

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3 С КУРСОМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Д.П. САЛИВОНЧИК, В.В. РОССОЛОВА, А.И. РУДЬКО,  
А.В. ЩЕРБАХИН**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ:  
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ ВОЕННО- ПОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ  
И ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Учебно-методическое пособие

для студентов 4,5 курсов медико-диагностических факультетов  
медицинских вузов

ГОМЕЛЬ  
ГомГМУ  
2015г.

УДК 616.1/.4+616:355+616-085(072)

ББК 54.1+53.5+68я73

Т36

**Рецензенты:**

Доценко Э.А., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Юпатов Г.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней УО «Витебский государственный медицинский университет»

Тестовые задания по дисциплине: внутренние болезни, ВПТ и поликлиническая терапия: учеб.-метод. Пособие для студентов 4,5 курсов медико-диагностического факультета медицинских вузов / Д.П. Саливончик; В.В. Россолова, Рудько А.И., А.В. Щербахин. – Гомель: ГомГМУ, 2015. - 60с.

ISBN

Учебно-методическое пособие содержит тестовые задания по внутренним болезням, ВПТ и поликлинической терапии и ответы к ним.

Предназначено для студентов 4,5 курсов медико-диагностического факультетов медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»

УДК 616.1/.4+616:355+616-085(072)

ББК 54.1+53.5+68я73

ISBN

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2015

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень условных обозначений.....	4
Введение .....	5
Тестовые задания.....	6
Ответы на тестовые задания .....	57
Литература.....	58

## ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АБ антибиотик	печени
АБТ антибиотикотерапия	НПВС нестероидные противовоспалительные препараты
АГ артериальная гипертензия	НЯК неспецифический язвенный колит
АД артериальное давление	ОАК общий анализ крови
АКТГ адренокортикотропный гормон	ОБП органы брюшной полости
АЛТ аланинаминотрансфераза	ОГК органы грудной клетки
АПФ ангиотензинпревращающий фермент	ОЖСС общая железосвязывающая способность сыворотки
АСТ аспаргатаминотрансфераза	ОЛБ острая лучевая болезнь
АТ-ТПО антитела к тиреоидной пероксидазе	ОПН острая почечная недостаточность
АЦЦП антитела к циклическому цитруллинированному пептиду	ОРВИ острая респираторная вирусная инфекция
БА бронхиальная астма	ОРЛ острая ревматическая лихорадка ОФВ <sub>1</sub> объем форсированного выдоха за первую секунду
БАК биохимический анализ крови	<u>ПИР</u> полимеразная цепная реакция
БРА блокаторы рецепторов ангиотензина II	ПЭТ позитронно-эмиссионная томография
ВКК врачебно-консультативная комиссия	РААС ренин-ангиотензин-альдостероновая система
ВОЗ всемирная организация здоровья	РНК рибонуклеиновая кислота
ВУЗ высшее учебное заведение	рСКФ расчетная скорость клубочковой фильтрации
ГГТП гамма-глутамилтранспептидаза	СКФ скорость клубочковой фильтрации
ГКС глюкокортикостероиды	СОЭ скорость оседания эритроцитов
Гр Г рэй	СРБ С-реактивный белок
Г-6-ФДГ глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа	ТГ триглицериды
ДНК дезоксирибонуклеиновая кислота	ТТГ тиреотропный гормон
Дж Джоуль	ТЭЛА тромбоз легочной артерии
ДГПЖ доброкачественная гиперплазия предстательной железы	УЗИ ультразвуковое исследование
ЖДА железодефицитная анемия	ФЖЕЛ форсированная жизненная емкость легких
ЖКТ желудочно-кишечный тракт	ФКГ фиброколоноскопия
иАПФ ингибитор ангиотензинпревращающего фермента	ФИ фибрилляция предсердий
ИБС ишемическая болезнь сердца	ФЭГДС фиброэзофагогастродуоденоскопия
иГКС ингаляционные глюкокортикостероиды	ХБП хроническая болезнь почек
ИИ ионизирующее излучение	ХС холестерин
ИЭ инфекционный эндокардит	ЦП цветовой показатель
КНТ коэффициент насыщения трансферрина	ЧД частота дыхания
КТ компьютерная томография	ЩЖ щитовидная железа
КФК креатинфосфокиназа	ЩФ щелочная фосфатаза
ЛДГ лактатдегидрогеназа	ЭКГ электрокардиография
ЛПВП липопротеиды высокой плотности	ЭхоКГ эхокардиография
ЛИНН липопротеиды низкой плотности	ЮГ А юктагломерулярный аппарат
ЛПОНП липопротеиды очень низкой плотности	ВNP мозговой натрийуретический пептид
ЛИНИ липопротеиды промежуточной плотности	МСН среднее содержание гемоглобина в эритроците
МЗ РБ Министерство здравоохранения Республики Беларусь МРТ магнитнорезонансный томограф МРЭК медико-реабилитационная экспертная комиссия	МСV средний объем эритроцита
МСЭ и РТ медико-социальная экспертиза и реабилитационная терапия	RDW ширина распределения эритроцитов по объему
МэВ мегаэлектронвольт	
НАЖБП неалкогольная жировая болезнь	

## ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование высшего медицинского образования на современном этапе невозможно без внедрения в учебный процесс новых информационных технологий и новых методик обучения. Одним из таких стандартизованных методов является тестирование. В процессе обучения тестирование выполняет три основные взаимосвязанные функции: диагностическую, обучающую и воспитательную. Диагностическая используется для определения уровня знаний студента (базовый, промежуточный и итоговый) и является основной функцией тестирования. По объективности, широте и скорости тестирование превосходит все остальные формы контроля. Обучающая функция тестирования призвана активизировать студентов к усвоению учебного материала. Воспитательная функция заключается в периодичности и неизбежности тестового контроля (промежуточный, итоговый). Это дисциплинирует, организует и направляет деятельность студентов, помогает выявить и устранить пробелы в знаниях, формирует стремление развить свои способности.

В учебно-методическом пособии представлены задания по основным разделам изучаемой дисциплины. Представленные в пособии тестовые задания позволяют закрепить знания по внутренним болезням. Каждый тест содержит один вариант ответа.

Предлагаемые тесты могут быть использованы как для оперативного контроля знаний студентов, так и для итоговой проверки знаний перед экзаменом по внутренним болезням и государственным экзаменом.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Какая стадия патологического процесса при острой ревматической лихорадке (ОРЛ) является обратимой?
  - А. фибриноидные изменения;
  - В. пролиферативные реакции с образованием гранулем Ашоффа-Талалаева;
  - С. мукоидное набухание соединительной ткани;
  - Д. фаза склероза.
2. Возбудителем ОРЛ является:
  - А. бета-гемолитический стрептококк группы А;
  - В. зеленающий стрептококк;
  - С. золотистый стафилококк;
  - Д. эпидермальный стафилококк.
3. Для поражения суставов при ОРЛ характерно:
  - А. преимущественное поражение лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кисти;
  - В. утренняя скованность более 1 часа;
  - С. эрозивно-деструктивный прогрессирующий полиартрит;
  - Д. доброкачественность, летучесть воспалительных поражений с переменным, часто симметричным вовлечением суставов без их деформации.
4. Для малой хореи при ОРЛ не характерно:
  - А. психоэмоциональные нарушения;
  - В. гиперкинезы;
  - С. плегии и парезы;
  - Д. статокордиационные нарушения.
5. Наиболее частым ревматическим пороком сердца является:
  - А. недостаточность трехстворчатого клапана;
  - В. недостаточность митрального клапана;
  - С. недостаточность аортального клапана;
  - Д. митральный стеноз.
6. К большим критериям ОРЛ не относят:
  - А. кардит;
  - В. артралгия;
  - С. полиартрит;
  - Д. подкожные ревматические узелки.
7. К малым критериям ОРЛ не относят:
  - А. лихорадка;
  - В. артралгия;
  - С. полиартрит;
  - Д. повышение СОЭ и СРБ.
8. Для диагностики ОРЛ не используют:
  - А. бактериологическое исследование (мазок из ротоглотки);
  - В. серологические исследования;
  - С. эндомикардиальная биопсия;
  - Д. ЭхоКГ.
9. Показанием для назначения глюкокортикоидов при ОРЛ является:
  - А. выраженный кардит и/или полисерозиты;

- В. кольцевидная эритема;
  - С. слабо выраженный вальвулит;
  - Д. ревматический артрит без вальвулита.
10. Целью вторичной профилактики ОРЛ является:
- А. компенсация застойной сердечной недостаточности у больных с ревматическими пороками сердца;
  - В. подавление активности воспалительного процесса;
  - С. достижение ремиссии заболевания;
  - Д. предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ.
11. Длительность вторичной профилактики для больных, перенесших ОРЛ, без кардита составляет:
- А. не менее 5 лет после атаки;
  - В. не менее 10 лет после атаки;
  - С. не менее 25 лет после атаки;
  - Д. пожизненно.
12. Длительность вторичной профилактики для больных с излеченным кардитом без порока сердца составляет:
- А. не менее 5 лет после атаки;
  - В. не менее 10 лет после атаки;
  - С. не менее 25 лет после атаки;
  - Д. пожизненно.
13. Длительность вторичной профилактики для больных со сформированным пороком сердца составляет:
- А. не менее 5 лет после атаки;
  - В. не менее 10 лет после атаки;
  - С. не менее 25 лет после атаки;
  - Д. пожизненно.
14. Для митрального стеноза не характерно:
- А. усиленный, хлопающий первый тон;
  - В. систолический шум на верхушке;
  - С. диастолический шум на верхушке;
  - Д. акцент второго тона над легочной артерией.
15. Для митральной недостаточности не характерно:
- А. ослабление первого тона на верхушке;
  - В. систолический шум на верхушке;
  - С. диастолический шум на верхушке;
  - Д. акцент второго тона над легочной артерией.
16. Для недостаточности аортального клапана характерно:
- А. ослабление второго тона над аортой;
  - В. акцент второго тона над аортой;
  - С. систолический шум в точке Боткина-Эрба;
  - Д. акцент второго тона над легочной артерией.
17. Гранулемы Ашоффа-Талалаева являются патогномичными для:
- А. лимфогранулематоза;
  - В. острой ревматической лихорадки;
  - С. саркоидоза;
  - Д. ревматоидного артрита.

18. ОРЛ может развиваться спустя 2-3 недели после:
- A. тонзиллита;
  - B. аллергического ринита;
  - C. ОРВИ;
  - D. Острого пиелонефрита.
19. Для кольцевидной эритемы при ОРЛ характерно:
- A. большие размеры (6-20 см в диаметре);
  - B. жжение и зуд;
  - C. частая локализация в области головы и лица;
  - D. частая локализация на туловище и проксимальных отделах конечностей.
20. При физикальном обследовании больных ОРЛ можно выявить:
- A. дискоидные высыпания на коже;
  - B. олиго- или моноартрит;
  - C. деформацию суставов;
  - D. узелки Ослера.
21. «Золотой» стандарт диагностики миокардитов:
- A. выявление биомаркеров некроза (КФК, тропонины);
  - B. ЭКГ;
  - C. эндомикардиальная биопсия;
  - D. ЭхоКГ.
22. Самый неблагоприятный в отношении прогноза миокардит:
- A. острый миокардит;
  - B. хронический активный миокардит;
  - C. гигантоклеточный миокардит;
  - D. хронический персистирующий миокардит.
23. Осложнения эндомикардиальной биопсии, выберите лишнее:
- A. перфорация сердца;
  - B. генерализованные тонико-клонические судороги;
  - C. эмболизация;
  - D. преходящие аритмии и блокады ножек пучка Гиса.
24. К группе риска развития инфекционного эндокардита (ИЭ) не относят:
- A. протезированные клапаны сердца;
  - B. приобретенные пороки сердца;
  - C. наркомания;
  - D. перенесенный острый тонзиллит.
25. Для ИЭ у наркоманов не характерно:
- A. выраженные иммунные нарушения;
  - B. поражение интактного трех створчатого клапана;
  - C. острое течение с выраженным инфекционно-токсическим синдромом;
  - D. частые тромбозы.
26. Выберите неверное утверждение:
- A. ИЭ у лиц пожилого и старческого возраста имеет более благоприятный прогноз по сравнению с лицами молодого возраста;
  - B. для ИЭ у наркоманов характерно поражение интактного трех створчатого клапана с формированием его недостаточности и микробных вегетаций;



- C. ИЭ у лиц пожилого и старческого возраста часто сочетается со злокачественными новообразованиями различной этиологии;
- D. ИЭ протеза клапана характеризуется острым течением с быстрым развитием дисфункции протеза.
27. К большим критериям Дьюка при ИЭ относят:
- A. лихорадка выше 38°C;
  - B. иммунные нарушения;
  - C. доказательства поражения эндокарда на ЭхоКГ;
  - D. предшествующие заболевания сердца или внутривенное введение лекарств.
28. Для проведения эффективной антибактериальной терапии (АБТ) ИЭ необходимым условием является:
- A. проведение АБТ не менее 12 недель;
  - B. проведение АБТ с использованием максимальных суточных доз одного антибиотика;
  - C. проведение АБТ не менее 4-6 недель при своевременно начатом лечении и 8-10 недель при поздно начатом лечении;
  - D. использование минимальных суточных доз 2-х или 3-х бактерицидных антибиотиков (АБ) с парентеральным методом введения.
29. В патогенезе эссенциальной артериальной гипертензии участвуют:
- A. активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;
  - B. активация системы кининов и простагландинов;
  - C. активация симпатической нервной системы;
  - D. активация альтернативных путей образования ангиотензина;
  - E. все перечисленное верно;
  - F. ничего из перечисленного.
30. Причинами симптоматической АГ не могут быть:
- A. атеросклероз;
  - B. хронический гломерулонефрит;
  - C. хронический пиелонефрит;
  - D. хронический отит;
  - E. гипотиреоз;
  - F. гипертиреоз;
  - G. все перечисленное;
  - H. ничего из перечисленного.
31. Факторы, предрасполагающие к развитию эссенциальной АГ:
- A. повышенные психоэмоциональные нагрузки;
  - B. курение;
  - C. ожирение;
  - D. недостаточность NO;
  - E. снижение выработки кининов и простагландинов;
  - F. все перечисленное верно;
  - G. ничего из перечисленного.
32. К факторам риска развития АГ не относят:
- A. мужской пол;
  - B. курение;
  - C. дислипидемия;
  - D. ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
  - E. абдоминальное ожирение;
  - F. нарушение толерантности к глюкозе;
  - G. ожирение.

33. К бессимптомному поражению органов-мишеней относят:
- А. ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
  - В. ХБП с рСКФ <30 мл/мин/1.73м<sup>2</sup>;
  - С. транзиторная ишемическая атака;
  - Д. нарушение толерантности к глюкозе;
  - Е. дислипидемия;
  - Ф. сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса.
34. К ассоциированным клиническим состояниям относят:
- А. ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
  - В. ХБП с рСКФ <30 мл/мин/1.73м<sup>2</sup>;
  - С. абдоминальное ожирение;
  - Д. микроальбуминурия;
  - Е. нарушение толерантности к глюкозе.
35. Синдром Конна возникает вследствие:
- А. гиперсекреция передней долей гипофиза АКТЕ;
  - В. кортикостерома или аденокарцинома коры надпочечников;
  - С. повышенная продукция альдостерона корой надпочечников;
  - Д. опухоль в мозговом веществе надпочечников, продуцирующая катехоламины.
36. Болезнь Иценко-Кушинга возникает вследствие:
- А. гиперсекреция передней долей гипофиза АКТЕ;
  - В. кортикостерома или аденокарцинома коры надпочечников;
  - С. повышенная продукция альдостерона корой надпочечников;
  - А. опухоль в мозговом веществе надпочечников, продуцирующая катехоламины.
37. Синдром Иценко-Кушинга возникает вследствие:
- А. гиперсекреция передней долей гипофиза АКТЕ;
  - В. кортикостерома или аденокарцинома коры надпочечников;
  - С. повышенная продукция альдостерона корой надпочечников;
  - Д. опухоль в мозговом веществе надпочечников, продуцирующая катехоламины.
38. К эффектам ВНР относят все, кроме:
- А. снижение реабсорбции натрия и воды;
  - В. снижение экскреции натрия с мочой;
  - С. повышение экскреции натрия с мочой;
  - Д. снижение активности РА АС;
  - Е. снижение продукции ренина в ЮЕА;
  - Ф. повышение клубочковой фильтрации.
39. К эффектам ангиотензина II относят все, кроме:
- А. стимулирование симпатической нервной системы;
  - В. стимулирование роста гладкомышечных клеток сосудов, гипертрофии кардиомиоцитов;
  - С. снижение экскреции натрия с мочой;
  - Д. повышение экскреции натрия с мочой;
  - Е. стимулирование выделения альдостерона;
  - Ф. повышение тонуса артериол.
40. Оптимальным АД является:
- А. <120/80 мм рт. ст.;
  - В. <140/90 мм рт. ст.;
  - С. >140/90, но меньше 150/100 мм рт. ст.;
  - Д. 130/80 мм рт. ст.

41. К артериальной гипертензии I степени относят:
- A. 140/100 мм рт. ст.;
  - B. 150/100 мм рт. ст.;
  - C. 160/90 мм рт. ст.;
  - D. 140/90 мм рт. ст.
  - E. 150/70 мм рт. ст.
42. К артериальной гипертензии II степени относят:
- A. 140/90 мм рт. ст.;
  - B. 150/95 мм рт. ст.;
  - C. 160/100 мм рт. ст.;
  - D. 190/100 мм рт. ст.
  - E. 150/70 мм рт. ст.
43. К артериальной гипертензии III степени относят:
- A. 140/90 мм рт. ст.;
  - B. 200/110 мм рт. ст.;
  - C. 160/100 мм рт. ст.;
  - D. 170/100 мм рт. ст.
  - E. 150/70 мм рт. ст.
44. Целевыми значениями артериального давления у пациентов с АГ являются:
- A. то давление, при котором пациент хорошо себя чувствует, независимо от цифр;
  - B. <180/100 мм рт. ст. у пожилых;
  - C. <160/90 мм рт. ст.;
  - D. 150/90 мм рт. ст.;
  - E. <140/90 мм рт. ст.
45. К немедикаментозным методам лечения пациентов с АГ относят все, кроме:
- A. ограничение потребления соли в количестве 5-6 г в сутки;
  - B. снижение массы тела;
  - C. не рекомендовано употребление овощей, молочных продуктов с низким содержанием жиров, пищевых и растворимых волокон;
  - D. регулярные физические нагрузки;
  - E. отказ от курения;
  - F. умеренное потребление алкоголя.
46. Выберите вариант, где все препараты относятся к группе ингибиторов АПФ:
- A. валсартан, рамиприл, индапамид;
  - B. энalapрил, лизиноприл, рамиприл;
  - C. каптоприл, лозартан, метопролол;
  - D. карведилол, каптоприл, периндоприл.
47. Выберите вариант, где все препараты относятся к группе блокаторов рецепторов ангиотензина II:
- A. валсартан, лозартан, телмисартан;
  - B. энalapрил, лизиноприл, рамиприл;
  - C. каптоприл, лозартан, метопролол;
  - D. карведилол, каптоприл, периндоприл.
48. Выберите вариант, где все препараты относятся к группе антагонистов кальция:
- A. валсартан, амлодипин, телмисартан;
  - B. бисопролол, лизиноприл, верапамил;
  - C. каптоприл, лозартан, метопролол;
  - D. амлодипин, нифедипин, дилтиазем.

49. Выберите вариант, где все препараты относятся к группе Р-адреноблокаторов:
- A. валсартан, амлодипин, атенолол;
  - B. бисопролол, метопролол, карведилол;
  - C. индапамид, лозартан, метопролол;
  - D. гидрохлортиазид, соталол, дилтиазем.
50. Выберите вариант, где все препараты относятся к группе диуретиков:
- A. валсартан, амлодипин, метилдопа;
  - B. бисопролол, фуросемид, карведилол;
  - C. индапамид, лозартан, торасемид;
  - D. гидрохлортиазид, спиронолактон, триамтерен.
51. Абсолютным противопоказанием для назначения Р-блокаторов является:
- A. бронхиальная астма;
  - B. АВ-блокада I степени;
  - C. Сердечная недостаточность;
  - D. Подагра;
  - E. Беременность.
52. Абсолютным противопоказанием для назначения тиазидных диуретиков является:
- A. бронхиальная астма;
  - B. АВ-блокада I степени;
  - C. сердечная недостаточность;
  - D. подагра;
  - E. беременность.
53. Абсолютным противопоказанием для назначения иАПФ является:
- A. бронхиальная астма;
  - B. женщины, способные к деторождению;
  - C. сердечная недостаточность;
  - D. подагра;
  - E. беременность.
54. Абсолютным противопоказанием для назначения БРА является:
- A. бронхиальная астма;
  - B. женщины, способные к деторождению;
  - C. сердечная недостаточность;
  - D. подагра;
  - E. беременность.
55. Абсолютным противопоказанием для назначения антагонистов минералокортикоидных рецепторов является:
- A. гиперкалиемия;
  - B. женщины, способные к деторождению;
  - C. сердечная недостаточность;
  - D. подагра;
  - E. беременность.
56. Выберите неправильную комбинацию препаратов:
- A. диуретик + иАПФ;

- В. диуретик + антагонист кальция;
  - С. диуретик + БРА;
  - Д. иАПФ + БРА;
  - Е. иАПФ + антагонист кальция;
  - Ф. БРА + антагонист кальция.
57. Наиболее атерогенными являются:
- А. хиломикроны;
  - В. триглицериды;
  - С. липопротеиды низкой плотности;
  - Д. липопротеиды высокой плотности;
  - Е. липопротеиды промежуточной плотности.
58. Атеросклероз - это...
- А. заболевание сосудов, которое сопровождается их уплотнением и стенозированием просвета;
  - В. поражение коронарных сосудов, клинически проявляющееся приступами стенокардии;
  - С. поражение сосудов нижних конечностей, клинически проявляющееся перемежающей хромотой;
  - Д. отложение холестерина в органах и тканях организма.
59. К факторам риска развития атеросклероза относят все, кроме:
- А. возраст;
  - В. мужской пол;
  - С. курение;
  - Д. сахарный диабет 2 типа;
  - Е. абдоминальное ожирение.
60. Основными препаратами для лечения гиперхолестеринемии являются...
- А. секвестранты желчных кислот;
  - В. никотиновая кислота;
  - С. омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты;
  - Д. ингибиторы фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим-А-редуктазы;
  - Е. фибраты.
61. Самой частой формой ИБС является:
- А. инфаркт миокарда;
  - В. постинфарктный кардиосклероз;
  - С. сердечная недостаточность;
  - Д. безболевая ишемия миокарда;
  - Е. стенокардия.
62. Золотым стандартом диагностики ИБС является...
- А. коронарография;
  - В. ЭКГ;
  - С. ЭхоЭКГ;
  - Д. суточное мониторирование ЭКГ.
63. Оптимальное значение ХС ЛПНП для пациентов с ИБС с очень высоким риском развития сердечно-сосудистых событий:
- А. < 4 ммоль/л;
  - В. >1,2 ммоль/л;
  - С. <1,8 ммоль/л;
  - Д. < 2,5 ммоль/л.

64. Оптимальное значение ХС ЛННН1 для пациентов с ИБС с высоким риском развития сердечно сосудистых событий:
- A. < 4 ммоль/л;
  - B. >1,2 ммоль/л;
  - C. <1,8 ммоль/л;
  - D. < 2,5 ммоль/л.
65. Оптимальное значение ХС ЛИНИ для пациентов с ИБС с умеренным риском развития сердечно сосудистых событий:
- A. < 4 ммоль/л;
  - B. >1,2 ммоль/л;
  - C. <3 ммоль/л;
  - D. < 2,5 ммоль/л.
66. Оптимальное значение ХС ЛИНИ для пациентов с ИБС с низким риском развития сердечно сосудистых событий:
- A. < 4 ммоль/л;
  - B. >1,2 ммоль/л;
  - C. <3,5 ммоль/л;
  - D. < 2,5 ммоль/л.
67. Наиболее грозным побочным эффектом приема статинов является:
- A. запоры;
  - B. метеоризм;
  - C. рабдомиолиз;
  - D. повышение уровня печеночных ферментов в 2 раза.
68. Длительный прием фибратов может привести:
- A. повышению литогенности желчи;
  - B. снижению литогенности желчи;
  - C. оксалатурии;
  - D. отложению солей кальция в сосудах.
69. К ИБС не относят:
- A. внезапная сердечная смерть;
  - B. безболевого ишемия миокарда;
  - C. миокардит;
  - D. ишемическое прекондиционирование миокарда.
70. К метаболическим кардиопротекторам относят:
- A. молсидомин;
  - B. триметазидин;
  - C. ловастатин;
  - D. ивабрадин;
  - E. пентоксифиллин.
71. Самым поздним маркером инфаркта миокарда является:
- A. КФК-МВ;
  - B. миоглобин;
  - C. АСТ;
  - D. ЛДГ;
  - E. тропонин I.
72. Выберите препарат, используемый для тромболиза при инфаркте миокарда:

- A. альтеплаза;
  - B. гепарин;
  - C. аспирин;
  - D. клопидогрель.
73. Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии являются все, кроме:
- A. геморрагический инсульт в анамнезе;
  - B. кровотечения, геморрагические диатезы;
  - C. перелом шейки бедра;
  - D. злокачественные новообразования.
74. Относительными противопоказаниями к тромболитической терапии являются все, кроме:
- A. тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
  - B. беременность;
  - C. хирургические вмешательства в течение последних 3 недель;
  - D. транзиторная ишемическая атака в течение последних 6 месяцев;
  - E. подозрение на расслаивающую аневризму аорты.
75. Для купирования какого вида аритмии широко применяют вагусное воздействие на сердце (надавливание на глазные яблоки, массаж каротидного синуса)?
- A. фибрилляция желудочков;
  - B. фибрилляция предсердий;
  - C. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия;
  - D. пароксизмальная желудочковая тахикардия;
  - E. синусовая брадикардия.
76. Персистирующая фибрилляция предсердий - это ...
- A. длительность эпизода ФЭ[ от 48 ч. до 7 дней;
  - B. длительность эпизода ФЭ[ более 7 дней;
  - C. длительность эпизода ФЭ[ больше 1 года;
  - D. длительность эпизода ФЭ[ неуточненной давности.
77. Для какого вида аритмии наиболее эффективной является электрическая дефибрилляция?
- A. фибрилляция желудочков;
  - B. наджелудочковая тахикардия;
  - C. фибрилляция предсердий;
  - D. синусовая брадикардия.
78. Выберите правильное соотношение числа компрессий на грудную клетку и числа вдохов при проведении сердечно-легочной реанимации:
- A. 15:2;
  - B. 5:1;
  - C. 30:2;
  - D. 100:2.
79. К какой группе антиаритмических препаратов относится амиодарон?
- A. блокаторы кальциевых каналов;
  - B. блокаторы натриевых каналов;
  - C. Р-адреноблокаторы;
  - D. блокаторы калиевых каналов.
80. Для хронической сердечной недостаточности не характерно:
- A. одышка;
  - B. ортопноэ;

- C. смещение верхушечного толчка влево;  
D. повышение температуры тела.
81. Ревматоидный фактор - это...
- A. антитела к измененным Ig G, которые секретируют плазматические клетки;
  - B. антитела класса Ig G к клеткам синовиальной оболочки;
  - C. макрофаги совместно с молекулами II класса HLA-системы;
  - D. иммунные комплексы при ревматоидном артрите.
82. Кашель с выделением пенистой розовой мокроты, kloкочущее дыхание характерно для:
- A. альвеолярного отека легких;
  - B. интерстициального отека легких.
83. Хроническая сердечная недостаточность ПБ характеризуется:
- A. постоянным наличием симптомов сердечной недостаточности и дистрофическими изменениями органов и тканей;
  - B. отсутствием признаков недостаточности кровообращения (одышка, тахикардия, цианоз) в покое и появлением их только при физической нагрузке;
  - C. тотальной сердечной недостаточностью с застоем в обоих кругах кровообращения;
  - D. признаками застоя в одном круге кровообращения - недостаточность может быть левожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, приступы сердечной астмы, «застойные» хрипы в легких) или правожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, набухание шейных вен, гепатомегалия, периферические и полостные отеки).
84. Хроническая сердечная недостаточность ПА характеризуется:
- A. постоянным наличием симптомов сердечной недостаточности и дистрофическими изменениями органов и тканей;
  - B. отсутствием признаков недостаточности кровообращения (одышка, тахикардия, цианоз) в покое и появлением их только при физической нагрузке;
  - C. тотальной сердечной недостаточностью с застоем в обоих кругах кровообращения;
  - D. признаками застоя в одном круге кровообращения - недостаточность может быть левожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, приступы сердечной астмы, «застойные» хрипы в легких) или правожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, набухание шейных вен, гепатомегалия, периферические и полостные отеки).
85. Хроническая сердечная недостаточность I характеризуется:
- A. постоянным наличием симптомов сердечной недостаточности и дистрофическими изменениями органов и тканей;
  - B. отсутствием признаков недостаточности кровообращения (одышка, тахикардия, цианоз) в покое и появлением их только при физической нагрузке;
  - C. тотальной сердечной недостаточностью с застоем в обоих кругах кровообращения;\*
  - D. признаками застоя в одном круге кровообращения - недостаточность может быть левожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, приступы сердечной астмы, «застойные» хрипы в легких) или правожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, набухание шейных вен, гепатомегалия, периферические и полостные отеки).
86. Хроническая сердечная недостаточность III характеризуется:
- A. постоянным наличием симптомов сердечной недостаточности и дистрофическими изменениями органов и тканей;
  - B. отсутствием признаков недостаточности кровообращения (одышка, тахикардия, цианоз) в покое и появлением их только при физической нагрузке;
  - C. тотальной сердечной недостаточностью с застоем в обоих кругах кровообращения;
  - D. признаками застоя в одном круге кровообращения - недостаточность может быть левожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, приступы сердечной астмы, «застойные»



хрипы в легких) или правожелудочковой (одышка, цианоз, тахикардия, набухание шейных вен, гепатомегалия, периферические и полостные отеки).

87. Признаками I рентгенологической стадии ревматоидного артрита являются:
- A. сужение суставной щели;
  - B. околосуставной остеопороз;
  - C. множественные эрозии, подвывихи в суставах;
  - D. костные анкилозы.
88. Признаками II рентгенологической стадии ревматоидного артрита являются:
- A. околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные эрозии;
  - B. околосуставной остеопороз;
  - C. множественные эрозии, подвывихи в суставах;
  - D. костные анкилозы.
89. Признаками III рентгенологической стадии ревматоидного артрита являются:
- A. сужение суставной щели, единичные эрозии;
  - B. околосуставной остеопороз;
  - C. остеопороз, сужение суставной щели, множественные эрозии, подвывихи в суставах;
  - D. костные анкилозы.
90. Признаками IV рентгенологической стадии ревматоидного артрита являются:
- A. сужение суставной щели, единичные эрозии;
  - B. околосуставной остеопороз;
  - C. множественные эрозии, подвывихи в суставах;
  - D. костные анкилозы, подвывихи в суставах, множественные эрозии.
91. Диагностическим критерием ревматоидного артрита является утренняя скованность не менее:
- A. 30 мин;
  - B. 1 часа;
  - C. 1 суток;
  - D. 2 часов.
92. При ревматоидном артрите поражаются все суставы, кроме:
- A. проксимальные межфаланговые;
  - B. пястно-фаланговые;
  - C. тазобедренные;
  - D. лучезапястные.
93. Ревматоидные узелки могут локализоваться в любых из названных областей, кроме:
- A. локоть, разгибательные стороны предплечья;
  - B. ладони и подошвы;
  - C. тыл межфаланговых и пястнофаланговых суставов;
  - D. в толще пяточного сухожилия;
  - E. на наружной поверхности коленного сустава.
94. В диагностические критерии ревматоидного артрита не входит:
- A. утренняя скованность не менее 1 часа;
  - B. ревматоидные узелки;
  - C. ревматоидный фактор в сыворотке крови;
  - D. гематологические нарушения (лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения).
95. Для волчаночного артрита характерно:
- A. симметричный неэрозивный полиартрит;
  - B. симметричный эрозивный полиартрит;

- С. утренняя скованность;  
D. поражение крупных суставов с формированием контрактур.
96. Какой путь введения ГКС предпочтительнее у пациентов с БА:  
A. пероральный;  
B. в/в;  
C. ингаляционный;  
D. в/м.
97. Среднесуточная доза иГКС при тяжелом течении БА:  
A. 200-400 мкг/сут;  
B. 400-800 мкг/сут;  
C. 1000-1200 мкг/сут.
98. Диагноз БА вероятен если после ингаляции салбутамолом ОФВ1 выше на:  
A. 12-15%;  
B. 25-30%;  
C. 18-20%;  
D. 5-10%.
99. Какова эффективность лечения атипичной пневмонии Р-лактамами АБ:  
A. средняя;  
B. неэффективная;  
C. слабая;  
D. высокая.
100. Для пневмонии характерны следующие синдромы:  
A. бронхообструктивный;  
B. болевой (за грудиной);  
C. интоксикационный;  
D. анемический.
101. Патогномичный признак фибринозного (сухого) плеврита:  
A. притупление перкуторного звука в зоне фибринозных наложений;  
B. крепитация на стороне поражения;  
C. шум трения перикарда;  
D. шум трения плевры;  
E. рентген-затенение на стороне поражения.
102. Какой вид бактериальной флоры является преимущественной причиной нозокомиальных (госпитальных) пневмоний:  
A. Гр+;  
B. Гр-;  
C. Анаэробы.
103. Средняя суточная доза иГКС при среднетяжелом течении БА:  
A. 200-400 мкг/сут;  
B. 400-800 мкг/сут;  
C. 1000-1200 мкг/сут.
104. Экссудативный плеврит чаще возникает при:  
A. полисегментарной пневмонии;  
B. долевой пневмонии;

- С. атипичной микоплазменной пневмонии;  
D. очаговой.
105. Что обозначает термин хилоторакс:  
A. скопление в плевральной полости гноя;  
B. скопление в плевральной полости лимфы;  
C. скопление в плевральной полости крови;  
D. скопление в плевральной полости экссудата.
106. «Ступенчатый» подход в лечении пневмонии предполагает:  
A. перевод больного с лечения одним антибиотиком на другой спустя 10 дней;  
B. перевод больного на амбулаторное долечивание после курса лечения в стационаре;  
C. перевод больного на лечение энтеральными формами эффективного антибиотика с внутривенной формы после улучшения клинического состояния;  
D. постепенное включение в схему терапии отхаркивающих средств, НПВС, методов ФТЛ, массажа.
107. Нозокомиальная пневмония это -  
A. пневмония, развившаяся через 48 часов и более после госпитализации;  
B. пневмония, развившаяся в первый день после госпитализации;  
C. пневмония, развившаяся после посещения дома престарелых;  
D. пневмония, развившаяся через 5 недель после выписки из стационара.
108. Верно ли утверждение: боли в грудной клетке наиболее характерны для очаговой пневмонии.  
A. да;  
B. нет.
109. Аспирация это -  
A. размножение бактериальной флоры в нижних дыхательных путях;  
B. заброс желудочного содержимого в пищевод;  
C. заброс желудочного содержимого в нижние дыхательные пути.
110. Укажите основной рентгенологический признак крупозной пневмонии?  
A. гомогенное затемнение или инфильтрация соответственно доле;  
B. картина ателектаза;  
C. тяжистый легочный рисунок;  
D. очаговые тени;  
E. диффузное снижение прозрачности.
111. Для двусторонней нижнедолевой пневмонии в стадию разрешения, в отличие от застойных явлений в легких, характерны следующие признаки, кроме:  
A. незвонкие влажные хрипы в нижне-задних отделах;  
B. звонкие влажные хрипы;  
C. боли при дыхании;  
D. очаговые тени;  
E. шум трения плевры.
112. Для синдрома скопления жидкости в плевральной полости не характерно:  
A. положение больного на "больном" боку;  
B. усиление голосового дрожания;  
C. перкуторный тупой звук;  
D. дыхание не проводится.
113. Если пневмония продолжается более 4-х недель, то течение расценивают, как

- A. острое;
- B. хроническое;
- C. затяжное;
- D. рецидивирующее.

114. Причинами затяжного течения пневмонии являются:

- A. тяжелые сопутствующие заболевания;
- B. злоупотребление алкоголем;
- C. пожилой и старческий возраст;
- D. курение;
- E. все перечисленные факторы;
- F. ничего из перечисленного.

115. Для экссудативного плеврита не характерно:

- A. относительная плотность экссудата 1005;
- B. содержание белка свыше 30 г/л;
- C. положительная проба Ривальта;
- D. воспалительно-интоксикационный синдром;
- E. все перечисленное.

116. Боль при сухом плеврите:

- A. не зависит от вдоха и выдоха;
- B. усиливается при наклоне в здоровую сторону;
- C. усиливается при наклоне в больную сторону;
- D. уменьшается в положении на больном боку.

117. Появление шума трения плевры у больного с экссудативным плевритом свидетельствует о:

- A. рассасывании экссудата;
- B. увеличении количества жидкости в плевральной полости.

118. В приемное отделение поступает пациент злоупотребляющий алкоголем с жалобами на кашель, озноб, плевральную боль в груди и затрудненное дыхание. На рентгенограмме грудной клетки выявлено: правосторонняя верхнедолевая пневмония. Какой из представленных возбудителей наиболее вероятный:

- A. пневмококк;
- B. кишечная палочка;
- C. гемофильная палочка;
- D. клебсиелла;
- E. параинфлюэнция.

119. Появление плеврального выпота наиболее характерно для следующего возбудителя:

- A. гемофильная палочка;
- B. клебсиелла;
- C. пневмококк;
- D. золотистый стафилококк;
- E. легионелла.

120. Для долевой пневмонии в стадию серого опеченения характерно все перечисленное ниже кроме:

- A. притупления перкуторного звука;
- B. ускорение СОЭ и лейкоцитоза;
- C. бронхиального дыхания;
- D. высокой лихорадки;
- E. кашля со ржавой мокротой.

121. Какое из представленных ниже осложнений пневмонии является наиболее опасным для жизни:

- A. миокардит;

- В. инфекционно-токсический шок;
- С. абсцесс легких;
- Д. плеврит;
- Е. ничего из перечисленного.

122. Термином «плеврит» обозначают:

- А. наличие спаечного процесса в плевральной полости;
- В. наличие жидкости в плевральной полости, независимо от этиологии;
- С. воспаление листков плевры с образованием на их поверхности фибрина или скопления экссудата;
- Д. все перечисленное;
- Е. ничего из перечисленного.

123. При пневмонии какой этиологии, из представленных ниже, в клинической картине отмечается наличие желтухи, диареи, менингеальных синдромов?

- А. стафилококк;
- В. хламидия;
- С. микоплазма;
- Д. легионелла;
- Е. кишечная палочка.

124. Больной 50 лет, алкоголик с тяжелым кариесом зубов. В течение 2-х недель слабость, боли в грудной клетке справа. Лихорадка, кашель с гнойной мокротой. На рентгенограмме ОЕК: полость 3 см в диаметре в верхней доле справа, наполненная жидкостью. Наиболее вероятный диагноз:

- А. бронхоэктазы;
- В. абсцесс;
- С. туберкулез ОЕК;
- Д. инфаркт легкого.

125. Препараты выбора при лечении атипичной пневмонии являются:

- А. цефалоспорины 3 и 4 поколений;
- В. пенициллины в комбинации с клавулановой кислотой;
- С. полусинтетические макролиды;
- Д. тетрациклины;
- Е. фторхинолоны.

126. Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является:

- А. *Str. pneumoniae*;
- В. *Klebsiella pneumoniae*;
- С. *Pseudomonas aeruginosa*;
- Д. *S. aureus*.

127. Внебольничная пневмония - это ...

- А. пневмония, возникшая вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированная в первые 48 часов от момента госпитализации;
- В. пневмония, возникшая вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированная через 48 часов и более от момента госпитализации;
- С. пневмония, возникшая вне стационара или ранее 4 недель после выписки из него, или диагностированная через 48 часов от момента госпитализации;
- Д. пневмония, вызванная *Str. pneumoniae*.

128. Симптомами поражения нижних дыхательных путей являются все, кроме:

- А. кашель;
- В. выделение мокроты;
- С. чихание;
- Д. одышка.

129. Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через ... после начала лечения:
- A. 5 дней;
  - B. 48-72 часа;
  - C. 7 дней;
  - D. 10 дней.
130. Правое легкое состоит из:
- A. 3-х долей;
  - B. 2-х долей;
  - C. 1-й доли;
  - D. 5-ти долей.
131. Состояния, предрасполагающие к развитию аспирации все, кроме:
- A. алкоголизм;
  - B. назогастральный зонд;
  - C. судороги;
  - D. хронический отит.
132. Основными возбудителями острого бронхита являются:
- A. вирусы;
  - B. бактерии;
  - C. грибы;
  - D. простейшие.
133. К муколитикам относят все, кроме:
- A. амброксол;
  - B. сальбутамол;
  - C. ацетилцистеин;
  - D. бромгексин.
134. Инспираторная одышка - это ...
- A. затруднение вдоха;
  - B. затруднение выдоха;
  - C. затруднение вдоха и выдоха;
  - D. появление кашля при выдохе.
135. Экспираторная одышка - это ...
- A. затруднение вдоха;
  - B. затруднение выдоха;
  - C. затруднение вдоха и выдоха;
  - D. появление кашля при выдохе.
136. Для приступа бронхиальной астмы характерна следующая аускультативная картина:
- A. шум трения плевры;
  - B. шум трения перикарда;
  - C. влажные крупнопузырчатые хрипы;
  - D. сухие свистящие хрипы;
  - E. влажные мелкопузырчатые хрипы;
  - F. крепитация.
137. В какую фазу дыхания выслушивается шум трения плевры?
- A. на вдохе;
  - B. на выдохе;
  - C. на высоте вдоха;
  - D. в конце выдоха;

Е. на вдохе и на выдохе.

138. В какую фазу дыхания выслушивается крепитация?

- А. на вдохе;
- В. на выдохе;
- С. на вдохе и на выдохе;
- Д. на высоте выдоха.

139. Чем отличается крепитация от мелкопузырчатых хрипов?

- А. возникает на вдохе;
- В. возникает на выдохе;
- С. возникает на вдохе и на выдохе;
- Д. ничем не отличается.

140. Форсированный выдох при аускультации легких используется с целью...

- А. отличия сухих хрипов от влажных;
- В. отличия крепитации от мелкопузырчатых хрипов;
- С. выявления скрытой бронхиальной обструкции;
- Д. лучшего выслушивания шума трения плевры.

141. Отделение профилактики включает все, кроме:

- А. кабинет доврачебного приема;
- В. процедурный кабинет;
- С. кабинет формирования здорового образа жизни;
- Д. смотровые кабинеты (мужской и женский);
- Е. прививочный кабинет.

142. Диспансерное наблюдение - это ...

- А. система мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний или факторов риска их возникновения, их лечение, оценку состояния здоровья граждан;
- В. система мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья граждан;
- С. система мероприятий, направленных на отбор пациентов для проведения медико-социальной экспертизы;

143. Медицинская карта амбулаторного больного имеет утвержденную форму:

- А. 030/у;
- В. 025/у;
- С. 060/у;
- Д. 131/у-Д.

144. На каждого гражданина обратившегося в организацию здравоохранения заполняются:

- А. учетная форма 131/у-Д (карта учета диспансерного наблюдения);
- В. форма 060/у;
- С. санаторно-курортная карта;
- Д. форма № 031/у.

145. Сколько выделяется групп по физкультуре (согласно Пост. № 51 МЗ РБ от 01.06.11)

- А. 1;
- В. 2;
- С. 3;
- Д. 4;
- Е. не выделяется.

146. В состав ВКК входят все, кроме:

- А. заведующий отделением;

- В. лечащий врач;
- С. зам. главврача по МСЭ и РТ;
- Д. зам. главврача по лечебной работе.

147. Сколько выделяется диспансерных групп (согласно Пост. № 51 МЗ РБ от 01.06.11)

- А. 1;
- В. 2;
- С. 3;
- Д. 4;
- Е. 36.

148. К основным факторам риска в группе ДП отнесены все, кроме:

- А. избыточная масса тела;
- В. повышенное давление;
- С. курение;
- Д. дислиппротеидемия;
- Е. деформация грудной клетки;
- Ф. часто и длительно болеющие.

149. К медицинским критериям для оценки трудоспособности можно отнести:

- А. сменный характер труда;
- В. длительность рабочего времени;
- С. ссадина на левом локте;
- Д. острый пиелонефрит;
- Е. хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

150. Экспертизу временной нетрудоспособности в поликлинике осуществляет:

- А. медико-реабилитационно экспертная комиссия;
- В. врачебно-консультативная комиссия;
- С. военно-врачебная комиссия;
- Д. дежурный врач по стационару;
- Е. заместитель главного врача по медицинской экспертизе и реабилитации.

151. К функциям листка нетрудоспособности можно отнести:

- А. статическая, медицинская, финансовая;
- В. статистическая, ограничительная, медицинская, юридическая;
- С. статистическая, медицинская, финансовая;
- Д. стабилизирующая, медицинская, финансовая.

152. Для выдачи листка нетрудоспособности пациенту обратившемуся за медицинской помощью в организацию здравоохранения вне места постоянного обслуживания необходимо разрешение:

- А. лечащего врача;
- В. врача отделения профилактики;
- С. заведующего отделением;
- Д. заместителя главного врача по административно-хозяйственной части;
- Е. главного врача.

153. Не имеют права выдачи листка нетрудоспособности:

- А. лечащий врач;
- В. врач приемного отделения;
- С. врачебно-консультативная комиссия в определенных случаях;
- Д. студент 6-курса медицинского университета по специальному приказу МЗ РБ.\

154. Основанием для выдачи листка нетрудоспособности не может быть:

- А. заболевание или травма;
- В. уход за ребенком в возрасте до 3-х лет в случае прогула матери;



- C. уход за ребенком в возрасте до 3-х лет в случае болезни матери;
- D. уход за больным членом семьи.

155. Справка временной нетрудоспособности выдается:

- A. частным предпринимателям;
- B. лицам осуществляющим уход за здоровым ребенком в возрасте до 3-х лет в случае болезни матери;
- C. майору милиции;
- D. ассистенту кафедры ВУЗа.

156. На какой максимальный период времени одновременно, единолично лечащим врачом листок нетрудоспособности может быть выдан:

- A. 3 дня;
- B. 6 дней;
- C. 9 дней;
- D. 10 дней.

157. На какой максимальный период времени совместно с заведующим отделения лечащий врач может продлевать листок нетрудоспособности:

- A. до 1 года;
- B. до 20 календарных дней;
- C. до 30 календарных дней;
- D. до 60 календарных дней.

158. Сроки предоставления пациента на ВКК для решения вопроса о продлении листка нетрудоспособности:

- A. 15, 30, 45 календарных дней;
- B. 30, 60, 90 календарных дней;
- C. 60, 90, 150 календарных дней;
- D. 60, 120, 150 календарных дней.

159. Листок или справка временной нетрудоспособности за прошедшие дни могут быть выданы

- A. ВКК;
- B. МРЭК;
- C. лечащим врачом;
- D. врачом приемного отделения;
- E. врачом скорой медицинской помощи.

160. В строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» как основная причина для выдачи последнего не может быть указано:

- A. заболевание общее;
- B. травма в быту;
- C. алкогольное опьянение;
- D. карантин.

161. Вид режима указывающийся в строке листка нетрудоспособности «Режим»:

- A. поликлинический;
- B. амбулаторный;
- C. госпитальный;
- D. лежачий.

162. Обязательно ли для установления диагноза хронический гастрит наличие клинических проявлений:

- A. обязательно;
- B. клинических проявлений может не быть.

163. «Золотым» стандартом диагностики хронического гастрита является:
- A. данные клинической картины;
  - B. данные ФГДС с биопсией;
  - C. данные физикальных обследований;
  - D. данные лабораторной диагностики.
164. Основной причиной хронического гастрита является:
- A. E. coli;
  - B. алкоголь;
  - C. НПВС;
  - D. H. pylori.
165. Аутоиммунный хронический гастрит чаще встречается:
- A. у мужчин;
  - B. у женщин;
  - C. у детей.
166. К факторам агрессии в патогенезе хронического гастрита и язвы желудка (12-типерстной кишки) можно отнести:
- A. прямое механическое и термическое повреждение пищей;
  - B. прямое механическое действие H. pylori;
  - C. косвенное действие погоды;
  - D. бикарбонатный слой в слизистой желудка.
167. К факторам защиты слизистой желудка можно отнести:
- A. адекватная трофика тканей;
  - B. адекватная реакция H. pylori на прием пищи;
  - C. дуодено-гастральный рефлюкс;
  - D. нормальная микрофлора слизистой желудка.
168. Оптимальной рН для жизнедеятельности H. pylori является:
- A. 1,0 -3,0;
  - B. 3,0-6,0;
  - C. 6,0-9,0.
169. К синонимам хронического неатрофического гастрита можно отнести:
- A. гастрит типа А;
  - B. гастрит типа В;
  - C. гастрит типа С;
  - D. смешанный гастрит.
170. Хьюстонская классификация хронического гастрита основана на:
- A. клинической картине заболевания;
  - B. функциональной картине заболевания;
  - C. морфолого-функциональной картине заболевания;
  - D. клинико-морфологической картине заболевания.
171. Верно ли утверждение что для морфологического исследования слизистой желудка согласно классификации OLGA рекомендовано изучение не менее 5 гастробиоптатов: один из угла желудка, три - из тела, один - из антрума.
- A. утверждение верно;
  - B. утверждение не верно.
172. К нормальному отношению пепсиногена I/пепсиногену II у здорового человека можно отнести:
- A. > 1,5;

- B. < 1,5;
- C. >2,5;
- D. <2,5.

173. К не инвазивным методам диагностики *H. pylori* можно отнести:

- A. методы требующие изучения гастробиоптата;
- B. методы не требующие изучения гастробиоптата;
- C. быстрый уреазный тест (Хелпил-тест).

174. В заключении гистолога в строке наличие *H. pylori* указан один плюс. Что это значит?

- A. необходимо изучение гастробиоптата на наличие *H. pylori*;
- B. было обнаружено до 50 микробных тел в поле зрения;
- C. было обнаружено до 20 микробных тел в поле зрения;
- D. необходимо определение наличия антител к *H. pylori* в крови.

175. На значительную инфицированность материала *H. pylori* - инфекцией при проведении быстрого уреазного теста указывает:

- A. появление окраски раствора с индикатором к концу суток;
- B. появление окраски раствора с индикатором в течение 2 часов;
- C. окрашивание наступает позже, чем через сутки;
- D. правильного ответа нет.

176. Верно ли утверждение, что уреазный дыхательный тест основан на определении способности фермента уреазы разрушать мочевины в гастробиоптате?

- A. утверждение верно;
- B. утверждение не верно.

177. Наличие какого компонента в выдыхаемом воздухе определяется при проведении уреазного дыхательного теста?

- A. углекислого газа;
- B. аммиака;
- C. мочевины;
- D. бикарбоната натрия.

178. Можно ли, для выявления *H. pylori* - инфекции, рекомендовать определение антигенов в кале?

- A. нельзя, т.к. данный метод является не информативным;
- B. можно, т.к. данный метод является высокоточным;

179. Какой метод определения *H. pylori* более информативен в случае если пациент принимает ингибиторы протонной помпы?

- A. уреазный дыхательный тест;
- B. быстрый уреазный тест;
- C. **ГПР** диагностика;
- D. серологическая диагностика крови;
- E. определение антигенов *H. pylori* в кале.

180. «Золотым» стандартом диагностики *H. pylori* инфекции является:

- A. быстрый уреазный тест;
- B. уреазный дыхательный тест;
- C. бактериоскопия гастробиоптата;
- D. серологическая диагностика крови.

181. В норме у здорового человека рН желудочного содержимого составляет (по Логинову А.С. 1986):

- A. 1,3 -1,7;

- В. 1,7 -3,0;
- С. 3,0-6,0.

182. Для лечения хронического неатрофического гастрита можно применять:

- А. блокаторы протонной помпы;
- В. натуральный желудочный сок;
- С. нестероидные противовоспалительные препараты;
- Д. препараты наперстянки.

183. Какие препараты входят в тройную стандартную терапию для эрадикации *H. pylori*?

- А. ингибитор протонной помпы, метоклопрамид, кларитромицин;
- В. ингибитор протонной помпы, левофлоксацин, амоксициллин;
- С. ингибитор протонной помпы, амоксициллин, кларитромицин;
- Д. блокатор  $H_2$  - гистаминовых рецепторов, метоклопрамид, кларитромицин;
- Е. блокатор  $H_2$  - гистаминовых рецепторов, левофлоксацин, амоксициллин;
- Ф. блокатор  $H_2$  - гистаминовых рецепторов, амоксициллин, кларитромицин.

184. Согласно Маастрихт - 4, для улучшения результатов тройной стандартной эрадикационной терапии *H. pylori* может быть использовано:

- А. дополнительное назначение блокатор  $H_2$  - гистаминовых рецепторов;
- В. увеличение длительности терапии с 7 до 10-14 дней;
- С. дополнительное применение антацидов;
- Д. применение препаратов висмута.

185. К язвам среднего размера при классификации в зависимости от размера язвенного дефекта относят:

- А. 0,6 - 1,9 см в диаметре;
- В. 2,0 - 3,0 см в диаметре;
- С. свыше 3,0 см в диаметре.

186. К язвам больших размеров при классификации в зависимости от размера язвенного дефекта относят:

- А. 0,6 - 1,9 см в диаметре;
- В. 2,0 - 3,0 см в диаметре;
- С. свыше 3,0 см в диаметре.

187. «Золотым» стандартом диагностики язвы желудка или двенадцатиперстной кишки является:

- А. данные рентгеноскопии;
- В. данные фибро-гастро-дуоденоскопии;
- С. данные клинической картины;
- Д. данные отоскопии;
- Е. данные колоноскопии.

188. Является ли рН-метрия обязательным методом для установления язвы желудка или 12-перстной кишки?

- А. является;
- В. не является.

189. К симптоматическим язвам желудка можно отнести:

- А. язвы имеющие типичные симптомы;
- В. язвы возникающие на фоне сопутствующей патологии;
- С. язвы возникающие при обязательном выявлении *H. pylori*.

190. К осложнениям язвы желудка и 12-перстной кишки не относятся:

- А. кровотечение;
- В. пропадение;

- C. прободение;
- D. пенетрация;
- E. малигнизация.

191. Основным условием для рубцевания язвы желудка является:

- A. эрадикация *H. pylori*;
- B. назначение вяжущих средств;
- C. pH более 3 около 18 часов в сутки;
- D. pH менее 3 около 18 часов в сутки.

192. Основная группа препаратов для лечения язвы желудка:

- A. антациды;
- B. блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов;
- C. блокаторы протонной помпы;
- D. антибиотики для эрадикации *H. pylori*.

193. Характерным для хронического гепатита является, то что воспалительно-дистрофические изменения в печени должны наблюдаться не менее:

- A. 1 месяца без тенденции к улучшению;
- B. 3 месяцев без тенденции к улучшению;
- C. 6 месяцев без тенденции к улучшению;
- D. 9 месяцев без тенденции к улучшению.

194. Степень активности хронического гепатита согласно Лос-Анжелесской классификации 1994 года устанавливается по уровню:

- A. АСТ;
- B. АЛТ;
- C. ГГТП;
- D. ЩФ;
- E. ферритин.

195. Хронический активный гепатит отличается от хронического персистирующего гепатита на основании наличия в биопсийном материале:

- A. очагов инфильтрации;
- B. очагов некроза;
- C. расширения портальных трактов;
- D. признаков холестаза.

196. Желтуха, как проявление хронического гепатита, чаще может быть выявлена при уровне общего билирубина:

- A. менее 21,5 мкмоль/л;
- B. 21,5 - 34,2 мкмоль/л;
- C. более 34,2 мкмоль/л.

197. В первую очередь проявления желтухи можно выявить:

- A. на животе;
- B. на ладонях;
- C. на склерах;
- D. на ногтях.

198. Ксантомы - это подкожные образования связанные с повышенным уровнем:

- A. фибрина;
- B. эстрогенов;
- C. альбумина;
- D. липидов.

199. Наиболее ранним проявлением холестаза является:
- А. иктеричность склер;
  - В. пальмарная эритема;
  - С. кожный зуд;
  - Д. ксантомы;
  - Е. асцит;
  - Ф. геморрагии.
  - Г. «малиновый язык»;
  - Н. гинекомастия;
  - І. телеангиоэктазия.
200. Повышение уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, сывороточного железа в сыворотке крови являются наиболее характерными проявлениями:
- А. синдрома мезенхимального воспаления;
  - В. синдрома холестаза;
  - С. синдрома цитолиза;
  - Д. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
  - Е. синдрома портальной гипертензии.
201. Снижение уровня тромбоцитов, эритроцитов, наличие асцита, спленомегалии, варикозного расширения вен пищевода, расширения подкожных вен живота являются наиболее характерными проявлениями:
- А. синдрома мезенхимального воспаления;
  - В. синдрома холестаза;
  - С. синдрома цитолиза;
  - Д. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
  - Е. синдрома портальной гипертензии.
202. Снижение уровня общего белка, альбумина, факторов свертывания, холестерина, возможным снижением трансаминаз, увеличением содержания неконъюгированного билирубина в сыворотке крови, печеночным запахом изо рта являются наиболее характерными проявлениями:
- А. синдрома мезенхимального воспаления;
  - В. синдрома холестаза;
  - С. синдрома цитолиза;
  - Д. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
  - Е. синдрома портальной гипертензии.
203. Повышение уровня конъюгированного билирубина, общего холестерина, щелочной фосфатазы, кожный зуд, потемнение мочи, осветление кала являются наиболее характерными проявлениями:
- А. синдрома мезенхимального воспаления;
  - В. синдрома холестаза;
  - С. синдрома цитолиза;
  - Д. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
  - Е. синдрома портальной гипертензии.
204. Повышение уровня лейкоцитов, общего белка, альфа и гамма -глобулинов, показателей тимоловой пробы, гепатоспленомегалия, повышение температуры тела являются наиболее характерными проявлениями:
- А. синдрома мезенхимального воспаления;
  - В. синдрома холестаза;
  - С. синдрома цитолиза;
  - Д. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
  - Е. синдрома портальной гипертензии.
205. Проявлением хронического гепатита на гепатограмме зарегистрированной над областью печени при радиоизотопной гепатографии является:



- В. более 1;
  - С. менее 2
  - Д. более 2.
215. Для хронического гепатита алкогольной этиологии характерно:
- А. употребление алкоголя в дозе 10-20 г/сут;
  - В. наличие телец Мелори в биоптате печени;
  - С. увеличенное количество митохондрий в печени;
  - Д. наличие повышенного антинуклеарного фактора.
216. Синдром Жильбера чаще встречается:
- А. у женщин;
  - В. у мужчин;
  - С. одинаково часто у мужчин и женщин.
217. Наиболее типичным проявлениям синдрома Жильбера в биохимическом анализе крови можно отнести:
- А. повышенное содержание трансаминаз;
  - В. повышенное содержание ЩФ;
  - С. повышенное содержание непрямого билирубина;
  - Д. снижение белковых фракций.
218. Для диагностики доброкачественной гипербилирубинемии может быть использована:
- А. проба с никотиновой кислотой;
  - В. проба с калием хлоридом;
  - С. проба с бета -адреноблокатором;
  - Д. проба Вальсальвы.
219. Цирроз печени отличается от хронического гепатита наличием:
- А. наличием лимфо-гистиоцитарной инфильтрации в прилежащих к печени тканях;
  - В. наличием узлов регенерации в печени;
  - С. наличием ступенчатых и мостовидных некрозов;
  - Д. наличием признаков холестаза.
220. Основной этиологической причиной хронического гепатита и цирроза печени являются:
- А. болезни нарушения обмена (гемохроматоз, болезнь Вильсона, недостаточность альфа1-антитрипсина);
  - В. аутоиммунные нарушения;
  - С. криптогенные причины;
  - Д. вирусные гепатиты и хроническое употребление алкоголя.
221. Для алкогольного цирроза наиболее характерно наличие узлов регенерации следующих размеров:
- А. 0,5 - 1 мм;
  - В. 1-3 мм;
  - С. 3-6 мм;
  - Д. различные размеры узлов.
222. Согласно классификации цирроза по Child-Turcotte-Pugh выделяют сколько классов тяжести:
- А. 2;
  - В. 3;
  - С. 4;
  - Д. 5.
223. Для определения класса тяжести цирроза печени по классификации Child-Turcotte-Pugh учитывают такие показатели как (укажите наиболее полный ответ):



- A. уровень эритроцитов, тромбоцитов, билирубина, мочевины, наличия варикозного расширения вен пищевода;
- B. уровень трансаминаз, альбумина, билирубина, протромбинового индекса, наличие и выраженности асцита;
- C. уровень билирубина, альбумина, протромбинового индекса, наличие и выраженности энцефалопатии и асцита;
- D. уровень трансаминаз, альбумина, ферритина, наличие «головы медузы», пальмарной эритемы, контрактуры Деппюитрена.

224. К осложнениям цирроза печени можно отнести:

- A. спонтанный бактериальный пиелонефрит;
- B. печеночная энцефалопатия;
- C. симптоматический эритроцитоз;
- D. болезнь Толочинова - Роже;
- E. фибрилляция предсердий.

225. Верно ли утверждение что для лечения печеночной энцефалопатии целесообразно ограничение поступления белка с пищей:

- A. утверждение верно;
- B. утверждение не верно;
- C. утверждение верно только для поступления животного белка.

226. Как для первичной так и для вторичной профилактики кровотечений из расширенных вен пищевода можно назначать:

- A. ацетилсалициловую кислоту;
- B. ингибиторы фосфодиэстеразы;
- C. бета-адреноблокаторы;
- D. сартаны.

227. Консервативное лечение асцита не предполагает:

- A. ограничение потребления жидкости;
- B. ограничение потребления поваренной соли;
- C. проведение парацентеза;

- D. применение диуретиков.
228. Какое излучение не относится к числу ионизирующих излучений?  
A. рентгеновские лучи;  
B. инфракрасное излучение;  
C. альфа-частицы;  
D. бета-частицы.
229. Какие клетки являются наиболее чувствительными к ионизирующему излучению?  
A. тромбоциты;  
B. эритроциты;  
C. нервные клетки;  
D. лимфоциты.
230. При какой дозе облучения возникает ОЛБ?  
A. более 1 Гр;  
B. более 10 Гр;  
C. более 20 Гр;  
D. более 30 Гр.
231. К форме острой лучевой болезни не относится:  
A. кишечная;  
B. желудочная;  
C. костно-мозговая;  
D. токсемическая.
232. При агранулоцитозе наблюдается падение числа гранулоцитов:  
A. ниже  $4 \cdot 10^9$ /л;  
B. ниже  $3 \cdot 10^9$ /л;  
C. ниже  $2 \cdot 10^9$ /л;  
D. ниже  $1 \cdot 10^9$ /л.
233. Какие клетки являются наименее чувствительными к ионизирующему излучению?  
A. тромбоциты;  
B. лейкоциты;  
C. эритроциты;  
D. нервные клетки.
234. Величина пробега бета-излучения в биологической ткани составляет:  
A. микрометры;  
B. миллиметры;  
C. сантиметры;  
D. метры;  
E. говорить о величине пробега некорректно так как электро-магнитно волновое излучение способно лишь ослабевать в определенное количество раз при прохождении через вещество.
235. Величина пробега альфа-излучения в биологической ткани составляет:  
A. микрометры;  
B. миллиметры;  
C. сантиметры;  
D. метры;  
E. говорить о величине пробега некорректно так как электро-магнитно волновое излучение способно лишь ослабевать в определенное количество раз при прохождении через вещество.
236. Величина пробега гамма-излучения в биологической ткани составляет:

- A. микрометры;
- B. миллиметры;
- C. сантиметры;
- D. метры;
- E. говорить о величине пробега некорректно так как электро-магнитно волновое излучение способно лишь ослабевать в определенное количество раз при прохождении через вещество.

237. Величина пробега рентгеновского излучения в биологической ткани составляет:

- A. микрометры;
- B. миллиметры;
- C. сантиметры;
- D. метры;
- E. говорить о величине пробега некорректно так как электро-магнитно волновое излучение способно лишь ослабевать в определенное количество раз при прохождении через вещество.

238. Биологическое действие ионизирующего излучения может быть представлено всеми следующими стадиями кроме:

- A. химико-биологическая;
- B. физико-химическая;
- C. биологическая;
- D. химическая;
- E. физическая.

239. Е[ри косвенном действии ИИ:

- A. молекула претерпевает изменения непосредственно при взаимодействии с ионизирующим излучением;
- B. молекула непосредственно не поглощает энергию от ионизирующих излучений, а получает её от других молекул.

240. Кислородный эффект это:

- A. усиление восстановления в биологической ткани в присутствии кислорода по сравнению с анаэробными условиями;
- B. усиление лучевого повреждения в биологической ткани в присутствии кислорода по сравнению с анаэробными условиями.

241. К ближайшим реакциям клетки на воздействие ионизирующего излучения можно отнести все кроме:

- A. радиационный блок митозов;
- B. митотическая гибель клетки;
- C. интерфазный блок митозов;
- D. интерфазная гибель клетки.

242. Показателем выживаемости клетки после воздействия ионизирующего излучения является ее способность проходить:

- A. 3 и более делений;
- B. 4 и более делений;
- C. 5 и более делений;
- D. нет правильного ответа.

243. Правило Бергонье-Трибондо гласит:

- A. радиочувствительность ткани обратно пропорциональна пролиферативной активности и прямо пропорциональна степени дифференцировки составляющих ее клеток;
- B. радиочувствительность ткани прямо пропорциональна пролиферативной активности и обратно пропорциональна степени дифференцировки составляющих ее клеток;
- C. радиочувствительность ткани обратно пропорциональна пролиферативной активности и

степени дифференцировки составляющих ее клеток;

- D. радиочувствительность ткани прямо пропорциональна пролиферативной активности и степени дифференцировки составляющих ее клеток.

244. Верно ли утверждение, что церебральная форма острой лучевой болезни развивается если поглощенная доза составит 20 - 80 Гр?

- A. утверждение верно;  
B. утверждение не верно.

245. Верно ли утверждение, что токсемическая форма острой лучевой болезни развивается если поглощенная доза составит 20 - 80 Гр?

- A. утверждение верно;  
B. утверждение не верно.

246. Верно ли утверждение, что костно-мозговая форма острой лучевой болезни развивается если поглощенная доза составит 1 - 10 Гр?

- A. утверждение верно;  
B. утверждение не верно.

247. Верно ли утверждение, что кишечная форма острой лучевой болезни развивается если поглощенная доза составит 20 - 40 Гр?

- A. утверждение верно;  
B. утверждение не верно.

248. Сколько периодов выделяют в течение костно-мозговой формы острой лучевой болезни?

- A. 2;  
B. 3;  
C. 4;  
D. 5.

249. К периодам костно-мозговой формы острой лучевой болезни можно отнести:

- A. первичной острой реакции, мнимого благополучия, разгара болезни;  
B. легкий, средней тяжести, тяжелый, крайне тяжелый;  
C. формирования, восстановления, исходов и последствий.

250. Основным показателем для установления степени тяжести острой лучевой болезни в фазу первичной острой реакции периода формирования являются:

- A. рвота, гиперемия кожи;  
B. снижение лейкоцитов (агранулоцитоз) и тромбоцитов крови;  
C. снижение лимфоцитов и эритроцитов крови;  
D. снижение лимфоцитов и аллопеция;  
E. гиперкинезы и стоматит.

251. Основным показателем для установления степени тяжести острой лучевой болезни в фазу мнимого благополучия периода формирования являются:

- A. рвота, гиперемия кожи;  
B. снижение лейкоцитов (агранулоцитоз) и тромбоцитов крови;  
C. снижение лимфоцитов и эритроцитов крови;  
D. снижение лимфоцитов и аллопеция;  
E. гиперкинезы и стоматит.

252. Основным показателем для установления степени тяжести острой лучевой болезни в фазу разгара болезни периода формирования являются:

- A. рвота, гиперемия кожи;  
B. снижение лейкоцитов (агранулоцитоз) и тромбоцитов крови;  
C. снижение лимфоцитов и эритроцитов крови;

- D. снижение лимфоцитов и аллопеция;
- E. гиперкинезы и стоматит.

253. Основным проявлением фазы раннего восстановления периода формирования острой лучевой болезни является:

- A. появлением рубцов на коже;
- B. началом восстановления периферической крови;
- C. появление жидкого «стула»;
- D. лимфаденопатия;

254. К противорвотным препаратам относятся:

- A. ондансетрон;
- B. цистафос;
- C. этамзилат;
- D. мезим;
- E. аллопуринол;
- F. дигоксин;
- G. аминокaproновая кислота.

255. К гемостатическим относятся следующие препараты:

- A. ондансетрон;
- B. цистафос;
- C. этамзилат;
- D. мезим;
- E. аллопуринол;
- F. дигоксин;

256. К гемостатическим относятся следующие препараты:

- A. ондансетрон;
- B. цистафос;
- C. мезим;
- D. аллопуринол;
- E. дигоксин;
- F. аминокaproновая кислота.

257. Для йодной блокады щитовидной железы можно использовать:

- A. этаперазин;
- B. антиструмин;
- C. кофеин-бензоат натрия;
- D. ондансетрон;
- E. метоклопрамид.

258. С каким из утверждений вы согласны:

- A. во время йодной профилактики прием алкоголя допустим;
- B. во время йодной профилактики прием алкоголя необходим;
- C. во время йодной профилактики прием алкоголя недопустим.

259. 1 Еr соответствует поглощению:

- A. 1Дж энергии 1г вещества;
- B. 1МэВ энергии 1кг вещества;
- C. 1Дж энергии 1кг вещества.

260. Лечение в фазе разгара ОЛБ:

- A. переливание компонентов крови;
- B. оперативное вмешательство, если это необходимо, в течение первых 48 часов;

- C. использование слабительных препаратов для очищения кишечника;
- D. использование препаратов йода для блокады щитовидной железы.

261. Хирургическое лечение в фазу первичной острой реакции ОЛБ должно быть выполнено:

- A. в первые 48 часов;
- B. в первые 72 часа;
- C. в первые 96 часов;
- D. в первые 118 часов.

262. Для желудочно-кишечного радиационного синдрома характерно:

- A. нарушение баланса жидкостей и электролитов в организме человека;
- B. заселение слизистой тонкого кишечника *h.pylori*;
- C. выраженная гибель нервных клеток;
- D. опустошение костного мозга.

263. Согласно критериям ВОЗ 2001 года для анемии характерно (укажите максимальное высокое значение гемоглобина для анемии):

- A. снижение уровня гемоглобина менее 140 г/л у мужчин и 130 г/л у женщин;
- B. снижение уровня гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин;
- C. повышение уровня гемоглобина более 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин;
- D. снижение уровня гемоглобина менее 120 г/л у мужчин и 110 г/л у женщин;

264. В зависимости от патогенеза анемия бывает:

- A. легкая, среднетяжелая, тяжелая;
- B. нормо-, гипо-, гиперрегенераторная;
- C. вследствие кровопотери, нарушения образования эритроцитов и гемоглобина, усиленного кроворазрушения;
- D. макроцитарная, микроцитарная, нормоцитарная;
- E. вследствие кровопотери, нарушения образования эритроцитов и гемоглобина, усиленного кроворазрушения, повышенного синтеза тромбоцитов.

265. Для гипохромной анемии характерным является цветовой показатель:

- A. 2,05;
- B. менее 1,05;
- C. от 1,05 до 2,05;
- D. от 0,8 до 1,05;
- E. менее 0,8;
- F. более 1,05;
- G. более 0,8.

266. Для гиперхромной анемии характерным является цветовой показатель:

- A. 0,05;
- B. менее 1,05;
- C. от 1,05 до 2,05;
- D. от 0,8 до 1,05;
- E. менее 0,8;
- F. более 1,05;
- G. более 0,8.

267. Для нормохромной анемии характерным является цветовой показатель:

- A. 0,05;
- B. менее 1,05;
- C. от 1,05 до 2,05;
- D. от 0,8 до 1,05;
- E. менее 0,8;
- F. более 1,05;

Г. более 0,8.

268. Какая из анемий является самой распространенной:

- А. В12-фолиево дефицитная анемия;
- В. талассемия;
- С. апластическая анемия;
- Д. железодефицитная анемия;
- Е. металлодефицитная анемия.

269. Сколько содержится в организме у здорового человека железа в граммах:

- А. 1-2;
- В. 2-3;
- С. 3-4;
- Д. 5-6.

270. Физиологические потери железа у взрослого человека в сутки составляет:

- А. 0,5 мг;
- В. 1 мг;
- С. 2 мг;
- Д. 3 мг.

271. Причиной дефицита железа в организме могут быть:

- А. прием препаратов калия, кровопотеря, хронические заболевания почек;
- В. целиакия, инфекция *H. pylori*, донорство;
- С. менструации, употребление в пищу печени, резекция тонкого кишечника;
- Д. лактация, вегетарианство, прием сорбифера.

272. Для прелатентного дефицита железа характерно:

- А. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина в сыворотке крови, показатели гемоглобина и железа в норме;
- В. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина, железа в сыворотке крови, показатели гемоглобина в норме;
- С. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина, железа в сыворотке крови, показатели гемоглобина снижены;
- Д. повышение КНТ, снижение ОЖСС, ферритина в сыворотке крови, показатели гемоглобина и железа в норме.

273. Для латентного дефицита железа характерно:

- А. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина в сыворотке крови, показатели гемоглобина и железа в норме;
- В. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина, железа в сыворотке крови, показатели гемоглобина в норме;
- С. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина, железа в сыворотке крови, показатели гемоглобина снижены;
- Д. повышение КНТ, снижение ОЖСС, ферритина в сыворотке крови, показатели гемоглобина и железа в норме.

274. Для железодефицитной анемии характерно:

- А. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина в сыворотке крови, показатели гемоглобина и железа в норме;
- В. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина, железа в сыворотке крови, показатели гемоглобина в норме;
- С. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина, железа в сыворотке крови, показатели гемоглобина снижены;
- Д. повышение КНТ, снижение ОЖСС, ферритина в сыворотке крови, показатели гемоглобина и железа в норме.

275. К синдромам характерным для железодефицитной анемии можно отнести:
- A. гастро-интестинальный;
  - B. церебральный;
  - C. сидеропенический;
  - D. цитологический.
276. «Pica chlorotica» - это:
- A. атрофия сосочков языка;
  - B. трещины в углах рта;
  - C. ломкость ногтей;
  - D. извращение вкуса и обоняния.
277. К показателю наиболее точно отражающему состояние запаса (депо) железа в организме можно отнести:
- A. ОЖСС;
  - B. КНТ;
  - C. ферритин сыворотки крови;
  - D. гемоглобин крови;
  - E. железо сыворотки крови.
278. Выберите показатели крови наиболее точно отражающие изменения при железодефицитной анемии:
- A. ЦП более 0,8, MCH - 35 иг, MCV - 100 фл, RDW менее 16%;
  - B. ЦП более 0,8, MCH менее 24 иг, MCV - 100 фл, RDW более 16%;
  - C. ЦП менее 0,8, MCH менее 35 иг, MCV менее 85 фл, RDW более 16%;
  - D. ЦП менее 0,8, MCH менее 24 иг, MCV менее 85 фл, RDW более 16%.
279. Принципы ферротерапии при железодефицитной анемии:
- A. преимущественное применение парентеральных форм препаратов;
  - B. преимущественное применение коррекции диеты;
  - C. преимущественное применение пероральных форм препаратов;
  - D. преимущественное применение гемотрансфузии.
280. Второй этап ферротерапии проводится для:
- A. восстановления депо железа в организме;
  - B. купирования анемии;
  - C. устранения причины хронической кровопотери;
  - D. эрадикации *H. pylori*.
281. К наиболее ранним из представленных критериев эффективности ферротерапии железодефицитной анемии можно отнести:
- A. повышение уровня гемоглобина;
  - B. ретикулоцитарный криз;
  - C. нормализация уровня ферритина сыворотки крови;
  - D. появление pica chlorotica.
282. Для гемолитических анемий характерны следующие проявления:
- A. нормохромия и ретикулоцитоз в ОАК, увеличение свободного билирубина сыворотки крови, спленомегалия;
  - B. гипохромия и ретикулоцитоз в ОАК, увеличение свободного билирубина сыворотки крови, спленомегалия;
  - C. нормохромия и ретикулоцитоз в ОАК, увеличение аминотрансфераз сыворотки крови, спленомегалия;
  - D. гиперхромия и ретикулоцитоз в ОАК, увеличение свободного билирубина сыворотки крови, спленомегалия.



283. К количественной гемоглинопатии относится:
- A. серповидно клеточная анемия;
  - B. болезнь Минковского-Шофара;
  - C. талассемия;
  - D. акантоцитоз.
284. Наличие дрепаноцитов является проявлением:
- A. серповидно клеточной анемии;
  - B. болезни Минковского-Шофара;
  - C. талассемии;
  - D. акантоцитоза.
285. Может ли наличие камней в желчном пузыре быть проявлением болезни Минковского-Шофара?
- A. может;
  - B. не может.
286. Нормальное значение активности Г-6-ФДГ в эритроцитах:
- A. 1,7-3,9 ЕД/г гемоглобина;
  - B. 3,7-6,9 ЕД/г гемоглобина;
  - C. 6,7-9,9 ЕД/г гемоглобина;
  - D. 9,7-12,9 ЕД/г гемоглобина.
287. Основным патогенетическим лечением аутоиммунных гемолитических анемий является:
- A. назначение глюкокортикостероидов;
  - B. проведение гемотрансфузий;
  - C. назначение энтеросорбентов;
  - D. аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.
288. Основной патогенетической характеристикой мегалобластических анемий является:
- A. нарушение метаболизма мочевины;
  - B. нарушение синтеза ДНК и РНК;
  - C. нарушение метаболизма пропионовой кислоты;
  - D. нарушение синтеза билирубина.
289. Для В<sub>12</sub>-дефицитной анемии в отличие от фолиеводефицитной анемии характерно:
- A. наличие гастроинтестинальных проявлений;
  - B. наличие мегалобластического типа кроветворения;
  - C. наличием неврологических проявлений;
  - D. наличием дефицита витамина В<sub>6</sub>.
290. Для В<sub>12</sub>-дефицитной анемии характерно:
- A. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина в сыворотке крови, гиперхромная анемия, наличие лейкопении и тромбоцитопении;
  - B. гиперхромная анемия, наличие лейкопении и тромбоцитопении, атрофия слизистой ЖКТ;
  - C. нормохромная анемия, наличие лейкопении и тромбоцитопении, атрофия слизистой ЖКТ, тельца Жолли и кольца Кебота;
  - D. гипохромная анемия, ретикулоцитоз, увеличение количества свободного билирубина в сыворотке крови, спленомегалия.
291. Для апластической анемии характерно:
- A. нормохромная анемия, наличие лейкопении и тромбоцитопении;
  - B. нормохромная анемия, наличие лейкопении и тромбоцитопении, атрофия слизистой ЖКТ, тельца Жолли и кольца Кебота;
  - C. гипохромная анемия, увеличение количества свободного билирубина, спленомегалия;

D. повышение ОЖСС, снижение КНТ, ферритина в сыворотке крови, гиперхромная анемия, наличие лейкопении и тромбоцитопении.

292. Гемобластозы - это:

- A. внекостномозговые разрастания бластных клеток;
- B. злокачественные опухоли кроветворной ткани с первичной локализацией в костном мозге;
- C. плюс-ткань, возникающая из одной мутировавшей клетки, плохо контролируемая организмом;
- D. группа опухолей, возникающих из кроветворных клеток.

293. К законам опухолевой прогрессии по Воробьеву А.И. не относятся:

- A. угнетение нормальных ростков кроветворения в костном мозге;
- B. уход лейкозных клеток из-под контроля цитостатической терапии;
- C. появление способности лейкозных клеток расти и размножаться вне органов кроветворения;
- D. появление способности лейкозных клеток расти и размножаться самостоятельно вне организма в условиях внешней среды.

294. Гемобластозы включают в себя:

- A. ганглиомы и тератомы;
- B. лейкозы и гематосаркомы;
- C. анемии и тромбофиллии;
- D. мастоцитомы и астроцитомы.

295. Лейкоз может развиваться из клеток (укажите неверное утверждение):

- A. клеток лимфатического узла;
- B. эритроидного ростка костного мозга;
- C. лимфоидного ростка костного мозга;
- D. мегакариоцитарного ростка костного мозга.

296. Основным проявление острых лейкозов является:

- A. наличие телеце Жоли и колец Кебота в периферической крови;
- B. наличие филадельфийской хромосомы;
- C. наличие базофильно-эозинофильной ассоциации;
- D. наличие бластов в периферической крови.

297. Согласно классификации ВОЗ для установления диагноза острый лейкоз диагностически значимым является наличие бластов в костном мозге более:

- A. 30%;
- B. 20%;
- C. 10%;
- D. 5%.

298. Название формы острого лейкоза с нормальным количеством лейкоцитов в периферической крови:
- A. нормолейкемическая;
  - B. лейкемическая;
  - C. сублейкемическая;
  - D. алейкемическая.
299. Одним из критериев для постановки диагноза миелодиспластический синдром является обнаружение в костном мозге бластов в количестве:
- A. 5%;
  - B. 5-20%;
  - C. 20-30%;
  - D. более 30%.
300. Цитохимическое исследование костного мозга основано на:
- A. определении качественных и количественных изменений хромосом;
  - B. окраске мазков специальными реагентами;
  - C. определении молекулярных маркеров, которые характеризуют лейкемические клетки;
  - D. определении последовательности кластеров дифференцировки характерной для лейкемической клетки.
301. Иммунофенотипирование клеток костного мозга основано на:
- A. определении качественных и количественных изменений хромосом;
  - B. окраске мазков специальными реагентами;
  - C. определении молекулярных маркеров, которые характеризуют лейкемические клетки;
  - D. определении последовательности кластеров дифференцировки характерной для лейкемической клетки.
302. Цитогенетическое исследование костного мозга основано на:
- A. определении качественных и количественных изменений хромосом;
  - B. окраске мазков специальными реагентами;
  - C. определении молекулярных маркеров, которые характеризуют лейкемические клетки;
  - D. определении последовательности кластеров дифференцировки характерной для лейкемической клетки.
303. Рецидив как клинико-гематологическая стадия острого лейкоза это:
- A. впервые выявленное выраженный высоки бластоз костного мозга;
  - B. прогрессирование заболевания, несмотря на цитостатическую терапию;
  - C. полная клинико-гематологическая ремиссия, сохраняющаяся 5 и более лет;
  - D. возврат активной стадии лейкоза после полной клинико-гематологической ремиссии.
304. Полная клинико-гематологическая ремиссия это (укажите неправильный ответ):
- A. отсутствие клинических проявлений и внекостномозговых пролифератов;
  - B. количество лейкозных клеток в пунктате костного мозга более  $10^{12}$ ;
  - C. отсутствие бластов в периферической крови;
  - D. количество бластов менее 5% в миелограмме.
305. Субстратом опухоли при остром лейкозе являются:
- A. зрелые клетки, способные к дифференциации;
  - B. незрелые, недифференцированные клетки.
306. Для хронического миелолейкоза характерно:
- A. синтез белка p210, наличие Филадельфийской хромосомы, базофильно-эозинофильная ассоциация, спленомегалия;

- В. абсолютный лимфоцитоз, тени Боткина-Гумпрехта, более 30% лимфоцитов в миелограмме, лимфаденопатия;
  - С. синтез белка р210, наличие Филадельфийской хромосомы, отсутствие базофильно-эозинофильной ассоциации, спленомегалия;
  - Д. чаще встречается у лиц старше 60 лет.
307. Для хронического лимфолейкоза характерно:
- А. синтез белка р210, наличие Филадельфийской хромосомы, базофильно-эозинофильная ассоциация, спленомегалия;
  - В. абсолютный лимфоцитоз, тени Боткина-Гумпрехта, более 30% лимфоцитов в миелограмме, лимфаденопатия;
  - С. синтез белка р210, наличие Филадельфийской хромосомы, отсутствие базофильно-эозинофильной ассоциации, спленомегалия;
  - Д. чаще встречается у лиц старше 60 лет.
308. Симптоматический эритроцитоз может развиваться (укажите неправильный ответ):
- А. у пациентов с длительным стажем курения;
  - В. у пациентов с хронической легочной патологией;
  - С. у пациентов длительно проживающих в условиях высокогорья;
  - Д. у пациентов с болезнью Вакезе, как симптом данной патологии.
309. Кроме исследования периферической крови важное значение в диагностике апластической анемии имеет:
- А. рентгенография костей;
  - В. коагулограмма;
  - С. исследование пунктата костного мозга;
  - Д. исследование пунктата селезенки.
310. Какая из представленных анемий является макроцитарной?
- А. железодефицитная;
  - В. фолиеводефицитная;
  - С. гемолитическая;
  - Д. апластическая.
311. Опишите изменения гемограммы характерные для железодефицитной анемии:
- А. нормохромная анемия, наличие микросфероцитов;
  - В. гипохромная, микроцитарная анемия, наличие анизоцитоза и пойкилоцитоза;
  - С. нормохромная, нормоцитарная анемия, лейкопения, тромбоцитопения;
  - Д. гиперхромная, макроцитарная анемия, наличие анизоцитоза, кольца Кебота и тельца Жолли.
312. Дайте характеристику гемограммы при остром лейкозе:
- А. гиперлейкоцитоз, сдвиг влево до промиелоцитов;
  - В. лейкопения с преобладанием эозинопении;
  - С. лейкоцитозом с абсолютным и относительным лимфоцитозом;
  - Д. наличием бластных клеток и лейкомоидным провалом в периферической крови.
313. Опишите изменения гемограммы характерные для хронического лимфолейкоза:
- А. агранулоцитоз;
  - В. лейкоцитоз;
  - С. наличие лимфобластов в большом количестве;
  - Д. абсолютный и относительный лимфоцитоз.
314. Обнаружение в пунктате костного мозга расширения эритроидного ростка кроветворения за счет мегалобластов различной степени зрелости является характерным для:

- A. острого лейкоза;
  - B. хронического миелолейкоза;
  - C. В12-дефицитной анемии;
  - D. апластической анемии.
315. Выделяют следующие варианты экссудатов, кроме:
- A. серозный;
  - B. гнойный;
  - C. желчный;
  - D. холестериновый.
316. Исследование липидного спектра крови не включает определение:
- A. ЛИНИ;
  - B. Л11ВП;
  - C. ЛПОНП;
  - D. коэффициент атерогенности;
  - E. омега-3-полиненасыщенных кислот.
317. Диагностический маркер достоверно подтверждающий диагноз ревматоидный артрит:
- A. АЦЦП;
  - B. серомукоид;
  - C. ревматоидный артрит;
  - D. СРВ.
318. Методы исследования не отражающие состояние желудка:
- A. ФЭГДС;
  - B. уреазный тест;
  - C. рентгеноскопия с контрастным веществом;
  - D. иригоскопия.
319. Методикой лабораторного исследования функции почек не является:
- A. проба по Зимницкому;
  - B. проба по Нечипоренко;
  - C. проба Каковского - Аддиса;
  - D. проба Ромберга.
320. Какая инструментальная методика отражает функциональную активность печени:
- A. КТ;
  - B. МРТ;
  - C. сцинтиграфия;
  - D. УЗИ.
321. Изменение каких показателей спирографии не является диагностически важными для постановки диагноза БА:
- A. ФЖЕЛ;
  - B. дыхательного объема;
  - C. ОФВ1;
  - D. Индекс Тиффно.
322. Какие биохимические маркеры не отражают изменения характерные для поражения печени:
- A. увеличение АЛТ;
  - B. увеличение билирубина;
  - C. увеличение АСТ;
  - D. увеличение а-амилазы.

323. К обязательным методам обследования пациентов с первичным полиостеоартрозом в амбулаторно-поликлинических условиях не относится:
- A. ОАК;
  - B. БАК;
  - C. рентгенография пораженных суставов;
  - D. КТ пораженных суставов.
324. Самым ранним диагностическим маркером инфаркта миокарда является:
- A. миоглобин;
  - B. КФК-МВ;
  - C. АСТ;
  - D. тропонин.
325. На основании какого неинвазивного исследования производится количественная оценка степени фиброза при циррозе печени?
- A. УЗИОБП;
  - B. сцинтиграфия печени;
  - C. КТ печени;
  - D. фиброскан.
326. Какое исследование сердца наиболее четко отражает его работоспособность у пациентов перенесших инфаркт миокарда:
- A. ЭхоКГ;
  - B. ЭКГ;
  - C. рентгенография ОГК;
  - D. ПЭТ.
327. Методика обследования не относящаяся к обследованию пациента с заболеванием кишечника (НЯК, болезнь Крона):
- A. УЗИОБП;
  - B. колоноскопия;
  - C. ректороманоскопия;
  - D. иригоскопия.
328. Какие изменения крови не характерны для ЖДА:
- A. снижение гемоглобина;
  - B. увеличение ОЖСС;
  - C. снижения сывороточного железа;
  - D. увеличение ферритина.
329. Что не является причиной кетонурии:
- A. диабетический кетоацидоз;
  - B. длительное голодание;
  - C. неукротимая рвота;
  - D. избыточное потребление углеводов и строгое ограничение жиров.
330. Причиной лейкоцитурии не является:
- A. воспалительные заболевания почек;
  - B. воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей;
  - C. любые лихорадочные состояния;
  - D. ОРВИ без гипертермического синдрома.
331. Наиболее частыми причинами гематурии являются (укажите неправильный ответ):

- A. мочекаменная болезнь;
- B. туберкулёз почки;
- C. травма почки;
- D. хронический пиелонефрит.

332. Что из ниже написанного не отражает объем отделяемой мочи:

- A. полиурия;
- B. анурия;
- C. олигурия;
- D. никтурия.

333. Радиоизотопная ренография:

- A. позволяет определить функцию почек;
- B. позволяет определить визуальную структуру почек;
- C. способствует верификации опухоли почки;
- D. позволяет оценить только объем кровоснабжения почки.

334. Какой метод диагностики дает наиболее четкую визуальную картину работоспособности миокарда:

- A. ПЭТ;
- B. ЭхоКГ;
- C. ФКГ;
- D. ЭКГ.

335. Отсутствие конкремента по данным УЗИ ОБП и органов брюшинного пространства исключает диагноз мочекаменной болезни?

- A. исключает;
- B. неисключает.

336. При заболеваниях ЩЖ исследование гормонов включает определение следующих показателей, кроме:

- A. свободный Т4;
- B. ТТГ;
- C. АТ-ТПО;
- D. АЦЦП.

337. Что развивается более интенсивно в раннем подростковом возрасте:

- A. рост конечностей;
- B. рост туловища.

338. Для мальчиков в 12 лет характерно следующие изменения дыхательных путей, кроме:

- A. удлинение главных бронхов;
- B. увеличение размеров и количества альвеол;
- C. возрастание объема грудной клетки;
- D. уменьшение резистивности бронхов к спаданию.

339. Для мальчиков характерен преимущественно следующий тип дыхания:

- A. грудной;
- B. брюшной;
- C. смешанный.

340. Во сколько раз увеличивается сердце в период подросткового возраста:

- A. 1.5;
- B. 2;
- C. 2.5;
- D. 3.

341. В процессе формирования желудка в подростковом возрасте характерно:
- A. опережает темп роста тела;
  - B. отстает от темпа роста тела;
  - C. кислотность желудка значительно выше чем у взрослых;
  - D. функционально ничем не отличается от желудка взрослого человека.
342. Причина появления угрей в подростковом периоде:
- A. вследствие недостаточного ухода за кожей лица у подростков;
  - B. функциональное состояние организма, никак не связанное с какими-то изменениями в организме подростка;
  - C. является усиление функции сальных желез кожи, в связи с чем их протоки могут закупориваться;
  - D. пигментные пятна подросткового возраста.
343. Подростки:
- A. лучше переносят кислородное голодание;
  - B. хуже переносят кислородное голодание;
  - C. девушки лучше переносят гипоксию в подростковом возрасте чем мальчики;
  - D. малейшее кислородное голодание приводит к коллапсу.
344. Подростки имеющие хронические заболевания постоянно наблюдаются:
- A. только в домашних условиях;
  - B. только по месту учебы;
  - C. врачом подросткового кабинета, при наличии узких специалистов по профилю заболевания;
  - D. врачом подросткового кабинета или узким специалистом.
345. Какой возраст можно считать пожилым:
- A. 55/60 - 75 лет;
  - B. 75 - 90 лет;
  - C. 90 лет и более;
  - D. 35-60 лет.
346. С какого возраста человек считается долгожителем:
- A. С 85 лет;
  - B. С 90 лет;
  - C. С 95 лет;
  - D. Со 100 лет.
347. Какой возраст можно считать подростковым:
- A. 16/17-20/21 год;
  - B. 10/12-17/18 лет;
  - C. 18-49 лет;
  - D. 55/60 -75 лет.
348. К факторам приводящим к преждевременному старению можно отнести все, кроме:
- A. гиподинамия;
  - B. нерациональное питания;
  - C. чрезмерная стабильность нервной системы;
  - D. вредные привычки.
349. Для кого характерно следующее суждение: «Атрофия железистого эпителия и хрящевой ткани бронхов приводит к образованию вздутия бронхов и неравномерности сужения их просвета, как следствие всего снижению кашлевого рефлекса»:
- A. для пожилого возраста;
  - B. для периода зрелости;
  - C. для раннего юношеского возраста;



D. для подросткового возраста.

350. Для пожилых людей характерно:

- A. Увеличение общей емкости легких;
- B. Увеличивается минутная вентиляция легких;
- C. Учащается частота дыхания;
- D. Увеличивается объем экскурсии грудной клетки.

351. Система пищеварения у пожилых людей с возрастом подвергается следующим изменениям, кроме:

- A. происходит инволюция слюнных желез;
- B. гипертрофия слизистой пищевода;
- C. уменьшается количество гепатоцитов;
- D. развивается гипомоторика желудка.

352. Внешнесекреторная функция поджелудочной железы в старости:

- A. увеличивается;
- B. уменьшается;
- C. не изменяется.

353. Длительный прием гормональных препаратов (преднизолон) в пожилом возрасте:

- A. способствует развитию остеопороза;
- B. сдерживает развитие остеопороза за счет коррекции гормональной недостаточности.

354. Для стареющей почки характерно:

- A. увеличение массы и объема органа;
- B. утолщение и уплотнение капсулы;
- C. уменьшение объема паранефральной клетчатки;
- D. поверхность органа становится гладкой, в связи с увеличением объема органа.

355. У людей пожилого и старческого возраста при возникновении криза нужно:

- A. максимально быстро снижать АД до нормальных цифр (120/80 мм рт ст);
- B. медленно снижать АД не более чем на 15% от исходно высокого АД;
- C. ничего не делать, постепенно подбирать дозу антигипертензивных препаратов.

356. Наука изучающая вопросы оказания помощи у пожилых людей называется:

- A. герсутология;
- B. герпетология;
- C. геронтология;
- D. археология.

357. Количество детей обслуживаемых по нормам законодательства на 1 педиатрическом участке не должно превышать:

- A. 700-800 детей;
- B. 800-900 детей;
- C. 900-1000 детей;
- D. 1000-1100 детей.

358. В какой период после рождения девочки-младенцы осматриваются повторно:

- A. 5-6 месяцев;
- B. 7-8 месяцев;
- C. 9-12 месяцев;
- D. 1-1,5 года.

359. Сколько группы диспансерного учета выделяют у девочек до 17 лет:

- A. 2;

- В. 3;
- С. 4;
- Д. 5.

360. Искривление позвоночника вправо или влево называется:

- А. сколиоз;
- В. лордоз;
- С. кифоз;
- Д. синдесмоз.

361. Какие изменения голосового аппарата характерны для мальчиков в подростковом возрасте, за исключением:

- А. удлинение голосовых связок;
- В. укорочение голосовых связок;
- С. происходит окончательное формирование гортани.

362. При формировании сердца интенсивнее развиваются:

- А. желудочки;
- В. предсердия;
- С. проводящая система;
- Д. перикард.

363. Повышенная секреция минералокортикоидных гормонов характерна для какого периода подросткового возраста:

- А. младшего подросткового возраста;
- В. среднего подросткового возраста;
- С. старшего подросткового возраста.

364. Акцелерация - это:

- А. замедленное физиологическое развитие детей;
- В. ускоренное физиологическое развитие детей;
- С. нормальное физиологическое развитие детей.

365. К вариантам симптоматической артериальной гипертензии относят все кроме:

- А. почечная;
- В. эндокринная;
- С. нейрогенная;
- Д. обстинентная.

366. Анурия - это ...

- А. выделение за сутки менее 50 мл мочи;
- В. выделение за сутки менее 500 мл мочи;
- С. выделение за сутки менее 200 мл мочи.

367. Гематурия - это ...

- А. появление в моче белка;
- В. появление в моче эритроцитов;
- С. появление в моче лейкоцитов;
- Д. появление в моче цилиндров.

368. Нормы клубочковой фильтрации:

- А. 40-60 мл/мин;
- В. 80-120 мл/мин;
- С. 160-180 мл/мин.

369. Клиническими проявлениями Facies nefritica являются:
- A. отеки лица, бледность кожи;
  - B. отеки лица, акроцианоз;
  - C. отеки лица, геморрагическая сыпь на лице.
370. Проба, позволяющая выявить снижение клубочковой фильтрации при хронической почечной недостаточности:
- A. проба по Нечипоренко;
  - B. проба Зимницкого;
  - C. проба Реберга-Тареева;
  - D. проба Аддиса-Каковского.
371. Для обострения гломерулонефрита характерно следующее изменение пробы Нечипоренко:
- A. Эритроциты 8000 в мл, лейкоциты -1000 в мл;
  - B. Эритроциты 1000 в мл, лейкоциты- 8000 в мл.
372. Для обострения пиелонефрита характерно следующее изменение пробы Нечипоренко:
- A. Эритроциты 8000 в мл, лейкоциты -1000 в мл;
  - B. Эритроциты 1000 в мл, лейкоциты- 8000 в мл.
373. Для достоверной диагностики хронического гломерулонефрита необходимо провести:
- A. общий анализ крови;
  - B. посев мочи;
  - C. внутривенную урографию;
  - D. биопсию почек;
  - E. посев крови.
374. В дифференциальной диагностике волчаночного нефрита и нефротического синдрома решающим является:
- A. протеинурия более 3,5 г/л;
  - B. общий анализ крови;
  - C. УЗИ почек;
  - D. артериальная гипертензия;
  - E. обнаружение антител к ДНК.
375. К неосложненной инфекции мочевыводящих путей не относят:
- A. острый пиелонефрит;
  - B. острый калькулезный пиелонефрит;
  - C. острый цистит;
  - D. уретрит.
376. Какая степень бактериурии является истинной?
- A. 1000 микробных тел в 1 мл мочи;
  - B. 500 микробных тел в 1 мл мочи;
  - C. 500 000 микробных тел в 1 мл мочи.
  - D. 100 000 микробных тел в 1 мл мочи;
  - E. 10 000 микробных тел в 1 мл мочи;
377. Более частая заболеваемость восходящими инфекциями мочевых путей и пиелонефритом у женщин обусловлена, выберите верные утверждения:
- A. короткий мочеиспускательный канал, часто встречающийся правосторонний нефроптоз, особенности психики во время беременности;
  - B. нарушение уродинамики во время беременности, особенности гормонального статуса, особенности питания во время беременности;
  - C. атрофия слизистой оболочки мочевых путей в постменопаузе, частые сопутствующие

воспалительные гинекологические заболевания, прием пероральных контрацептивных средств;

D. короткий мочеиспускательный канал, хронический простатит, близость естественных резервуаров инфекции.

378. Причинами нарушения уродинамики, способствующими развитию пиелонефрита являются (выберите правильную комбинацию):

- A. беременность, нефроптоз, желчнокаменная болезнь;
- B. мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы, быстрое похудание;
- C. дисфункция мочевого пузыря, опухоли мочевых путей, опухоли средостения.

379. Для острого пиелонефрита характерно:

- 1. высокая лихорадка;
- 2. боль и напряжение мышц в поясничной области;
- 3. озноб и проливные поты;
- 4. моча цвета мясных помоев;
- 5. хлопья и муть в моче;
- 6. полиурия, никтурия;
- 7. олигурия;
- 8. развивается через 6-12 дней после перенесенной стрептококковой инфекции.

Верными являются утверждения:

- A. 1,2, 3,5, 6;
- B. 1,2, 4, 7, 8;
- C. 1,4, 6, 7, 8;
- D. 3, 5, 6, 8, 2.

380. Для острого гломерулонефрита характерно:

- 1. высокая лихорадка;
- 2. боль и напряжение мышц в поясничной области;
- 3. отеки на лице;
- 4. моча цвета мясных помоев;
- 5. хлопья и муть в моче;
- 6. артериальная гипертензия;
- 7. олигурия;
- 8. развивается через 6-12 дней после перенесенной стрептококковой инфекции.

Верными являются утверждения:

- A. 1,2, 3,5, 6;
- B. 1,2, 4, 7, 8;
- C. 1,4, 6, 7, 8;
- D. 3, 4, 6, 7, 8.

381. Преренальная острая почечная недостаточность может переходить в ренальную острую почечную недостаточность.

- A. да;
- B. нет.

382. Выберите причины, приводящие к развитию преренальной ОПН:

- 1. кровотечение;
- 2. укусы ядовитых змей и насекомых;
- 3. рабдомиолиз;
- 4. профузная рвота, диарея;
- 5. ТЭЛА;
- 6. ДГПЖ;
- 7. тяжелые ожоги;
- 8. конкременты мочевого пузыря.

Верными являются утверждения:

- A. 1,3, 4, 6, 7, 8;
- B. 1,4, 5, 7;
- C. 1,4,7;
- D. 2, 3, 6, 8;
- E. 3,6,8.

383. Выберите причины, приводящие к развитию ренальной ОПН:

- 1. кровотечение;
- 2. укусы ядовитых змей и насекомых;
- 3. рабдомиолиз;
- 4. миеломная болезнь;
- 5. подагра;
- 6. ДГПЖ;
- 7. тяжелые ожоги;
- 8. конкременты мочевого пузыря.

Верными являются утверждения:

- A. 1,3, 4, 6, 7, 8;
- B. 1,4, 5, 7;
- C. 1,4,7;
- D. 2, 3, 4, 5;
- E. 3,6,8.

384. Выберите причины, приводящие к развитию постренальной ОПН

- 1. кровотечение;
- 2. укусы ядовитых змей и насекомых;
- 3. некротический папиллит;
- 4. миеломная болезнь;
- 5. подагра;
- 6. ДГПЖ;
- 7. тяжелые ожоги;
- 8. конкременты мочевого пузыря.

Верными являются утверждения:

- A. 1,3, 4, 6, 7, 8;
- B. 1,4, 5, 7;
- C. 1,4,7;
- D. 2, 3, 4, 5;
- E. 3,6,8.

385. Для гиповолемии характерно:

- 1. жажда;
- 2. олигурия;
- 3. ортопноэ;
- 4. отеки лодыжек;
- 5. сухость слизистых, снижение тургора кожи;
- 6. пароксизмальная ночная одышка;
- 7. набухание яремных вен;
- 8. влажные хрипы в легких.

Верными являются утверждения:

- A. 1,2, 4, 6, 7, 8;
- B. 1,2,5;
- C. 2, 3, 5, 8;
- D. 3, 4, 6, 7, 8;
- E. 2,5.

386. Для гиперволемии характерно:

1. жажда;
2. олигурия;
3. ортопноэ;
4. отеки лодыжек;
5. сухость слизистых, снижение тургора кожи;
6. пароксизмальная ночная одышка;
7. набухание яремных вен;
8. влажные хрипы в легких.

Верными являются утверждения:

- A. 1,2, 4, 6, 7, 8;
- B. 1,2,5;
- C. 4, 3, 6, 7, 8;
- D. 3, 4, 6, 7, 8;
- E. 2,5.

387. При гиповодемической дегидратации:

- A. снижается гидростатическое давление крови, которое восстанавливают растворами кристаллоидов;
- B. снижается гидростатическое давление крови, которое восстанавливают растворами коллоидов;
- C. снижается онкотическое давление крови, которое восстанавливают растворами кристаллоидов;
- D. снижается онкотическое давление крови, которое восстанавливают растворами коллоидов.

388. При гиповодемической гипергидратации:

- A. снижается гидростатическое давление крови, которое восстанавливают растворами кристаллоидов;
- B. снижается гидростатическое давление крови, которое восстанавливают растворами коллоидов;
- C. снижается онкотическое давление крови, которое восстанавливают растворами кристаллоидов;
- D. снижается онкотическое давление крови, которое восстанавливают растворами коллоидов.

389. К методам заместительной почечной терапии относят:

- A. гемодиализ, перитонеальный диализ, сифонные клизмы;
- B. трансплантация почки, промывание желудка, гемодиализ;
- C. гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки;
- D. перитонеальный диализ, форсированный диурез, гемодиализ.

390. Показаниями к заместительной почечной терапии являются:

1. метаболический ацидоз ( $pH < 7,2$ );
2. тяжелые диснатриемии;
3. желание пациента;
4. желудочное кровотечение;
5. кровоизлияние в мозг;
6. снижение СКФ менее 10 мл/мин;
7. злокачественные новообразования с метастазами;
8. прогрессирующая азотемия.

Верными являются утверждения:

- A. 1,3, 6, 8;
- B. 2, 4, 5, 7, 8;
- C. 1,2, 6, 8;
- D. 3, 4, 6;

Е. 8,6, 1,3.

391. К немодифицируемым факторам риска развития хронической болезни почек относят:

1. мужской пол;
2. женский пол;
3. расовые и этнические особенности;
4. диабет;
5. низкая масса тела при рождении;
6. детский возраст;
7. пожилой возраст;
8. беременность.

Верными являются утверждения:

- А. 2, 3, 4, 6, 8;
- В. 1,3, 5, 7;
- С. 1,5, 6, 8;
- Д. 3, 5, 7;
- Е. 2, 8, 7, 5.

392. К модифицируемым факторам риска развития хронической болезни почек относят:

1. мужской пол;
2. артериальная гипертензия;
3. расовые и этнические особенности;
4. диабет;
5. дислиппротеидемия;
6. детский возраст;
7. пожилой возраст;
8. беременность.

Верными являются утверждения:

- А. 2, 3, 4, 6, 8;
- В. 1,3, 5, 7;
- С. 1,5, 6, 8;
- Д. 3, 5, 7;
- Е. 2, 4, 5, 8.

393. К клиренсовым методам оценки функции почек относят:

- А. расчет СКФ по формуле СКD-EPI;
- В. проба Реберга-Тареева;
- С. определение креатинина в плазме крови;
- Д. определение цистатина С в плазме крови;
- Е. проба Зимницкого;
- Ф. анализ мочи по Нечипоренко.

394. Для какой стадии хронической болезни почек характерны гиперкалиемия, гиперазотемия олигурия?

- А. латентная;
- В. интермиттирующая;
- С. компенсированная;
- Д. терминальная;
- Е. восстановления диуреза;
- Ф. олигоанурическая.

395. Какая анемия наиболее часто встречается при хронической болезни почек?

- А. гемолитическая;
- В. аутоиммунная;
- С. гипорегенераторная;

- D. В<sup>12</sup>-дефицитная анемия;
- E. фолиеводефицитная анемия;
- F. гиперрегенераторная.

396. «Гордая осанка и походка» беременных обусловлена:

- A. гормональными изменениями;
- B. смещением центра тяжести;
- C. психоэмоциональными изменениями беременных;
- D. гипермобильностью тазобедренных суставов.

397. Стрип беременных это:

- A. впервые возникшее варикозное расширение вен нижних конечностей;
- B. изменения пигментации кожи сосков;
- C. «полосы беременных» на передней брюшной стенке;
- D. невроз на фоне психоэмоциональной лабильности беременных.

398. Наиболее часто повышение АД характерно для ... триместра беременности:

- A. первого;
- B. второго;
- C. третьего.

399. К изменениям характерным для системы органов дыхания во время беременности можно отнести все кроме:

- A. учащается ЧД;
- B. может возникать одышка;
- C. потребность в кислороде может увеличиваться до 2,5 раз от исходного;
- D. увеличивается дыхательный объем.

400. Изменения характерные для мочевыводящей системы у беременных:

- A. уменьшается почечный кровоток;
- B. снижается гломерулярная фильтрация;
- C. уменьшается уровень креатинина;
- D. увеличивается уровень мочевой кислоты.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. Т. 1 / под ред. А. И. Мартынова [и др.]. - 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР - МЕД, 2004. - Т. 1. - 585 с.: ил., табл. - + Электронная копия документа.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. Т. 2 / Под ред. А. И. Мартынова [и др.]. - 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР - МЕД, 2004. - 642 с.: ил., табл.
3. Саливончик, Д. П. Мерцательная аритмия : учеб. - метод, пособие для студ. 4,5 курсов лечеб., мед. - диагност, фак. и фак. по подг. зарубеж. стран мед. вузов, врачей - интернов, практикующих врачей - терапевтов, кардиологов. / Д. П. Саливончик, Э. А. Доценко ; УО «ГомГМУ», Каф. внутренних болезней № 3, поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсами дерматовенерологии и медицинской реабилитации, УО «БЕМУ», Каф. пропедевтики внутренних болезней. - Гомель : ГомГМУ, 2014. - 38 с.: табл., фот., ил. - + Электронная копия документа.
4. Ковальчук, П. Н. Дифференциальный диагноз при поражении суставов. Особенности суставного синдрома при метаболических артритах и остеоартрозе. Остеопороз.: учеб. - метод, пособие для студ.,- субординаторов 6 курса лечеб. фак. и фак. по подг. спец, для заруб, стран мед. вузов /П. Н. Ковальчук ; УО «ЕомГМУ», Каф. внутренних болезней № 3, поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсами дерматовенерологии и медицинской реабилитации. - Гомель : ГомГМУ, 2014. - 97 с. : табл. - + Электронная копия документа.
5. Мистюкевич, И. И. Заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, поджелудочной железы : учеб, пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]; У О «ГомГМИ». - Гомель, 2002. - 26 с.
6. Эндоскопические методы диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта : учеб.-пособие / Министерство здрав. РБ; УО «ГомГМИ». - Гомель, 2002. - 12 с.
7. Заболевания печени : учеб, пособие для студ. 5-6 курсов мед. институтов и врачей - стажёров / Министерство здрав. РБ, ГомГМИ; кол. авт. И. И. Мистюкевич, С. А. Шут, А. И. Цырульникова, И. Ф. бакалец, О. Б. Ходунов, Т. В. Алейникова, А. И. Мистюкевич, Т. С. Зыбалова. - Гомель : ГомГМИ, 2002. -31 с.
8. Мистюкевич, И. И. Краткий курс лекций по внутренним болезням, гематологии, военно-полевой терапии : учеб.-метод, пособие для студ. 5 курса лечеб. фак., фак. по подг. спец, для зарубеж. стран / И. И. Мистюкевич, И. Ф. Бакалец, С. А. Ходулева; УО «ГоГМУ», Каф. внутренних болезней № 1 с курсом гематологии. - Гомель : ГоГМУ, 2008. - 128 с. - + Электронная копия документ.
9. Платошкин, Э. И. Неотложные состояния в практике врача скорой медицинской помощи : учеб. - метод, пособие для студ. 6 курса лечеб. факульт. и факульт. по подготовке специалистов для зарубеж. стран / 3. И. Платошкин, И. В. Василевич; УО «ГомГМУ», Каф. поликлинической терапии и общей врачебной практики. - Гомель : 11 МУ, 2009. - 70 с. - + Электронная копия документа.
10. Поликлиническая терапия : учеб, для студентов медицинских вузов / под ред. В. А. Галкина. - М. : Медицина, 2000, 2001. - 255 с. : табл. - + Электронная копия документа.
11. Латышева, В. **Я.** Основные положения медицинской реабилитации и медико - социальной экспертизы. 4. Г: учеб, пособие для студ. 5,6 курсов леч. и мед. - диагност, фак. / В. **Я.** Латышева; УО «ГомГМУ», Каф. неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии. - Гомель, 2003. - 53 с. - + Электронная копия документа.
12. Практическая кардиология : в 2-х т. Т. 2 / Сост. В. В. Горбачева. - Мн. : Вышэйшая школа, 1997. -311 с. : табл.
13. Шут, С. А. Острая и хроническая лучевая болезнь: метод, пособие для студ. и врачей - стажёров / С. А. Шут [и др.]; УО «ГомГМИ», Каф. внутренних болезней № 1. - Гомель, 2003. - 30 с.
14. Лызикова, Ю. А. Экстрагенитальная патология и беременность : учеб.-метод. пособие для студ. 4, 6 курсов всех фак. мед. вузов, обуч. по спец. "Лечеб. дело" и "Мед.-диагност, дело" /Ю. А. Лызикова, Т. И. Захаренкова, Т. А. Волкова ; УО «ГомГМУ», Каф. акушерства и гинекологии. - Гомель : ГомГМУ, 2013. - 66 с. - + Электронная копия документа. - + Электронная копия документа.
15. Барановская, Е. И. Акушерство : учеб, пособие / Е. И. Барановская. - Минск : Тесей, 2007. - 173, [2]

с.

- Допущено Министерством образ. РБ. - + Электронная копия документа.

16. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Минск, 2011,- Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/>. - Дата доступа: 12.05.2015.

**Учебное издание**

**Саливончик Дмитрий Павлович  
Россолова Виктория Викторовна  
Рудько Артем Игоревич  
Щербахин Александр Валерьевич**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ:  
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ, ВПТ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 4,5 курсов медико-диагностического факультета  
медицинских вузов**

**Редактор  
Компьютерная верстка**

Подписано в печать  
Формат

**Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
ЛИ № \_\_\_\_\_ от . .2015.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.**