус во рту
633	Длительность эрадикационной терапии первой линии составляет
	5 дней
	7 дней
	10 дней
	14 дней
	21 день
634	Контроль эффективности эрадикации после окончания антибактериальной терапии назначается через
	1-2 дня
	7 дней
	1 месяц
	6 месяцев
	1 год
635	Препаратами выбора в лечении кислотозависимых заболеваний являются
	ингибиторы протонной помпы
	спазмолитики
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	ингибиторы ЦОГ-2
	прокинетики

636	Препараты какой группы обладают наиболее выраженным ulcerогенным эффектом на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента нестероидные противовоспалительные препараты ингибиторы протонной помпы блокаторы кальциевых каналов спазмолитики
637	Препараты какой группы могут быть использованы для купирования изжоги у беременных ингибиторы протонной помпы H-2-гистаминоблокаторы альгинаты препараты мизопростала препараты висмута
638	Какая из предложенных комбинаций препаратов является эффективной (с позиции доказательной медицины) в эрадикации H.Pylori ингибитор протонной помпы + трихопол ингибитор протонной помпы + амоксициллин ингибитор протонной помпы + клацид ингибитор протонной помпы + клацид + амоксициллин ингибитор протонной помпы + де-нол
639	Множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишке в сочетании с гиперацидным состоянием и упорными болями в эпигастрии, не купирующимися антацидами, вероятнее всего, связаны с синдромом Дабина-Джонсона с синдромом Золлингера-Эллисона с изъязвлением рака желудка с язвами угла желудка
640	При гиперацидном гастрите наиболее эффективными минеральными водами являются натриево-хлоридные натриево-хлоридно-гидрокарбонатные натриево-гидрокарбонатные натриево-сульфатно- гидрокарбонатные воды с высоким содержанием органических веществ
641	Осложнения, характерные для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни язвы пищевода стриктуры пищевода пищевод Баррета аденокарцинома пищевода полипоз пищевода
642	Укажите основной критерий диагностики функциональной диспепсии наличие характерных жалоб отсутствие клинических признаков органического заболевания отсутствие биохимических отклонений отсутствие морфологических изменений слизистой оболочки желудка наличие жалоб и отсутствие клинических, биохимических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических признаков органических заболеваний
643	К предраковым заболеваниям относятся пищевод Баррета язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки

	полипы желудка
	атрофический гастрит
644	При каких заболеваниях (состояниях) могут развиваться симптоматические язвы
	при острых и хронических нарушениях кровообращения (шок, ДВС-синдром, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и др.)
	при эндокринных нарушениях (синдром Эллисона-Золингера, тиреотоксикоз)
	при аллергии
	при длительном медикаментозном лечении (ацетилсалициловой кислотой, кортикостероидами и др.).
645	Для профилактики эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с нестероидными противовоспалительными препаратами, целесообразно назначить
	ингибиторы протонной помпы
	прокинетики
	антациды
	ферментные препараты
646	Язвенная болезнь чаще возникает в связи с
	генетической предрасположенностью
	инфицированием H.Pylori
	предшествующим активным гастритом
	приемом нестероидных противовоспалительных препаратов
	гиперпаратиреозом
647	Наиболее часто перерождаются в рак
	язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
	язвы малой кривизны
	язвы субкардии
	язвы большой кривизны
648	Основными патогенетическими механизмами развития функциональной диспепсии являются
	повышение секреторной функции желудка
	нарушение аккомодации желудка
	заражение НР-инфекцией
	желудочная дисритмия
	нарушения антродуоденальной координации
649	Из числа перечисленных укажите правильные формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
	неэрозивная рефлюксная болезнь
	язвенная рефлюксная болезнь
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с множественными эрозиями
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь эндоскопически позитивная
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с единичными эрозиями
650	Показаниями для госпитализации пациента с язвенной болезнью являются
	обострение язвенной болезни
	язва с признаками кровотечения
	мелена
	рвота желчью
	рвота с примесью крови
651	Основные эффекты H.Pylori
	ингибирует фермент циклооксигеназа-2
	приводит к развитию воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки

	тормозит апоптоз клеток слизистой оболочки
	стимулирует выработку ферментов поджелудочной железы
652	Для функциональной диспепсии характерно
	появление симптомов заболевания в молодом возрасте
	появление симптомов заболевания у пациентов старше 45 лет
	прогрессирующее снижение массы тела
	отсутствие изменений в анализах крови
	лейкоцитоз
653	Лекарственные препараты каких групп снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера и могут способствовать возникновению изжоги
	антациды
	бета-адреномиметики
	прокинетики
	блокаторы кальциевых каналов
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
654	Основными клиническими проявлениями обострения язвенной болезни являются
	болевой синдром в эпигастральной области
	изжога
	горечь во рту
	тошнота
	повышение температуры тела
1	Нефрология
655	Полиурия – это
	выделение за сутки более 2 л мочи
	выделение за сутки менее 1 л мочи
	превалирование диуреза в ночные часы
	выделение мочи с постоянным удельным весом
656	Высокая относительная плотность мочи (1030 г/л и выше) характерна для
	хронического нефрита
	сахарного диабета
	несахарного диабета
	эффекта от приема петлевых диуретиков
	сморщенной почки
657	Ортостатическая протеинурия
	присутствует в горизонтальном положении пациента
	у большинства пациентов со временем трансформируется в стойкую протеинурию
	является предиктором развития хронической болезни почек
	характеризуется суточной потерей белка 3г в сутки и более
	обусловлена пассивным застоем в почечных венах при лордотическом положении позвоночника, при котором к нему прижата нижняя полая вена
658	Лейкоцитурия – наиболее характерный симптом при
	пиелонефрите
	гломерулонефрите
	амилоидозе
	нефролитиазе
	поликистозе почек
659	23-летний мужчина попал в автокатастрофу, жалуется на разлитую боль в животе. Моча красная, гематурия 4+, протеинурия 1+. Патогенез этих изменений объясняется следующими процессами
	протеинурия и гематурия почечного происхождения из-за нарушения фильтрации

	гематурия внепочечного происхождения из места травмы мочеточника, протеинурия – белок эритроцитов при макрогематурии
	гематурия – внепочечная, протеинурия указывает на наличие заболевания почек
	гематурия и протеинурия носят преренальный характер
660	Признак, характерный для негломерулярной гематурии
	наличие внепочечных проявлений
	сочетание с протеинурией и цилиндрурией
	неизмененные эритроциты составляют 80 %
	измененные эритроциты составляют 80%
661	Особенностью нефрогенной артериальной гипертензии является
	значительное стойкое повышение артериального давления, особенно диастолического
	кризовое течение артериальной гипертензии
	наличие осложнений – инфаркта миокарда, инсульта
	слабая реакция на адреналовые влияния
662	Какое снижение веса максимально допустимо у пациента с нефротическим синдромом при отсутствии экстренных показаний?
	0,5 кг/сут
	1 кг/сут
	1,5 кг/сут
	2 кг/сут
663	Критериями острого нефритического синдрома являются
	отеки, гипо - и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
	артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
	артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия
	протеинурия, отеки, гипо - и диспротеинемия
	артериальная гипертензия, азотемия, анемия
664	Наиболее вероятной причиной развития у пациента с выраженным нефротическим синдромом болей в животе, тошноты, рвоты является
	бактериальный перитонит
	нефротический криз
	почечная колика
	апостематозный пиелонефрит
	кишечная колика
665	Ведущий критерий нефротического синдрома – это
	гематурия
	протеинурия более 3,5 г/сутки
	артериальная гипертензия
	цилиндрурия
	гипоизостенурия
666	Причиной развития ренальной формы острого почечного повреждения может быть
	кардиогенный шок
	тампонада сердца
	анафилактический шок
	поражение почечных сосудов
	обезвоживание
667	Физиологический уровень альбумина в моче составляет
	< 10 мг/сутки
	10 – 29 мг/сутки
	30 – 60 мг/сутки
	60 – 80 мг/сутки

668	Лабораторные изменения при болезни минимальных изменений клубочков
	высокоселективная протеинурия и макрогематурия
	неселективная протеинурия и цилиндрурия
	канальцевая протеинурия и гипонатриемия
	протеинурия переполнения и высокая плотность мочи
	высокоселективная протеинурия без артериальной гипертензии
669	При протеинурии переполнения
	суточное количество редко превышает 2 г
	белок представлен низкомолекулярными фракциями, такими как β_2 -микроглобулин и ретинолсвязывающий белок
	белок представлен высокомолекулярными фракциями, такими как γ -глобулины
	часто развивается fulminantный нефротический синдром
670	Протеинурия переполнения является ведущим синдромом
	гломерулонефрита
	пиелонефрита
	множественной миеломы
	поликистоза почек
671	Количественный критерий определения гематурии в анализе мочи по Нечипоренко – содержание эритроцитов более
	500 в 1 мл мочи
	1000 в 1 мл мочи
	750 в 1 мл мочи
	100 в 1 мл мочи
672	Инициальная гематурия свидетельствует о поражении
	уретры
	пришеечной части мочевого пузыря
	мочеточников
	почечных лоханок
	паренхимы почек
673	Терминальная гематурия свидетельствует о поражении
	уретры
	пришеечной части мочевого пузыря
	мочеточников
	почечных лоханок
	паренхимы почек
674	Наличие тотальной гематурии характерно для поражения
	уретры
	пришеечной части мочевого пузыря
	паренхимы почек
	мочеточников
675	Обязательный критерий нефротического синдрома
	наличие активации факторов коагуляции
	наличие отеков
	нарушенный фосфорно-кальциевый обмен
	артериальная гипертензия
676	При гиперволемическом варианте нефротического синдрома имеет место
	гипоальбуминемия < 20 г/л
	снижение скорости клубочковой фильтрации более 50% от референсных значений
	ортостатическая гипотензия
	снижение темпов мочеотделения, вплоть до анурии

677	При гиповолемическом варианте нефротического синдрома имеет место
	гипоальбуминемия > 20 г/л
	артериальная гипертензия
	ортостатическая гипотензия
	нормальный диурез
678	Наибольший риск развития нефротического криза имеет пациент с
	гиповолемическим вариантом нефротического синдрома
	гиперволемическим вариантом нефротического синдрома
	острым нефритическим синдромом
	протеинурией переполнения
679	Общим критерием острого повреждения почек II стадии, используемым во всех стандартных классификациях является
	скорость клубочковой фильтрации < 50%
	повышение уровня мочевины сыворотки крови в 2 раза
	повышение уровня креатинина сыворотки крови в 1,5 раз
	диурез за 6 часов
	диурез за 12 часов
680	Наиболее характерным для острого повреждения почек морфологическим субстратом является
	повреждение мембраны нефрона
	повреждение сосудов нефрона
	повреждение эпителия канальцев нефрона
	повреждение клеток капсулы Боумена
681	В качестве экстренной заместительной почечной терапии при остром повреждении почек применяется
	трансплантация почки
	гемосорбция
	плазмаферез
	гемодиализ
682	Острое повреждение почек – это
	патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток, характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
	патологическое состояние, не разрешившегося в сроки до 7- ми суток острого повреждения почек, длительностью от 7 до 90 суток, характеризующееся персистенцией признаков повреждения почек или их дисфункции различной степени выраженности
	патологическое состояние, возникающее либо в результате перманентного (первично хронического) воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, либо являющегося исходом острой болезни почек, продолжающейся свыше 90 суток, с персистенцией признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
683	Острая болезнь почек – это
	патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток, характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
	патологическое состояние, не разрешившегося в сроки до 7- ми суток острого повреждения почек, длительностью от 7 до 90 суток, характеризующееся

	персистенцией признаков повреждения почек или их дисфункции различной степени выраженности
	патологическое состояние, возникающее либо в результате перманентного (первично хронического) воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, либо являющегося исходом острой болезни почек, продолжающейся свыше 90 суток, с персистенцией признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
684	Хроническая болезнь почек – это
	патологическое состояние, развивающееся в результате непосредственного острого воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, продолжающееся до 7-ми суток, характеризующееся быстрым (часы-дни) развитием признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
	патологическое состояние, не разрешившегося в сроки до 7-ми суток острого повреждения почек, длительностью от 7 до 90 суток, характеризующееся персистенцией признаков повреждения почек или их дисфункции различной степени выраженности
	патологическое состояние, возникающее либо в результате перманентного (первично хронического) воздействия ренальных и/или экстраренальных повреждающих факторов, либо являющегося исходом острой болезни почек, продолжающейся свыше 90 суток, с персистенцией признаков повреждения или дисфункции почек различной степени выраженности
685	Наиболее высокое качество жизни обеспечивается при следующем виде заместительной почечной терапии
	перитонеальном диализе
	кишечном лаваже
	трансплантации почки
	гемодиализе
686	Какое осложнение может развиваться при введении гадолиния пациентам с хронической болезнью почек?
	нефрогенный системный фиброз
	амилоидоз почек
	тромбоз почечных вен
	острый тубулоинтерстициальный нефрит
687	Концентрация креатинина в сыворотке крови ложно повышается при использовании
	статинов
	фибратов
	цефалоспоринов
	триметоприма
688	Целевое содержание фосфатов в сыворотке крови у пациентов с хронической болезнью почек
	0,87-1,49 ммоль/л
	1,0-1,82 ммоль/л
	1,52-2,1 ммоль/л
	0,6-2,5 ммоль/л
689	Целевое содержание паратиреоидного гормона в сыворотке крови при терминальной стадией хронической болезни почек составляет
	40-80 пг/мл
	10-40 пг/мл
	150-300 пг/мл
	120-220 пг/мл
690	Нормальным является значение скорости клубочковой фильтрации

	>90 мл/мин
	<90 мл/мин
	>90 мл/час
	<90 мл/час
691	Критерием хронической болезни почек является показатель скорости клубочковой фильтрации
	< 60 мл/мин/1,73 м ² в течение ≥ 3 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
	< 90 мл/мин/1,73 м ² в течение ≥ 3 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
	< 40 мл/мин/1,73 м ² в течение ≥ 6 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
	< 15 мл/мин/1,73 м ² в течение ≥ 3 месяцев, независимо от наличия маркеров повреждения почки
692	Целевые параметры обмена железа у больных с хронической болезнью почек составляют
	ферритин не более 500 мкг/л, насыщение трансферрина железом не более 30%, гемоглобин 115 г/л
	ферритин не более 800 мкг/л, насыщение трансферрина железом не более 30%, гемоглобин 135 г/л
	ферритин не более 200 мкг/л, насыщение трансферрина железом не более 20%, гемоглобин 115 г/л
	ферритин не менее 500 мкг/л, насыщение трансферрина железом не менее 30%, гемоглобин не менее 115 г/л
693	Показаниями для назначения внутривенных препаратов железа при хронической болезни почек являются следующие показатели:
	ферритин <100 мкг/л, насыщение трансферрина железом <20%
	ферритин <200 мкг/л, насыщение трансферрина железом <30%
	ферритин <500 мкг/л, насыщение трансферрина железом <20%
	ферритин <300 мкг/л, насыщение трансферрина железом <30%
694	Гематурия наиболее характерна для
	липоидного нефроза
	фокально-сегментарного гломерулосклероза
	мембранозного гломерулонефрита
	мезангиопролиферативного гломерулонефрита
695	Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита, при котором происходит пролиферация эндотелия, мезангиума и эпителия капсулы Шумлянского-Боумена является
	мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
	пролиферативный гломерулонефрит
	фокально-сегментарный гломерулосклероз
	нефрит с минимальными изменениями
696	Концентрационная функция почек оценивается при проведении пробы
	Зимницкого
	Реберга
	Ронга-Дэвиса
697	Пульс-терапия преднизолоном при хроническом гломерулонефрите назначается
	в терминальной стадии почечной недостаточности
	при нарастании анемии
	при быстро прогрессирующем гломерулонефрите
	при отсутствии эффекта от обычных доз преднизолонa

698	У женщины 28 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные, бугристые плотноэластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать
	об удвоении почек
	о поликистозе почек
	о раке почки
	о хроническом пиелонефрите
	об эхинококкозе почек
699	Для болезни минимальных изменений клубочков почек характерны
	преимущественное поражение канальцевого аппарата почки
	расплавление ножек подоцитов
	наличие «шипиков» на базальной мембране клубочка
	гранулярные депозиты иммуноглобулинов
700	Для фокально-сегментарного гломерулосклероза характерно
	наличие следовой протеинурия
	вовлечение в процесс большинства клубочков
	наличие стойкой селективной протеинурии
	депонирование в склерозированных сегментах IgM и C3 компонента комплемента
701	При I типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с
	антителами к базальной мембране клубочка
	антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
	депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
	сочетанием антител к базальной мембране и антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)
702	При II типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с
	антителами к базальной мембране клубочка
	антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
	депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
	сочетанием антител к базальной мембране и антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)
703	I тип быстро прогрессирующего гломерулонефрита называется также
	антительным
	иммунокомплексным
	малоиммунным
704	II тип быстро прогрессирующего гломерулонефрита называется также
	антительным
	иммунокомплексным
	малоиммунным
705	III тип быстро прогрессирующего гломерулонефрита называется также
	антительным
	иммунокомплексным
	малоиммунным
706	При III типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с
	антителами к базальной мембране клубочка
	антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
	депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
	клеточным механизмом повреждения

707	При IV типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с антителами к базальной мембране клубочка
	антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
	депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
	сочетанием антител к базальной мембране и антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА)
708	При V типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита повреждение связано с антителами к базальной мембране клубочка
	антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), активирующими клеточные иммунные реакции
	депозитами иммунных комплексов в различных отделах почечных клубочков
	клеточным механизмом повреждения
709	Что вызывает повреждение при I типе быстро прогрессирующего гломерулонефрита?
	линейные отложения IgG вдоль базальной мембраны клубочков
	структурные нарушения, дезорганизация цитоскелета, сглаживание ножек подоцитов
	очаговые, сегментарные отложения иммуноглобулинов и комплемента на эпителиальной стороне гломерулярной базальной мембраны
	гранулярные отложения иммуноглобулинов в мезангии и капиллярных стенках клубочков
710	Какой вариант быстро прогрессирующего гломерулонефрита встречается чаще других?
	опосредованный антителами к базальной мембране клубочка
	иммунокомплексный
	АНЦА-ассоциированный
	АНЦА-негативный
711	Суммарная пожизненная доза циклофосфида (без учета влияния на фертильность) составляет не более
	10 граммов
	15 граммов
	20 граммов
	25 граммов
712	Суммарная пожизненная доза циклофосфида при желании сохранить фертильность составляет не более
	10 граммов
	15 граммов
	20 граммов
	25 граммов
713	AL-амилоидоз – это
	наследственная форма амилоидоза с аутосомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
	амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
	амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
	амилоидоз при болезни Альцгеймера
	диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
714	AA-амилоидоз – это

	наследственная форма амилоидоза с аутосомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
	амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
	амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
	амилоидоз при болезни Альцгеймера
	диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
715	АF-амилоидоз – это
	наследственная форма амилоидоза с аутосомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
	амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
	амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
	амилоидоз при болезни Альцгеймера
	диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
716	АН-амилоидоз – это
	наследственная форма амилоидоза с аутосомно-рецессивным механизмом передачи, свойственная этническим группам, живущим на побережье Средиземного моря
	амилоидоз, связанный с избыточной секрецией аномальных легких цепей иммуноглобулинов
	амилоидоз, вызванный гиперсекрецией печенью белка острой фазы альфа-глобулина в ответ на хроническое воспаление
	амилоидоз при болезни Альцгеймера
	диализный амилоидоз (отложение бета-2-микроглобулина МНС I класса)
717	Для AL-амилоидоза характерно
	наличие инфекционного очага
	наличие хронического воспалительного заболевания
	развитие нефротического синдрома
	наследование с аутосомно-рецессивным механизмом передачи
718	AA-амилоидоз ассоциирован
	с генетической детерминантой
	с наличием хронического воспалительного заболевания
	нефритическим синдромом
	мальабсорбцией или диареей
719	Первоначально подтвердить AA-тип амилоида в биоптате можно
	при использовании поляризующей микроскопии
	при окраске биоптата гематоксилин-эозином
	при окраске биоптата конго красным с последующим добавлением трипсина или калия перманганата
	при окраске биоптата почки анилиновым синим
720	Наиболее точно отражает стадию хронической болезни почек повышение в сыворотке крови уровня
	мочевины
	остаточного азота
	креатинина
	мочевой кислоты
721	Что характерно для уремической интоксикации
	кожный зуд

	эритроцитоз
	полиурия, полидипсия
	тошнота, рвота
	мышечные судороги
722	Наиболее распространенным проявлением хронической болезни почек на 1-4 стадиях является
	артериальная гипертензия
	анемия
	гипоальбуминемия
	гиперпаратиреоз
	дефицит кальцидиола
723	Необходимыми условиями для развития осложненной инфекции мочевыводящих путей являются
	структурные или анатомические аномалии мочевых органов, сопутствующие заболевания, снижающие защитные силы организма и увеличивающие риск восходящей инфекции или неэффективности лечения
	сопутствующие заболевания, снижающие защитные силы организма и увеличивающие риск восходящей инфекции или неэффективности лечения
	наличие в анамнезе длительной антибактериальной терапии по поводу другого заболевания и обнаружение резистентного уропатогена
	сопутствующие заболевания, снижающие защитные силы организма и увеличивающие риск восходящей инфекции или неэффективности лечения; структурные или анатомические аномалии мочевых органов
724	Бессимптомная бактериурия диагностируется при
	обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 105 КОЕ/мл
	обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 106 КОЕ/мл
	обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 103 КОЕ/мл
	обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в количестве > 104 КОЕ/мл
	обнаружении одного и того же штамма уропатогена в 2 образцах, взятых с интервалом > 24 ч в любом количестве
725	Патогенез острого гломерулонефрита определяет
	иммунокомплексный механизм повреждения клубочков
	антительный (антитела к базальной мембране клубочков) механизм
	токсическое повреждение почек
	ишемический механизм повреждения почек
726	У молодых женщин гломерулонефрит более часто может быть проявлением
	дерматомиозита
	системной красной волчанки
	системной склеродермии
	узелкового полиартериита
	артериита Такаясу
727	Какой препарат обязательно назначается при любом классе люпус-нефрита?
	гидроксихлорохин
	преднизолон
	сульфосалазин
	циклофосфамид
728	При рефрактерном течении волчаночного нефрита можно использовать
	ритуксимаб
	белимумаб

	анафрилумаб
729	Острый гломерулонефрит может развиваться как осложнение инфекции, вызванной альфа-гемолитическим стрептококком группы В
	стафилококком группы А
	бета-гемолитическим стрептококком группы А
	риккетсиями
	уросепсисом, вызванным кишечной палочкой
730	Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при обострении хронического гломерулонефрита составляют
	10-20 мг
	30-40 мг
	60-80 мг
	100 мг ч/день
731	Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите
	нефротический синдром
	мочевой синдром
	гипертензия
	почечная недостаточность
732	Функцию Т-лимфоцитов избирательно подавляет
	азатиоприн
	циклофосфамид
	ритуксимаб
	циклоспорин
	метилпреднизолон
733	На неиммунные механизмы прогрессирования гломерулонефрита влияет следующая комбинация препаратов
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, триметазидин, антикоагулянты
	блокаторы рецепторов ангиотензина, антиагреганты, статины
	блокаторы рецепторов ангиотензина, дигоксин, антиагреганты
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, фибраты, антикоагулянты
734	Доза кетостерила при хронической болезни почек составляет 1 таблетка на
	5 кг массы тела в сутки
	1 кг массы тела в сутки
	10 кг массы тела в сутки
	2.5 кг массы тела в сутки
735	Какие методы оценки скорости клубочковой фильтрации самые точные?
	по клиренсу экзогенных веществ
	по клиренсу креатинина
	расчет по формулам
736	Какова безопасная доза преднизолона при системной склеродермии в свете развития склеродермического почечного криза?
	<15 мг/сутки
	<20 мг/сутки
	<25 мг/сутки
	<30 мг/сутки
737	Что является причиной развития тромботической тромбоцитопенической пурпury?
	снижение активности ADAMTS-13
	действие токсинов энтерогеморрагической E.coli, Shigella dysenteriae I типа, ферментов Str. pneumoniae

	патология системы комплемента (обусловленная иммунными или генетическими нарушениями)
738	Что является причиной развития гемолитико-уремического синдрома (типичного)?
	снижение активности ADAMTS-13
	действие токсинов энтерогеморрагической E.coli, Shigella dysenteriae I типа, ферментов Str. pneumoniae
	патология системы комплемента (обусловленная иммунными или генетическими нарушениями)
739	Что является причиной развития атипичного гемолитико-уремического синдрома?
	снижение активности ADAMTS-13
	действие токсинов энтерогеморрагической E.coli, Shigella dysenteriae I типа, ферментов Str. pneumoniae
	патология системы комплемента (обусловленная иммунными или генетическими нарушениями)
740	Какой препарат может быть назначен взрослым пациентам при атипичном гемолитико-уремическом синдроме при неэффективности плазмообмена/плазмозависимости?
	Экулизумаб
	Меполизумаб
	Ритуксимаб
	Белимумаб
741	Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии A1 степени?
	0-0,15 г
	0,16-0,5 г
	>0.5 г
	>3.5 г
742	Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии A2 степени?
	0-0,15 г
	0,16-0,5 г
	>0.5 г
	>3.5 г
743	Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии A3 степени?
	0-0,15 г
	0,16-0,5 г
	>0.5 г
	>3.5 г
744	Укажите суточную потерю белка (в граммах) при протеинурии A4 степени?
	0-0,15 г
	0,16-0,5 г
	>0.5 г
	>3.5 г
745	Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии A1 степени?
	10-29 мг
	30-299 мг
	300-1999 мг
	0-9 мг
746	Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии A2 степени?
	10-29 мг
	30-299 мг
	300-1999 мг

	0-9 мг
747	Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии А3 степени?
	10-29 мг
	30-299 мг
	300-1999 мг
	0-9 мг
748	Какова суточная потеря альбумина (в мг) при протеинурии А4 степени?
	10-29 мг
	30-299 мг
	300-1999 мг
	≥2000 мг
	1-9 мг
749	Назовите необходимые критерии диагностики микроангиопатической гемолитической анемии
	число шизоцитов в периферической крови ниже 0,1%
	число шизоцитов в периферической крови выше 0,1%
	повышение уровня лактатдегидрогеназы
	повышение уровня гаптоглобина
	снижение уровня гаптоглобина
	положительная прямая проба Кумбса
	положительная непрямая проба Кумбса
750	Для высокоселективной протеинурии характерно наличие потери
	с мочой альбумина, трансферрина
	с мочой IgG, альбумина, трансферрина
	свойств гломерулярного фильтра для отрицательно заряженных частиц
	свойств гломерулярного фильтра для молекул радиуса >4 нм
751	Осложнениями нефритического синдрома являются
	церебральный синдром
	острая левожелудочковая недостаточность
	эклампсия
	острое почечное повреждение
752	Нефротический синдром может наблюдаться при
	амилоидозе
	эссенциальной гипертонии
	диабетической нефропатии
	болезни Берже
753	Развитие отеков при нефротическом синдроме связано с
	гиперпротеинурией, гипопроteinемией, снижением онкотического давления плазмы крови
	повышением онкотического давления плазмы крови, гипопроteinемией
	транскапиллярной утечкой жидкости из плазмы крови в интерстиций, гиповолемией
	вторичным гиперальдостеронизмом, задержкой натрия и воды
754	Выраженную гиперкалиемию при хронической болезни почек можно
	корректировать путем введения
	солей кальция
	раствора гидрокарбоната натрия
	концентрированного раствора глюкозы с инсулином
	изотонических растворов

755	При составлении диеты больному с хронической болезнью почек следует предусмотреть
	ограничение белка
	достаточную калорийность пищи
	исключение калийсодержащих продуктов
	назначение кетостерила
	ограничение жидкости
	полное исключения животного белка
756	Причинами ренального острого повреждения почек являются
	отравление лекарственными средствами, тяжелыми металлами
	кардиогенный шок
	обезвоживание
	сепсис
	введение йодсодержащего контраста
757	Какие лекарственные препараты с наиболее высокой вероятностью могут привести к развитию острого тубулоинтерстициального нефрита?
	нестероидные противовоспалительные средства
	метамизол натрия
	аминогликозиды
	ванкомицин
	дилтиазем
	спиронолактон
758	Выберите диагностические критерии аристолохиевой нефропатии
	хроническая болезнь почки
	острое повреждение почек
	употребление растительных продуктов, содержащих аристолохievую кислоту
	наличие аддуктов ДНК аристолохievой кислоты (специфической трансверсии А:Т → Т:А в гене p53) в образце ткани почки или уротелиальной опухоли
	интерстициальный фиброз по данным биопсии почки
	пролиферативный гломерулонефрит по данным биопсии почки
759	Какие лабораторные признаки характерны для синдрома де Тони-Дебре-Фанкони?
	протеинурия тубулярного типа
	протеинурия гломерулярного типа
	проксимальный канальцевый ацидоз
	дистальный канальцевый ацидоз
	фосфатурия
	гиперфосфатемия
	почечная глюкозурия
	аминоацидурия
760	По качественному составу выделенного белка выделяют следующие виды протеинурии
	селективная
	неселективная
	физиологическая
	гломерулярная
	тубулярная
761	В зависимости от основного патофизиологического механизма выделяют следующие типы протеинурии
	гломерулярная
	тубулярная
	преренальная
	селективная
	неселективная

762	Для селективной протеинурии характерно
	потеря с мочой альбумина, трансферрина
	потеря с мочой IgG, альбумина, трансферрина
	потеря свойств гломерулярного фильтра для отрицательно заряженных частиц
	потеря свойств гломерулярного фильтра для молекул радиуса >4 нм
763	Нефротическому синдрому соответствуют
	отеки
	протеинурия 3,5 г/сутки
	диспротеинемия
	гиперлипидемия
	артериальная гипертензия
764	Нефротический синдром, более вероятно, разовьется при
	амилоидозе
	системной красной волчанке
	диабетической нефропатии
	болезни Берже
	гипертонической нефропатии
765	Умеренную гиперкалиемию при хронической почечной недостаточности можно
	корректировать путем введения
	солей кальция
	раствора гидрокарбоната натрия
	концентрированного раствора глюкозы с инсулином
	изотонического раствора
766	Использование расчетных методик скорости клубочковой фильтрации некорректно
	в случае
	беременности
	вегетарианской диеты
	наличия почечного трансплантата
	пара- и тетраплегии
	возраста старше 65 лет
	нефротического синдрома
	нестандартных размеров тела
	истощения (ИМТ <15 кг/м ²)
	ожирения (ИМТ > 40 кг/м ²)
767	Какие факторы риска хронической болезни почек относятся к модифицируемым?
	аутоиммунные болезни
	табакокурение
	злоупотребление алкоголем
	лекарственная токсичность
	семейный анамнез по хронической болезни почек
768	Какие факторы прогрессирования хронической болезни почек относятся к модифицируемым?
	анемия
	беременность
	гиперпаратиреоз
	ожирение
	семейный анамнез по хронической болезни почек
	табакокурение
	злоупотребление алкоголем
	повышенное потребление натрия с пищей
769	Основными осложнениями нефротического синдрома являются

	гиповолемический шок
	острое повреждение почек
	тромбозы
	инфекции
	белково-энергетическая недостаточность
	анемия
	артериальная гипертензия
770	Кетоновые тела могут быть обнаружены в моче при
	голодании
	декомпенсированном сахарном диабете
	беременности
	избыточном употреблении углеводов
771	Выделяют следующие виды суточной протеинурии
	низкая
	пренефротическая
	нефротическая
	функциональная
772	Осложнениями нефритического синдрома являются
	церебральный синдром
	острая левожелудочковая недостаточность
	эклампсия
	острое почечное повреждение
773	Нефротический синдром может наблюдаться при
	амилоидозе
	эссенциальной гипертонии
	диабетической нефропатии
	болезни Берже
774	Лабораторными проявлениями гиповолемического шока при нефротическом синдроме являются
	повышение уровня гематокрита
	нарастание анемии
	осмоляльность мочи ≥ 450 мОсм/кг воды
	осмоляльность мочи ≤ 400 мОсм/кг воды
	экскретируемая фракция натрия $>10\%$
	экскретируемая фракция натрия $<1\%$
	концентрация натрия в моче ≤ 10 мэкв/л
	концентрация натрия в моче ≥ 10 мэкв/л
775	К каким нежелательным эффектам может привести применение петлевых диуретиков?
	гипокалиемии
	гипохлоремическому алкалозу
	гиперхлоремическому ацидозу
	гиперурикемии
	гипомагниемии
	гиперкальциурии
	гиперкальциемии
	глюкозурии
776	Противопоказаниями к использованию антагонистов минералокортикоидных рецепторов являются
	гипокалиемия
	гиперурикемия
	гипонатриемия

	гиперкальциемия
	гипокальциемия
	гиперкалиемия
	гипернатриемия
777	Факторами риска развития склеродермического почечного криза являются
	системная склеродермия с ранним началом
	антитела к РНК-полимеразе-III
	использование более 15 мг/сутки преднизолона на протяжении 6 предшествовавших месяцев
	повышение АД в анамнезе
	изменения мочевого осадка
	предшествовавшее повышение уровня креатинина
	быстро прогрессирующий склероз кожи
	системная склеродермия с поздним началом
778	Принципами лечения склеродермического почечного криза являются следующие
	агрессивная гипотензивная терапия
	медленное постепенное снижение артериального давления
	обязательное использование ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
	обязательное использование неселективных бета-адреноблокаторов
	добавление гипотензивных препаратов других групп при недостаточной эффективности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
	внутривенное введение илопроста
779	Какие особенности морфологической картины почечного биоптата характерны для люпус-нефрита?
	наиболее выражены гломерулярные изменения
	присутствие в клубочках отложений IgG, часто в сочетании с IgA и IgM
	изолированное поражение подоцитов
	изменения капилляров по типу «проволочных петель»
	отложение в клубочках C3, C4, C1q компонентов комплемента, фибрина
	тубулоретикулярные включения в клетках эндотелия капилляров клубочка, напоминающие парамиксовирусы
	тубулоинтерстициальные поражения, не соответствующие тяжести поражения клубочков
780	Какова инициальная (индукционная) терапия люпус-нефрита III/IV классов?
	циклофосфамид 500 мг каждые 2 недели в течение 3 месяцев
	микофенолата мофетил 3 г. в сутки в течение 6 месяцев
	пульс-терапия метилпреднизолоном 500-750 мг в течение 3 дней, затем внутрь 0,5-1,0 / кг в течение 4 недель со снижением до ≤ 10 мг к 4-6 мес.
	циклоспорин 3-5 мг/кг/сут в течение 4-6 месяцев
781	Какие препараты рекомендованы в качестве поддерживающей терапии при лечении люпус-нефрита III/IV классов?
	азатиоприн
	микофенолата мофетил
	преднизолон в низкой дозе
	метотрексат
	циклофосфамид
782	Для каких заболеваний развитие АНЦА-нефрита типично?
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	криоглобулинемический васкулит

783	Какие препараты используются для инициальной терапии АНЦА-нефрита?
	внутривенное введение циклофосфида
	пульс-терапия кортикостероидами
	внутривенное введение ритуксимаба
	внутривенное введение иммуноглобулина
	внутривенное введение инфликсимаба
784	Какие препараты используются в схемах поддерживающей терапии АНЦА-нефрита?
	кортикостероиды (со снижением дозы до полной отмены)
	азатиоприн
	метотрексат
	циклоsporин
	такролимус
785	Какие продукты содержат много калия?
	клюква
	бобовые
	капуста
	бананы
	цитрусовые
	картофель
	авокадо
	гречка
	голубика
786	Какие продукты богаты фосфором?
	рыба
	кунжут
	грибы
	плавленые сыры
	бобовые
	ананасы
	абрикосы
	макаронны
	яблоки
	стручковая фасоль
787	Потребность и ограничения в диетических компонентах при программном гемодиализе составляет (в сутки)
	белка не менее 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 35 ккал/кг массы тела, вода 500-750 мл свыше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междиализный промежуток), натрия хлорид 5-6 г., не >2000 мг элементарного кальция
	белка не более 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 30 ккал/кг массы тела, вода 850-1000 мл свыше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междиализный промежуток), натрия хлорид 3-4 г., не >2500 мг элементарного кальция
	белка не менее 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 30 ккал/кг массы тела, вода 500-750 мл свыше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междиализный промежуток), натрия хлорид 5-6 г., не >2000 мг элементарного кальция
	белка не более 1,2 г/кг массы тела, калорийность не менее 35 ккал/кг массы тела, вода 850-1000 мл свыше остаточного диуреза (или <4-4,5% массы тела за междиализный промежуток), натрия хлорид 3-4 г., не >2500 мг элементарного кальция
788	Какие тромботические микроангиопатии являются первичными?
	типичный гемолитико-уремический синдром
	тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

	атипичный гемолитико-уремический синдром
	при HELLP-синдроме
	при антифосфолипидном синдроме
	аристолохиевая нефропатия
	метилмалоновая ацидурия
789	Какие тромботические микроангиопатии являются вторичными?
	типичный гемолитико-уремический синдром
	тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
	атипичный гемолитико-уремический синдром
	при HELLP-синдроме
	при антифосфолипидном синдроме
	аристолохиевая нефропатия
	метилмалоновая ацидурия
790	Каковы типичные клинические проявления тромботических микроангиопатий?
	неиммунная микроангиопатическая гемолитическая анемия
	иммунная гемолитическая анемия
	тромбоцитопения
	быстрое развитие острого повреждения почек
	артериальная гипертензия
	поражение микроциркуляторного русла головного мозга, сердца, легких, желудочно-кишечного тракта
	тромбоцитоз
791	Укажите клинические критерии антифосфолипидного синдрома
	подтвержденный (инструментально или морфологически) тромбоз любой локализации
	один спонтанный аборт до 10 недели беременности
	три и более спонтанных аборта до 10 недели беременности
	один или более эпизод необъяснимой гибели нормального плода после 10 недели беременности
792	Укажите лабораторные критерии антифосфолипидного синдрома
	волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к β 2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, дважды с интервалом не менее 12 недель
	волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к β 2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, трижды с интервалом не менее 8 недель
	волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к β 2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, дважды с интервалом не менее 6 недель
	волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG/IgM в средних/высоких титрах, антитела к β 2-гликопротеину IgG/IgM, выявляемые, по крайней мере, трижды с интервалом не менее 10 недель
793	В отличие от AL-амилоидоза при миеломной нефропатии
	почечная недостаточность быстро прогрессирующая
	протеинурия носит клубочковый характер
	омикрогематурия
	высокое содержание секретируемых легких цепей
	часто развивается нефротический синдром
	имеется артериальная гипертензия
	имеет место поражение других органов и систем (кроме костей)
794	При множественной миеломе развитию острого почечного повреждения способствует применение
	амфотерицина В
	нестероидных противовоспалительных средств

	ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
	дексаметазона
	циклофосфида
	рентгеновских контрастов
1	Гематология
795	При лечении витамином B12
	ретикулоцитарный криз наступает через сутки от начала терапии
	обязательно одновременное назначение фолиевой кислоты
	ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения
	всем больным следует проводить трансфузии эритроцитарной массы
	ретикулоцитарный криз наступает на 15 день от начала лечения
796	Талассемия - это группа заболеваний, связанная с
	наследственным дефицитом ферментов эритроцитов
	с мутацией в генах, кодирующих белки гемоглобина
	нарушением эритропоэза вследствие снижения продукции эритропоэтина
	наследственной патологией транспортных систем, участвующих в обмене железа
	дефектом белков мембраны эритроцитов
797	Форма эритроцитов при талассемии
	мишеневидные
	серповидноклеточные
	шаровидные
	двояковогнутые
	дрепаноциты
798	При талассемии анемия носит характер
	микроцитарная гипохромная
	макроцитарная гиперхромная
	нормоцитарная нормохромная
	макроцитарная гипохромная
	микроцитарная гиперхромная
799	Что является причинами развития дефицита железа
	хронические кровопотери
	нарушение всасывания железа
	снижение продукции эритропоэтина
	повышенная потребность в железе
	алиментарная недостаточность железа вследствие несбалансированности питания
800	Для железодефицитной анемии характерно
	понижение концентрации ферритина в крови
	уменьшение концентрации сывороточного железа
	повышение общей железосвязывающей способности сыворотки
	уменьшения насыщения железом трансферрина
	понижение уровня трансферрина в крови
801	Для железодефицитной анемии характерно
	спленомегалия
	ломкость и вогнутость ногтей (койлонихии)
	мышечная слабость
	изменение вкуса
	головокружения
802	Что характерно для анемии хронических заболеваний
	задержка железа клетками ретикулоэндотелиальной системы
	второй по частоте вариант анемии после железодефицитной анемии
	большинство случаев носят нормохромный и нормоцитарный характер

	как правило, носит тяжелый или очень тяжелый характер
	активация клеточного иммунитета
803	К наследственным гемолитическим анемиям относится
	болезнь Минковского-Шоффара
	пароксизмальная ночная гемоглобинурия
	талассемия
	серповидно-клеточная анемия
	дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
804	Наследственная микросфероцитарная анемия обусловлена
	дефектом белков мембраны эритроцитов
	недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
	наследственным нарушением синтеза гемоглобина
	иммунным гемолизом
	механическим повреждением эритроцитов
805	При дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы выявляются
	тельца Жолли
	кольца Кебота
	клетки Боткина-Гумпрехта
	тельца Гассала
	тельца Гейнца
806	Аутоиммунная гемолитическая анемия обусловлена
	дефектом белков мембраны эритроцитов
	недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
	гемоглобинопатией
	недостаточностью фермента пируваткиназы
	выработкой антител против собственных эритроцитарных антигенов
807	Перечислите причины гемолитических анемий
	патология мембраны эритроцитов
	ферментопатии эритроцитов
	гемоглобинопатии
	миелодиспластический синдром (МДС)
	аутоиммунный конфликт
808	Показателем клинического анализа крови, характеризующим эритроцит, является
	средний объем клетки (MCV)
	среднее содержание гемоглобина (MCH)
	гематокрит (Ht)
	средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)
809	Эквивалентом цветовому показателю (ЦП) по диагностической ценности является
	средний объем клетки (MCV)
	дисперсия эритроцитов (RDW)
	гематокрит (Ht)
810	Характерный признак гемолитической анемии
	выраженный ретикулоцитоз
	уменьшение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
	увеличение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH)
811	Апластическая анемия характеризуется
	повышением ретикулоцитов
	снижением всех ростков кроветворения
	замещением жировой тканью более 50% костного мозга
	повышением всех ростков кроветворения

	замещением жировой тканью менее 50% костного мозга
812	В12-дефицитная анемия характеризуется
	увеличением объёма эритроцита
	ретикулоцитозом
	снижением среднего содержания гемоглобина в эритроците (МСН)
	уменьшением объёма эритроцита
813	Депо витамина В12 в организме содержит его количество, достаточное на
	2-3 недели
	2-3 месяца
	2-3 года
814	В красном костном мозге ферритин можно обнаружить в депонированной форме в клетках
	сидеробластах
	ретикулоцитах
	пронормоцитах
815	Какова оптимальная доза железа в день для лечения железодефицитной анемии?
	50-65 мг
	100-300 мг
	300-500 мг
	1-2 г
	это зависит от возраста и пола пациента
816	Лечение тепловой формы аутоиммунной гемолитической анемии начинают с
	преднизолона
	азатиоприна
	ритуксимаба
	трансплантации стволовых клеток
817	По какому принципу составлена классификация острых лейкозов FAB (Французско-Американо-Британской)?
	иммунофенотипу
	хромосомной аномалии
	количеству бластов в крови
	иммуноцитохимии
818	Симптоматика острого миелолейкоза
	выражена с начала заболевания
	связана с дисфункцией лейкоцитов
	связана с нарастанием опухолевой инфильтрации в костном мозге
819	В костном мозге больного острым миелолейкозом бластные клетки
	5-10%
	10-20%
	>20%
820	Обнаружение палочек Ауэра в бластах подтверждает
	миелоидный характер опухолевых клеток
	неспецифично
	лимфоидный характер опухолевых клеток
821	Для острого миелолейкоза характерно наличие
	тромбоцитопении
	тромбоцитоза
	нормального количества тромбоцитов

822	Какой препарат способствует быстрой нормализации уровня мочевой кислоты при синдроме лизиса опухоли?
	диакарб
	аллопуринол
	расбуриказа
823	От каких данных зависит программа терапии лечения острого миелолейкоза?
	общего кариотипа
	молекулярно-генетических мутаций
	количества бластных клеток
	возраста больного
824	Какой из нижеперечисленных препаратов сокращает период агранулоцитоза при лечении острого лейкоза?
	эритропоэтин
	гранулоцитарный колониестимулирующий фактор
	интерферон – альфа
	азатиоприн
825	Что влияет на выбор терапии острого лимфобластного лейкоза?
	молекулярно-генетический анализ
	количество бластных клеток
	возраст больного
	результат люмбальной пункции
826	Какое общее количество клеток необходимо минимально подсчитать в пунктате костного мозга?
	100 клеток
	200 клеток
	500 клеток
	1000 клеток
827	Признак разведения пунктата костного мозга периферической кровью
	низкая клеточность костного мозга
	снижение лейко-эритробластического соотношения
	отсутствие мегакариоцитов
828	По классификации FAB (Французско-Американо-Британской) выделяют формы острого миелоидного лейкоза
	T0N0M0 - T3N3M3
	A1 - C2
	M0 - M9
	M1 - M4
829	Когда при терапии острых лейкозов считается достигнута ремиссия?
	когда отсутствуют все молекулярно-генетические мутации
	когда количество бластных клеток в костном мозге менее 5%
	когда количество бластных клеток в анализе крови менее 5%
	когда количество бластных клеток в костном мозге менее 15%
	когда количество бластных клеток в анализе крови менее 15%
830	Ритуксимаб является моноклональным антителом против
	CD 20
	Her2/neu
	фактора некроза опухоли альфа
	CD 15
831	Какой иммунофенотип у клеток Рид-Штернберга?
	позитивные по CD 30 и 15, негативные по CD 20 и CD 45

	позитивные по CD 30 и 45, негативные по CD 20 и CD 15
	позитивные по CD 45 и 15, негативные по CD 20 и CD 30
	позитивные по CD 30 и 20, негативные по CD 15 и CD 45
832	Какой антиген обязательно экспрессируют клетки при лимфоме зоны мантии?
	циклин D1
	CD10
	CD2
	CD45
833	С каким вирусом связаны лимфома Беркитта и лимфома Ходжкина?
	вирусом Коксаки
	вирусом Эпштейна-Барр
	респираторно-синцитиальным вирусом
834	Что по классификации Ann Arbor характерно для 2 стадии лимфомы Ходжкина?
	вовлечение двух и более регионов лимфоузлов по одну и ту же сторону диафрагмы
	наличие увеличенных лимфоузлов в одном регионе
	наличие увеличенных лимфоузлов в двух любых регионах
835	Что характерно для стадии «А» лимфомы Ходжкина?
	отсутствие симптомов
	ночная потливость, потеря веса, лихорадка
	вовлечение внелимфатической ткани
836	Какие препараты в настоящее время являются основными в терапии В-клеточного хронического лимфоцитарного лейкоза
	флударабин
	блокаторы тирозинкиназы
	хлорбутин
	циклофосфан
	биспецифические антитела
837	Что означает термин «индолентная лимфома»?
	лимфома с низкой пролиферативной активностью
	излеченная лимфома
	лимфома с высокой степенью злокачественности
838	К какой группе симптомов лимфомы Ходжкина относятся лихорадка, потливость, лимфаденопатия?
	патогномоничные
	неспецифические
	симптомы интоксикации
839	Что такое грибвидный микоз?
	заболевание, вызванное грибами <i>Aspergillus spp.</i>
	вариант кандидоза
	кожная Т-клеточная лимфома
	малигнизация кератоза
840	Какова доля излеченных пациентов с локализованной формой лимфомы Ходжкина?
	100%
	>90%
	50-60%
	<10%
841	Какова роль определения уровня эритропоэтина в плазме для диагностики истинной полицитемии?

	высокий уровень подтверждает диагноз
	высокий уровень исключает диагноз
	взаимосвязи нет
	повышение эритропоэтина вторично
	косвенный признак
842	Какой анализ является основным для диагностики хронического миелолейкоза
	спленомегалия
	клинический анализ крови
	биохимический анализ крови
	молекулярно-генетический
843	Какие заболевания относятся к хроническим миелопролиферативным?
	хронический миелолейкоз
	истинная полицитемия
	хронический нейтрофильный лейкоз
	хронический лимфолейкоз
844	Для хронического миелолейкоза характерно
	наличие мутации JAK-2
	наличие мутации BCR-ABL
	наличие мутации FLP3
	мутация C-MYC
845	Термином «бластный криз» при хроническом миелолейкозе обозначают
	трансформацию хронического миелолейкоза в острый
	терминальную стадию хронического миелолейкоза
	присоединение к хроническому миелолейкозу острого
846	Истинная полицитемия
	требует активного срочного лечения
	требует симптоматической терапии
	не требует лечения, кроме периодических кровопусканий
	требует периодического кровопускания/или цитостатическую терапию
847	Хронический нейтрофильный лейкоз является редкой формой миелопролиферативного заболевания. Какой метод позволяет подтвердить наличие этого заболевания при соответствующих изменениях в анализе крови
	трепанобиопсия костного мозга
	многократное динамическое исследование клинического анализа крови
	кариотипическое исследование костного мозга с обнаружением атипичной хромосомы
	молекулярно-генетическое исследование с обнаружением соответствующей мутации в гене
848	Какой препарат применяется при тромбоцитопении?
	тромбоконцентрат
	цельная кровь
	отмытые эритроциты
	криопреципитат
	тромбопоэтин
849	Для какого заболевания наиболее характер гематомный тип кровоточивости
	тромбастения Гланцмана
	тромбодистрофия Бернара-Сулье
	гемофилия
	болезнь Рандю-Ослера

850	В чем отличие васкулитно-пурпурного типа кровоточивости от петехиально-синячкового
	васкулитные элементы более мелкие
	васкулитные элементы никогда не располагаются на туловище
	васкулитные элементы бледнеют при надавливании
	васкулитные элементы возвышаются над поверхностью кожи
851	Что такое гемолитико-уремический синдром?
	это почечная недостаточность у пациента с гемолитическим кризом
	это тромботическая микроангиопатическая гемолитическая анемия с поражением почек
	это гемолиз у пациента с острым почечным повреждением
	это гемолиз вследствие программного гемодиализа
852	Какой препарат не используется в лечении болезни фон Виллебранда?
	концентрат VIII фактора
	десмопрессин
	ритуксимаб
	транексамовая кислота
853	Увеличение кальция в сыворотке крови при множественной миеломе
	прогрессирование заболевания
	ни о чем не свидетельствует
	наступление ремиссии
	требует экстренной коррекции уровня кальция
854	Перечислите клинические проявления дефицита B12
	мегалобластная анемия
	глоссит
	снижение вибрационной чувствительности и чувство положения суставов
	желчекаменная болезнь
	атаксия и деменция
855	Всасывание цианкобаламина происходит
	в желудке
	в двенадцатиперстной кишке
	в верхних отделах тонкого кишечника
	в дистальных отделах тонкого кишечника
	в толстом кишечнике
856	На выбор терапии диффузной В-крупноклеточной лимфомы влияет
	стадия заболевания
	иммуногистохимия
	кариотип опухоли
	экстронодальные зоны поражения
	возраст больного
857	Основной регулятор обмена железа
	ферритин
	гепсидин
	трансферрин
	белок транспортер 2-х валентных металлов
	гефестин
858	Что влияет на выбор программы терапии при множественной миеломе
	кариотип опухоли
	количество и качество мутаций
	количество плазматических клеток
	иммунофенотип опухоли

	количество зон остеолитических очагов
859	Какую терапию выбрать при множественной миеломе при наличии делеции 1-й хромосомы и транслокации 4:14
	мелфолан +преднизолон
	бортезамид +мелфолан +преднизолон
	даратамумаб+бортезамид+циклофосфан +преднизолон
860	Наиболее эффективный из предложенных методов лечения микросфероцитоза
	обменное переливание эритроцитов
	трансплантация костного мозга
	спленэктомия или эмболизация селезеночной артерии
	лечение фолиевой кислотой
	введение больших доз внутривенного иммуноглобулина IgG
861	Серповидно-клеточная анемия обусловлена
	дефектом белков мембраны эритроцитов
	недостаточностью фермента глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
	недостаточностью фермента пируваткиназы
	наследственным нарушением синтеза гемоглобина
	наследственной патологией стволовой гемопоэтической клетки
862	Клинические проявления серповидно-клеточной анемии
	асцит
	окклюзии кровеносных сосудов
	инфекции
	спленомегалия
	боли в костях
863	Что является обязательным в терапии индолентных лимфом
	применение иммунохимиотерпии с ретуксимабом
	2-х летняя поддерживающая терапия ретуксимабом
	аутооттрансплантация костного мозга как консолидация терапии
	профилактика нейрорлейкемии
	поддерживающая терапия ибрутинибом
864	По какому принципу составлена классификация острых лейкозов ВОЗ (WHO)?
	хромосомная аномалия
	количество бластов в крови
	наличие осложнений
	молекулярно-генетические аномалии
1	Отдельные аспекты патологии эндокринной системы
865	Каким пациентам в возрасте 45 лет и старше следует проводить скрининг для выявления нарушений углеводного обмена?
	абсолютно всем пациентам
	пациентам с ожирением
	пациентам с артериальной гипертонией
	пациентам, вес которых при рождении превышал 4 кг
866	Какой из гормонов снижает уровень глюкозы крови?
	тироксин
	инсулин
	глюкагон
	адреналин
867	Самыми активными стимуляторами секреции инсулина являются
	свободные жирные кислоты
	глюкоза

	аминокислоты
	электролиты
868	Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов является препаратом первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа?
	метформин
	лираглутид
	глибенкламид
	дапаглифлозин
869	Дапаглифлозин относится к следующему классу сахароснижающих препаратов
	бигуаниды
	ингибиторы дипептидилпептидазы-4
	ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа
	аналоги глюкагоноподобного пептида-1
870	Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?
	средняя суточная гликемия
	средняя амплитуда гликемических колебаний
	гликированный гемоглобин
	C-пептид
871	Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному сахарным диабетом 2 типа с хронической болезнью почек С3аА2 с целью нефропротекции?
	метформин
	дапаглифлозин
	глибенкламид
	вилдаглиптин
872	Больному 56 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Получает сахароснижающую терапию: метформин 1000 мг 2 р/д и глибенкламид 3,5 мг 1 р/д, соблюдает диету. HbA1c – 6,9%. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Каковы рекомендации по сахароснижающей терапии на фоне операции?
	сохранение прежней схемы лечения
	отмена глибенкламида в день операции
	назначение базисно-болюсной инсулинотерапии
	отмена метформина на 2 дня до и 2 дня после операции
873	Сахароснижающий препарат, способствующий снижению массы тела, но не предназначенный для лечения ожирения
	натеглинид
	дапаглифлозин
	лираглутид
	росиглитазон
874	Сахароснижающий препарат, наиболее предпочтительный для применения у больных сахарным диабетом 2 типа с застойной сердечной недостаточностью
	инсулин
	метформин
	репаглинид
	эмпаглифлозин
	ситаглиптин
875	Основным препаратом заместительной терапии гипотиреоза является
	тиреоидин
	тиреотом
	тиреокомб
	левотироксин

	трийодтиронин
876	Абсолютным противопоказанием для применения тиразола является
	агранулоцитоз
	беременность
	старческий возраст
	аллергические реакции на йодистые препараты
877	При диффузном токсическом зобе уровень тиреотропного гормона
	0,4-4 мМЕ/л
	менее 0,1 мМЕ/л
	более 4 мМЕ/л
878	Какое лечение следует назначить пожилому больному с гипотиреозом?
	начать лечение L-тироксином с малых доз
	начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
	направить в санаторий на бальнеологическое лечение
	назначить мочегонные
879	При манифестном тиреотоксикозе гормональный анализ крови характеризуется
	повышением ТТГ, снижением Т4свободного
	снижением ТТГ, повышением Т4свободного
	снижением ТТГ, снижением Т4свободного
880	При первичном гипотиреозе определяется
	уровень ТТГ 0,4-4 мМЕ/л
	уровень ТТГ более 4 мМЕ/л
	уровень ТТГ менее 0,1 мМЕ/л
	уровень свободного Т4 более 24,5 пмоль/л
881	Назовите возможные побочные эффекты тиреостатических препаратов
	холестатическая желтуха
	нарушение зрения
	тахикардия
	агранулоцитоз
882	Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как
	эпидемический зоб
	эндемический зоб
	спорадический зоб
	диффузный токсический зоб
883	У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место?
	тиреотоксический криз
	травма гортанных нервов
	гипопаратиреоз
	остаточные явления тиреотоксикоза
884	При первичном манифестном гипотиреозе гормональный анализ крови характеризуется
	повышением ТТГ, снижением Т4свободного
	снижением ТТГ, повышением Т4свободного
	снижением ТТГ, снижением Т4свободного
	повышением ТТГ, повышением Т4свободного
885	Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу системной красной волчанки в дозе 2,5 мг/сут. Какова продукция кортизола надпочечниками?

	снижена
	повышена
	не изменена
	снижен период полураспада
886	Большая дексаметазоновая проба используется для дифференциальной диагностики
	болезни Кушинга и эктопированной секреции адренокортикотропного гормона
	ожирения и болезни Кушинга
	болезни и синдрома Кушинга
	ожирения и синдрома поликистозных яичников
887	Снижение кортизола в крови менее 50 нмоль/л на фоне приема 1 мг дексаметазона свидетельствует
	о нормальной функции коры надпочечников
	о вторичном гипокортицизме
	о повышенной секреции адренокортикотропного гормона
	о гиперкортицизме
888	Основным звеном патогенеза болезни Иценко-Кушинга является
	гиперсекреция адренокортикотропного гормона аденомой гипофиза
	снижение уровня адренокортикотропного гормона в связи с нарушением секреции кортиколиберина
	развитие выраженных электролитных нарушений
	катаболическое действие кортикостероидов
889	Метформин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса
	бигуанидов
	сульфонилмочевины
	ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
	ингибиторов дипептидилпептидазы-4
890	Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при
	гипотиреозе
	диффузном токсическом зобе
	сахарном диабете
	эндемическом зобе
891	Типичный синдром при первичном гиперальдостеронизме
	ортостатическая гипотония
	артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии
	сахарный диабет
	гиперкалиемия
892	Пациенту с первичным гиперальдостеронизмом для гипотензивной терапии следует назначать
	метопролол
	гипотиазид
	спиронолактон
	нифедипин
893	Избыточная продукция в кровь адреналина и норадреналина наблюдается
	при андростероме
	при хемодектome
	при альдостероме
	при феохромоцитоме
894	Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для
	диагностики ановуляции

	выявления гиперэстрогенемии
	подтверждения эндогенного гиперкортицизма
	выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла
895	Укажите тест для первичного скрининга первичного гиперальдостеронизма
	определение концентрации альдостерона в плазме крови и прямой концентрации ренина/активности ренина плазмы
	ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, концентрация кортизола в суточной моче, концентрация кортизола в вечерней слюне
	концентрация 17-ОН-прегненолона, 17-ОН-прогестерона в плазме крови
	концентрация метанефринов, норметанефринов в суточной моче
896	Диагноз первичного гиперальдостеронизма можно предположить при
	гиперкалиемии
	повышенном уровне ренина
	гипокалиемии
	гипергликемии
897	Причина первичного гиперпаратиреоза
	амилоидоз околощитовидных желез
	кровоизлияние в околощитовидные железы
	аденома околощитовидной железы
	аутоиммунное поражение околощитовидной железы
898	Для первичного гиперпаратиреоза характерно
	снижение кальция в сыворотке крови
	повышение кальция в сыворотке крови
	повышение фосфора в сыворотке крови
	снижение фосфора, выделяемого почками
	снижение активности щелочной фосфатазы
899	Лабораторные изменения при первичном гиперпаратиреозе
	повышение кальция в крови
	повышение фосфора в крови
	снижение экскреции кальция с мочой
	повышение уровня паратгормона в крови
	снижение уровня паратгормона крови
900	При лечении сахарного диабета 2 типа применяют
	орлистат
	препараты сульфонилмочевины
	агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1
	сибутрамин
901	Неотложная помощь при легкой гипогликемии
	дибазол в/в
	инсулин в/в
	глюкоза 40% 40 мл в/в
	пациенту употребить 1-2 ХЕ легкоусвояемых углеводов
902	При лечении кетоацидотической комы применяют
	постоянная инфузия инсулина
	инфузионная терапия
	инфузия 5% раствора глюкозы
	пентамин
903	При лечении кетоацидотической комы применяют инсулин _____ действия
	короткого
	среднего

	длительного
	сверхдлительного
904	Выработка какого гормона недостаточна при сахарном диабете 1 типа?
	инсулин
	глюкагон
	серотонин
	вазопрессин
905	У женщины 44 лет отмечаются: резкое увеличение размера кистей и стоп, укрупнение черт лица, головные боли, сахарный диабет. О каком заболевании, вероятно, идет речь?
	акромегалия
	гиперкортицизм
	болезнь Педжета
	ревматоидный полиартрит
906	Повышенный уровень адренокортикотропного гормона при высоком уровне кортизола свидетельствует
	о первичном гипокортицизме
	о наличии кортикотропиномы
	о нормальной функции коры надпочечников
	о наличии альдостеромы
907	Для несахарного диабета характерно
	выраженная полиурия, несвязанная с восполнением теряемой жидкости
	выраженная полиурия, снижающаяся при восполнении теряемой жидкости
	никтурия, нарушения сна
	отсутствии никтурии, спокойный ночной сон
	предпочтение холодной / ледяной воды
908	К аденомам гипофиза относятся
	пролактиномы
	соматотропиномы
	кортикостеромы
	кортикотропиномы
	феохромоцитомы
909	Что из перечисленного является осложнением сахарного диабета?
	ретинопатия
	анемия
	панкреатит
	нефропатия
910	Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является
	глаукома
	катаракта
	пролиферативная ретинопатия
	автономная нейропатия
911	Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом 1 типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?
	измерить уровень глюкозы крови
	ввести физиологический раствор
	ввести инсулин
	исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови

912	При выявлении у пациента глюкозурии в первую очередь необходимо
	определить уровень глюкозы в крови
	провести глюкозотолерантный тест
	определить С-пептид
	ограничить употребление углеводов
	определить уровень базального инсулина
913	Относительно сахарного диабета 2 типа справедливо
	диабет требует постоянного лечения инсулином
	диабет чаще возникает в молодом возрасте
	течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу
	диабет обычно возникает на фоне ожирения
	диабет часто сопровождает рак поджелудочной железы
914	У женщины 45 лет с ожирением при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия, ацетон в моче не определяется. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной
	сахарный диабет 1 типа
	сахарный диабет 2 типа
	сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)
	вторичный сахарный диабет
915	Инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа проводится в
	базисно-болюсном режиме
	режиме многократных инъекций перед едой
	режиме базал плюс
	базальном режиме
916	У больной 27 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:
	психогенная полидипсия
	несахарный диабет
	сахарный диабет
	хронический пиелонефрит
917	Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?
	усиление полиурии
	кетоацидоз
	лактоацидоз
	агранулоцитоз
	холестатическая желтуха
918	Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов способствует снижению массы тела?
	лираглутид
	глибенкламид
	вилдаглиптин
	гларгин
919	К диабетической нейропатии относится
	радикулопатия
	полинейропатия
	синдром Гийена-Барре
	энцефалопатия
920	Исследование С-пептида проводится с целью

	оценки эндогенной секреции инсулина
	дифференциальной диагностики типов сахарного диабета
	оценки компенсации сахарного диабета
921	Уровень глюкозы в венозной плазме натощак – 6,7 ммоль/л, через 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста – 7,0 ммоль/л. Ваше заключение
	норма
	сахарный диабет
	нарушение гликемии натощак
	нарушение толерантности к глюкозе
922	Результаты теста на толерантность к глюкозе (значения венозной плазмы): натощак – 5,2 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 7,0 ммоль/л. Заключение
	сахарный диабет
	нарушенная толерантность к глюкозе
	нарушенная гликемия натощак
	норма
923	Результаты теста на толерантность к глюкозе (венозная плазма): натощак – 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 11,4 ммоль/л. Ваше заключение
	норма
	сахарный диабет
	нарушение толерантности к глюкозе
	нарушение гликемии натощак
924	У мужчины 55 лет с ИМТ=31,1 кг/м2, при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 7,7 ммоль/л. Анализ мочи на глюкозу и ацетон отрицательный. Симптомов нет. Ваше заключение
	без патологии
	сахарный диабет 2 типа
	панкреатогенный диабет
	сахарный диабет 1 типа
925	Результаты теста на толерантность к глюкозе (венозная плазма): натощак – 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 8,2 ммоль/л. Ваше заключение
	норма
	сахарный диабет
	нарушение толерантности к глюкозе
	нарушение гликемии натощак
926	Класс сахароснижающих препаратов, механизм действия которых связан со снижением инсулинорезистентности
	ингибиторы альфа-глюкозидаз
	ингибиторы натрий-глюкозного контраптерера 2 типа
	тиазолидиндионы
	производные сульфонилмочевины
927	Сахароснижающий препарат, безопасный для назначения у пациентов при терминальной стадии хронической болезни почек
	линаглиптин
	метформин
	гликвидон
	лираглутид
928	Сахароснижающие препараты, характеризующиеся низким риском возникновения гипогликемий
	гликлазид
	метформин
	эмпаглифлозин
	репаглинид

	глибенкламид
929	Сахароснижающие препараты, характеризующиеся высоким риском возникновения гипогликемий
	лираглутид
	натеглинид
	аспарт
	дапаглифлозин
	линаглиптин
930	У больных сахарным диабетом с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска преимущество имеет назначение
	агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида–1
	метформина
	препаратов сульфонилмочевины
	инсулина
931	Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые
	3 месяца
	6 месяцев
	9 месяцев
	12 месяцев
932	Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (т.е. при отсутствии достижения индивидуальных целей гликированного гемоглобина) выполняется не позднее чем через
	6 месяцев
	3 месяца
	12 месяцев
	9 месяцев
933	Перечислите возможные причины гипогликемии
	большая доза инсулина
	физическая нагрузка
	недостаточная доза инсулина
	прием алкоголя
	прием ситаглиптина
934	Наиболее чувствительным исследованием для дифференциальной диагностики функциональной автономии узловых образований щитовидной железы является
	определение уровня ТТГ высокочувствительным методом
	определение свободного Т ₃ и Т ₄
	пункционная биопсия щитовидной железы
	радиоизотопная сцинтиграфия щитовидной железы
	ультразвуковое исследование щитовидной железы
935	К симптомам диффузного токсического зоба относится
	синусовая тахикардия
	развитие мерцания предсердий
	нервная возбудимость
	брадикардия
	наличие пальпируемых узловых образований щитовидной железы
936	Какие гормоны регулируют фосфорнокальциевый обмен?
	тиреотропный гормон
	паратгормон
	кальцитонин
	1,25-диоксикальциферол

937	Симптомами акромегалии являются
	потливость
	выпадение волос
	увеличение размера обуви
	увеличение кистей
	тахикардия
938	Центральное ожирение, артериальная гипертензия, багровые полосы растяжения (стрии) на коже живота, а также умеренная гиперпигментация кожи у больного с умеренно повышенным уровнем адренокортикотропного гормона плазмы могут быть следствием
	гипоталамического синдрома
	болезни Иценко-Кушинга
	болезни Аддисона
	алиментарного ожирения
939	Для острой надпочечниковой недостаточности характерны
	выраженная гипотония
	боли в животе
	тошнота
	артериальная гипертензия
	гирсутизм
940	Клиническая картина, характерная для феохромоцитомы, включает
	кризовое течение с повышением артериального давления, возбуждением, тремором, гипертермией
	постуральную гипотензию
	брадикардию
	чувство сдавления в области шеи
941	Основные факторы патогенеза сахарного диабета 1-го типа
	инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
	деструкция клеток и абсолютная инсулиновая недостаточность
	инсулиновая недостаточность и повышение уровня контринсулярных гормонов
	повышение уровня контринсулярных гормонов и инсулинорезистентность
1	Интенсивная терапия в клинике внутренних болезней
942	Продолжительность клинической смерти (без проведения реанимационных мероприятий) при нормальных условиях составляет
	1 минуту
	3 минуты
	5 минут
	15 минут
943	При потере сознания у пациента, в первую очередь, целесообразно проверить
	пульс на сонных артериях
	реакцию зрачков на свет
	наличие самостоятельного дыхания
	пульс на лучевой артерии
944	При остановке кровообращения максимальное расширение зрачков проявляется
	через 30-60 секунд
	мгновенно
	через 5-10 секунд
	через 15-20 секунд
945	Для констатации биологической смерти через 30 минут проведения сердечно-легочной реанимации достаточно

	отсутствия спонтанной пульсации на сонных артериях
	регистрации фибрилляции желудочков
	положительного симптома «кошачьего зрачка»
	регистрации асистолии
946	Критерием диагностики биологической смерти через 2-4 часа после остановки кровообращения является
	наличие пятен Лярише
	положительный симптом «кошачьего зрачка»
	трупное окоченение
	анизокория
947	Ранним признаком острой дыхательной недостаточности является
	одышка
	угнетение сознания
	акроцианоз
	брадикардия
948	Шоковый индекс Альговера определяется
	отношением частоты пульса к систолическому артериальному давлению
	отношением частоты пульса к диастолическому артериальному давлению
	разницей между систолическим и диастолическим давлением
	разницей между частотой пульса и дыхания
949	В норме шоковый индекс Альговера равен
	менее 0,5
	1,0-1,2
	0,5-0,7
	1,5-2,0
950	Шоковый индекс Альговера при острой кровопотере 20-25% объема циркулирующей крови равен
	0,5
	1
	0,7
	1,5
951	При гипергликемической коме тонус глазных яблок при пальпации
	снижен
	не определяется
	обычный
	повышен
952	К ранним признакам биологической смерти относят
	положительный симптом Белоглазова (симптом «кошачьего зрачка»)
	отсутствие глазных и прочих рефлексов
	прямую линию на электрокардиограмме
	трупное окоченение
953	Подъем сегмента ST на электрокардиограмме в большинстве отведений характерен для
	гипокалиемии
	гиперкалиемии
	острого перикардита
	тромбоэмболии легочной артерии
954	Ранним электрокардиографическим признаком гиперкалиемии является
	уширение комплекса QRS
	сглаженный зубец T

	укороченный интервал PQ
	высокий остроконечный зубец T
955	Боль в грудной клетке, развившаяся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерна для
	тромбоэмболии легочной артерии
	острого перикардита
	расслаивающей аневризмы аорты
	разрыва пищевода
956	Резкое повышение активности липазы и амилазы в сыворотке крови является лабораторным подтверждением диагноза
	желчекаменной болезни
	острого панкреатита
	сахарного диабета
	жирового гепатоза
957	К осложнениям гипертонических кризов относят
	острую гипертоническую энцефалопатию, отек легких
	инфаркт миокарда, острый коронарный синдром
	миокардит, перикардит
	острое нарушение мозгового кровообращения
958	Осложнением гипертонического криза, при котором наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области является
	острая сердечная недостаточность
	инфаркт миокарда
	острое нарушение мозгового кровообращения
	диссекция аорты
959	Боль в нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе из горизонтального положения в вертикальное, указывает на
	тромбоэмболию легочной артерии
	базальный плеврит
	пролапс митрального клапана
	грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
960	Иррадиация боли в спину наиболее характерна для
	острого перикардита
	разрыва пищевода
	диссекции аорты
	тромбоэмболии легочной артерии
961	Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на
	тромбоэмболию легочной артерии
	инфаркт миокарда
	диссекцию аорты
	кардиоспазм
962	Появление остро возникшей односторонней боли, связанной с актом дыхания, при астматическом статусе требует исключить в первую очередь
	острый плеврит
	межреберную невралгию
	спонтанный пневмоторакс
	тромбоэмболию легочной артерии
963	Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для

	недостаточности клапанов аорты
	митрального стеноза
	стеноза устья аорты
	недостаточности митрального клапана
964	Наличие высоких зубцов R в отведениях V1-2 и депрессии ST в отведениях V3-4, является признаком инфаркта миокарда
	передне-перегородочной локализации
	боковой локализации
	задне-базальной локализации
	задне-диафрагмальной локализации
965	При наличии высокого зубца R в отведениях V1-2 и изменениях в V1, для уточнения локализации инфаркта миокарда необходимо регистрировать электрокардиограмму
	по Небу
	в V3-V4 справа
	на 2 ребра выше
	на вдохе
966	Внезапная потеря сознания и отсутствие пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для
	разрыва сердца
	фибрилляции желудочков
	тромбоэмболии легочной артерии
	полной поперечной блокады
967	Инфаркт миокарда подтверждается при наличии на электрокардиограмме
	полной блокады правой ножки пучка Гиса
	полной блокады левой ножки пучка Гиса
	AV блокады 3 степени
	конкордантной элевации сегмента ST
968	Развитие у пациента с острым коронарным синдромом клинической картины фульминантного отека легких возможно при
	инфаркте сосочковой мышцы
	инфаркте правого желудочка
	AV блокаде 2 степени
	AV блокаде 3 степени
969	Диагноз повторного инфаркта миокарда ставится
	через сутки после первого инфаркта
	через 48 часов после первого инфаркта
	до 3-х месяцев после первого инфаркта
	через 28 суток и более после первого инфаркта
970	Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерным является
	исчезновение патологического зубца Q
	сегмент ST на изолинии
	положительный (всегда) зубец T
	сужение зубца Q до 0,02 с
971	При суправентрикулярной тахикардии с аберрантными желудочковыми комплексами отмечается
	отсутствие зубца P
	отрицательный зубец P
	удлинение интервала QT
	уширение комплекса QRS

972	Для атриовентрикулярной блокады I степени характерным является
	удлинение интервала PQ
	уширение зубца Р
	выпадение отдельных комплексов QRS
	наличие зубца Р после комплекса QRS
973	При атриовентрикулярной блокаде II степени Мобитц-I регистрируют
	постоянный интервал RR, меняющийся интервал PQ, периодическое выпадение зубца Р
	неодинаковые интервалы RR, меняющийся интервал PQ, постоянное наличие зубца Р
	разные интервалы RR, одинаковый интервал PQ, периодическое выпадение зубца Р
	уширение зубца Р
974	Для атриовентрикулярной блокады II степени Мобитц-II характерным является
	постоянство интервалов PQ
	постепенное удлинение интервала PQ
	уширение комплекса QRS
	постоянный интервал RR
975	Аритмичный пульс характерен для атриовентрикулярной блокады
	I степени
	II степени типа Мобитц-I
	II степени типа Мобитц-II вариант 2:1
	III степени проксимальной
976	На ЭКГ: ЧСС 40, PQ-0,20, на два зубца Р приходится один комплекс QRS. Такая
	ЭКГ-картина характерна для
	атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц-II
	атриовентрикулярной блокады III степени
	синаурикулярной блокады III степени
	синдрома Фредерика
977	Для полной атриовентрикулярной блокады характерным является
	расширенный комплекс QRS
	атриовентрикулярная диссоциация
	удлинение интервала QT
	удлинение интервала PQ
978	Синдром Фредерика характеризуется
	мерцательной аритмией с полной блокадой ножки пучка Гиса
	мерцательной аритмией с экстрасистолью типа бигеминии
	синаурикулярной блокадой
	мерцательной аритмией с полной атриовентрикулярной блокадой
979	Систолическое дрожание во 2-ом межреберье справа от грудины наблюдается при
	стенозе устья аорты
	недостаточности клапанов аорты
	стенозе митрального клапана
	недостаточности митрального клапана
980	Диастолическое дрожание у верхушки («кошачье мурлыканье») наблюдается при
	стенозе устья аорты
	недостаточности митрального клапана
	стенозе митрального отверстия
	недостаточности трехстворчатого клапана
981	Для стеноза устья аорты наиболее характерными являются
	боли в области сердца

	общая слабость, акроцианоз
	одышка, периферический цианоз
	головокружение, обмороки
982	Основной причиной истинного кардиогенного шока является
	механическое препятствие притоку крови к сердцу
	снижение сократительной функции миокарда
	повреждение клапанного аппарата
	механическое препятствие оттоку крови от сердца
983	Наиболее точно о функции левого желудочка при кардиогенном шоке можно судить по
	центральному венозному давлению
	давлению заклинивания в легочной артерии
	«двойному произведению»
	среднему артериальному давлению
984	Феномен электромеханической диссоциации характерен для
	полной атриовентрикулярной блокады
	фибрилляции желудочков
	острой недостаточности митрального клапана
	гемотампонады сердца
985	Приступы головокружения и обмороки при увеличении физической нагрузки наиболее характерны для
	митрального стеноза
	недостаточности клапанов аорты
	недостаточности митрального клапана
	стеноза устья аорты
986	Диагноз гипертонического криза ставится в первую очередь на основании
	клинической картины
	стадии гипертонической болезни
	величины диастолического артериального давления
	эффективности антигипертензивных средств
987	Артериальная гипертензия пароксизмального типа наблюдается при
	феохромоцитоме
	акромегалии
	гипербилирубинемии
	синдроме Иценко-Кушинга
988	Регрессия первичных кожных элементов при крапивнице происходит в течение
	10 дней
	от 7 до 10 дней
	от нескольких часов до суток
	7 дней
989	Степень тяжести анафилактического шока в первую очередь определяет выраженность
	гемодинамических нарушений
	кожных поражений
	поражения желудочно-кишечного тракта
	неврологических расстройств
990	Наиболее тяжело отек Квинке протекает при локализации на
	лице
	слизистой верхних дыхательных путей
	наружных половых органах

	нижних конечностях
991	Наиболее частым клиническим проявлением анафилактического шока является
	пневмония
	падение артериального давления
	подъем артериального давления
	брадикардия
992	Наиболее скудной аускультативной симптоматикой сопровождается
	тромбоэмболия легочной артерии
	синдром Мендельсона
	сердечная астма
	астматический статус
993	При массивной тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ могут выявляться
	признаки, сходные с инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка
	признаки, сходные с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка с реципрокными изменениями
	признаки, сходные с инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка без реципрокных изменений
	полная блокада левой ножки пучка Гиса
994	Наиболее достоверным методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является
	вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких
	коронарография
	рентгенография легких
	эхокардиография
995	Важнейшим признаком астматического статуса II стадии является
	выраженность цианоза
	пульсация шейных вен
	«немое» легкое
	тахикардия
996	Нормальное артериальное давление, зарегистрированное при кратковременной потере сознания, указывает на то, что обморок был вызван
	вазовагальными механизмами
	снижением венозного возврата к сердцу
	цереброваскулярными нарушениями
	приходящим нарушением ритма сердца
997	Клиническая картина развивается стремительно при
	диабетической гиперосмолярной коме
	кетацидотической коме
	лактоацидотической коме
	гипогликемической коме
998	Запах ацетона изо рта отмечается при
	диабетической гиперосмолярной коме
	кетацидотической коме
	уремической коме
	лактоацидотической коме
999	При анафилактическом шоке необходимо назначить
	в/в введение адреналина, большие дозы кортикостероидов, инфузионную терапию, при бронхоспазме - эуфиллин, поддержание адекватного дыхания
	в/в глюкокортикоиды и интубацию трахеи для снятия бронхоспазма
	в/м адреналин, кофеин-бензоат натрия и кордиамин

	в/в супрастин и кортикостероидные гормоны
1000	Ингаляция кислорода при астматическом статусе вызывает
	тахипноэ с усилением тахикардии
	резкое возбуждение
	рвоту
	снижение возбудимости дыхательного центра и апноэ
1001	Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным артериальным давлением является
	строфантин
	нитроглицерин
	преднизолон
	пентамин
1002	К кристаллоидным инфузионным препаратам относится
	полиглюкин
	реополиглюкин
	0,9% раствор натрия хлорида
	желатиноль
1003	Критерием правильности выполнения искусственного дыхания является
	наличие экскурсии грудной клетки
	видимое выбухание в эпигастральной области
	парадоксальный пульс на сонных артериях
	видимое набухание шейных вен
1004	Критерием правильности выполнения закрытого массажа сердца является
	видимое набухание шейных вен
	перелом ребер
	наличие пульса на лучевой артерии
	наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
1005	Об эффективности выполнения закрытого массажа сердца свидетельствует
	сужение зрачков
	отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
	появление пятен Лявше
	регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.
1006	Компрессия грудной клетки при закрытом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой
	40-50 в минуту
	100-110 в минуту
	60-70 в минуту
	80-90 в минуту
1007	При проведении реанимационного пособия взрослому без интубации трахеи закрытый массаж сердца и искусственное дыхание проводятся в соотношении
	15 к 2 при любом количестве реаниматоров
	15 к 2 только при оказании помощи одним реаниматором
	30 к 2 при любом количестве реаниматоров
	5 к 1 при оказании помощи двумя реаниматорами
1008	Реанимационные мероприятия на догоспитальном этапе всегда должны прекращаться
	через 30 минут после их начала
	при появлении признаков биологической смерти

	через 40 минут эффективного проведения
	через 10 минут после восстановления спонтанного кровообращения
1009	При остром коронарном синдроме аспирин назначается
	после купирования болевого синдрома
	после стабилизации гемодинамики
	незамедлительно после постановки диагноза
	после прибытия в стационар
1010	Нагрузочная доза клопидогрела при остром инфаркте миокарда составляет
	75 мг
	150 мг
	600 мг
	300 мг
1011	При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан
	обзидан
	коринфар
	верапамил
	кордарон
1012	При синдроме слабости синусового узла с приступами Морганьи-Адамса-Стокса оптимально применение
	симпатомиметиков
	искусственного водителя ритма
	гормонов
	атропина
1013	При развитии аллергической реакции на укус насекомого необходимо наложить жгут
	ниже места укуса на 25 минут
	ниже места укуса на 1 час
	выше места укуса на 1 час
	выше места укуса на 25 минут
1014	Препаратом выбора при отеке Квинке является
	преднизолон
	klaritin
	фуросемид
	допамин
1015	При анафилактическом шоке больного следует уложить на
	бок, прижав ноги к животу
	спину, приподняв и повернув голову на бок
	спину, приподняв ноги и повернув голову набок
	спину, приподняв ноги
1016	Задачей лечения кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является
	ввести кардиотоники, снизить сосудистое сопротивление нитратами, проводить поддерживающую инфузионную терапию
	увеличить венозный приток, увеличить периферическое сопротивление сосудов, ввести кардиотоники
	на фоне массивной инфузионной терапии ввести кардиотоники и нитраты
	ввести мочегонные, кардиотоники
1	Поликлиническая терапия
1017	Как часто гражданин РФ имеет право на смену медицинской организации или лечащего врача?
	ежемесячно

	не чаще 1 раза в год
	не чаще 1 раза в 6 месяцев
	у гражданина РФ нет такого прав
1018	При наличии признаков временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается
	лечащим врачом
	заведующим отделения
	врачебной комиссией
	главным врачом
1019	Максимальная продолжительность листка нетрудоспособности при благоприятном прогнозе
	4 месяца
	5 месяцев
	2 месяца
	10 месяцев
1020	При амбулаторном лечении лечащий врач единолично может выдать/продлить листок нетрудоспособности до
	5 дней
	15 дней
	10 дней
	30 дней
1021	Максимальная продолжительность листка нетрудоспособности при неблагоприятном прогнозе
	10 месяцев
	4 месяца
	5 месяцев
	2 месяца
1022	Критерий для установления инвалидности лицу в возрасте 18 лет и старше
	нарушение здоровья с I степенью стойких нарушений функций организма
	наличие более 3 хронических заболеваний
	наличие более 5 хронических заболеваний
	нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека
1023	Вторая группа инвалидности устанавливается на
	1 год
	2 года
	0,5 года
	3 года
1024	Первая группа инвалидности устанавливается на
	2 года
	1 год
	3 года
	5 лет
1025	Нарушением предписанного режима является
	несвоевременная явка на прием
	отказ от госпитализации (при наличии показаний)
	отказ от физиотерапевтических процедур
	отказ от обследования
1026	Продление листка нетрудоспособности при продолжительном течение заболевания/травмы осуществляется врачебной комиссией каждые

	15 календарных дней
	20 календарных дней
	10 календарных дней
	30 календарных дней
1027	Несчастный случай, квалифицирующийся как бытовая травма
	ожог солнечными лучами
	пищевое отравление
	отек Квинке при укусе осы
	необычная реакция на прививку
1028	Основания для оформления листка нетрудоспособности
	карантин, заболевание в период отпуска без сохранения содержания, санаторно-курортное лечение
	заболевание в период очередного отпуска, бытовая травма, лабораторное обследование
	травма, необходимость ухода за больным членом семьи, беременность и роды
	протезирование в амбулаторных условиях, травма, необходимость ухода за больным членом семьи
1029	При длительности временной нетрудоспособности ≥ 15 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения больного и продления листка нетрудоспособности осуществляет
	врачебная комиссия
	заведующий отделением
	главный врач
	лечащий врач
1030	При установлении инвалидности листок нетрудоспособности закрывается датой
	непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении медико-социальной экспертизы
	направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК)
	освидетельствования и присвоения группы инвалидности медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК)
	любой датой
1031	Листок нетрудоспособности выдан обосновано при проведении
	ультразвукового исследования органов брюшной полости
	флюорографии
	интермиттирующей (прерывистой) химиотерапии
	электрокардиограммы
1032	Критерием для установления I группы инвалидности является нарушение здоровья человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
	с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 90 - 100 %
	с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 60 %
	с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 70 - 80 %
	с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 80 %
1033	Критерием для установления III группы инвалидности является нарушение здоровья человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
	со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 70 - 80 %
	со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 90 - 100 %

	со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 100 %
	со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма в диапазоне 40 - 60 %
1034	Диспансеризация
	комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения
	комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения
	комплекс мероприятий, включающий в себя лабораторные и инструментальные методы исследования
	медицинский осмотр врачами нескольких специальностей
1035	Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно - маммографию проводят
	1 раз в 3 года
	ежегодно
	1 раз в 2 года
	по желанию женщин
1036	«Скрининг онкологического заболевания»
	обследование пациентов с ранними проявлениями онкологических заболеваний для уточнения стадии и распространенности заболевания
	диагностика онкологических заболеваний с использованием высокотехнологичных методов и морфологической верификацией опухоли
	исследование группы бессимптомных лиц недорогими, доступными диагностическими тестами для выявления предраковых заболеваний и ранних форм рака
	создание «генетического паспорта» пациента для определения генетических мутаций, опасных для развития злокачественного новообразования
1037	Скрининг на выявление рака наиболее рационально следует начинать с возрастной группы
	25-34 лет
	15-24 лет
	35-44 лет
	45-54 лет
1038	Первичная профилактика онкологических заболеваний
	выявление и лечение предраковых заболеваний
	ослабление или нейтрализация неблагоприятных факторов окружающей среды
	выявление и лечение предраковых заболеваний
	иммунотерапию
1039	Вторичная профилактика рака
	устранение химических канцерогенов
	выявление и лечение предраковых заболеваний
	профилактика инфицирования онкогенных вирусов
	отказ от курения
1040	Третичная профилактика рака
	введение противораковых вакцин
	выявление и лечение предраковых заболеваний
	курсы профилактической радиотерапии и вспомогательной химиотерапии
	отказ от курения

1041	Профилактическая противораковая вакцина
	вакцина против вируса полиомиелита
	вакцина против вируса гриппа
	вакцина против менингита
	вакцина против вируса папилломы человека
1042	Облигатные предраковые заболевания
	часто, но не всегда перерождаются в рак
	необратимы
	всегда перерождаются в рак
	никогда не перерождаются в рак
1043	Факультативные предраковые заболевания
	часто перерождаются в рак
	всегда перерождаются в рак
	необратимы
	редко перерождаются в рак
1044	Фактор риска рака легкого
	прием алкоголя
	инсоляция
	нерациональное питание
	табакокурение
1045	При назначении ЛФК врач обязан
	определить диагноз
	уточнить лечебные задачи
	подобрать средства медикаментозного лечения
	провести дополнительные исследования
	провести исследование функционального состояния и физической подготовленности больного
1046	В клинике внутренних болезней лечебная физкультура используется в формах
	мануальной терапии
	утренней гимнастики
	лечебной гимнастики
	элементов спортивных упражнений
	игр
1047	Какие из перечисленных заболеваний показаны для назначения лекарственного электрофореза
	болезнь Бехтерева, средняя активность
	хронический гепатохолецистит вне обострения
	травматическая энцефалопатия, эпилепсия
	хронический артрозо-артрит плечевого сустава, обострение
	острый инфекционно-аллергический иридоциклит
	травматический неврит лучевого нерва, период восстановления
	экзема в стадии ремиссии
1048	Какие из перечисленных заболеваний показаны для назначения гальванизации?
	неврастения гиперстеническая
	неврит лицевого нерва с признаками контрактуры
	атеросклероз сосудов головного мозга
	кератит в стадии восстановления
	острый гнойный средний отит
	нейродермит в стадии ремиссии
	язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения

1049	Основные показания для УФ-облучения
	ревматоидный артрит
	тиреотоксикоз
	туберкулез с поражением костей, суставов
	заболевание почек с недостаточностью функции
	профилактика гриппа, УФ-недостаточность
	заболевание периферической нервной системы (радикулит, плексит, невралгия)
	рахит
	атеросклероз
1050	Задачи физической реабилитации больных инфарктом миокарда на больничном этапе включают
	предупреждение осложнений постельного режима
	улучшения периферического кровообращения и дыхания
	подготовку к вставанию и ходьбе, обучению ходьбе по лестнице
	подготовку к самообслуживанию
	восстановление трудоспособности
1051	Противопоказаниями к назначению лечебной гимнастики являются
	острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения
	повышение артериального давления свыше 210/120 мм рт. ст
	состояния после гипертонического криза
	опасные нарушения сердечного ритма: политопная экстрасистолия, частые пароксизмы мерцательной аритмии и др.
	нарушения перистальтики кишечника
1052	Задачи лечебной гимнастики при гипертонической болезни в первую половину курса лечения включают
	мобилизацию и умеренную тренировку экстракардиальных факторов кровообращения
	улучшение функции внешнего дыхания
	улучшение окислительно-восстановительных процессов, снижения сосудистого тонуса
	улучшение психо-эмоционального состояния больных
	тренировку функции дыхательной системы
1053	Средняя продолжительность процедуры лечебной гимнастики для больных с врожденными пороками сердца в раннем послеоперационном периоде составляет
	3-4 мин
	5-8 мин
	9-11 мин
	12-15 мин
	15-20 мин
1054	Формы лечебной физкультуры у больных ишемической болезнью сердца I-II функциональных классов включают
	лечебную гимнастику
	дозированную ходьбу и ближний туризм
	физические тренировки на велотренажерах
	трудотерапию
	силовые упражнения