

Тестовые задания для врачей общей практики

Разделы:

- общие вопросы,
- пульмонология,
- кардиология,
- гастроэнтерология

I. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПРАВА

В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

1. Основными задачами концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ являются:

- а) увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний,
- б) сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения,
- в) повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения,
- г) развитие негосударственного сектора в здравоохранении,
- д) повышение уровня квалификации медицинских работников

2. Какими нормативными документами гарантируется Право граждан РФ на охрану здоровья:

- а) трудовым кодексом,
- б) конституцией РФ,
- в) гражданским кодексом,
- г) программой развития здравоохранения,
- д) основами законодательства об охране здоровья граждан

3. Основные законодательные документы по охране здоровья граждан в РФ:

- а) конституция РФ,
- б) всеобщая декларация прав человека,
- в) этический кодекс медицинской сестры России,
- г) основы законодательства РФ об охране здоровья граждан,
- д) федеральные законы РФ в области охраны здоровья граждан

4. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- а) эвтаназию,
- б) облегчение боли,
- в) сохранение врачебной тайны,
- г) гуманное и уважительное отношение,

д) обследование и лечение

5. Информация о состоянии здоровья предоставляется гражданину:

- а) только по его желанию,
- б) на усмотрение врача,
- в) с согласия родственников,
- г) с разрешения администрации,
- д) в любом случае

6. В случае неблагоприятного прогноза информация деликатным способом сообщается:

- а) гражданину,
- б) гражданину и членам его семьи,
- в) гражданину и членам семьи с его согласия

7. Информация, которую пациент имеет право получить в доступной для него форме:

- а) результаты обследования,
- б) наличие заболевания, диагноз и прогноз,
- в) возможные медицинские вмешательства,
- г) методы лечения и связанный с ними риск,
- д) последствия и результаты лечения

8. С медицинской документацией о своем здоровье гражданин имеет право:

- а) знакомиться,
- б) получить копию,
- в) получить консультацию по ней у другого специалиста

9. Врачебную тайну составляет информация:

- а) о диагнозе и лечении,
- б) об обращении и заболевании,
- в) о прогнозе и исходах болезни,
- г) вся, содержащаяся в медицинской документации гражданина

10. За сведения о пациенте, составляющие врачебную тайну, несут ответственность все работники, кому она стала известна при:

- а) обучении,
- б) исполнении служебных и других обязанностей,
- в) из средств массовой информации

11. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случае:

- а) недееспособности гражданина,
- б) распространения инфекционных заболеваний,
- в) массовых отравлений и поражений,
- г) запроса органов дознания и следствия,
- д) запроса администрации по месту работы

12. Информированное добровольное согласие человека для любого медицинского вмешательства:

- а) обязательно,
- б) желательно,
- в) необязательно,

13. Понятие «медицинское вмешательство» включает:

- а) освидетельствование,
- б) освидетельствование и наблюдение,
- в) освидетельствование, наблюдение и госпитализацию,
- г) освидетельствование, наблюдение, госпитализацию и изоляцию

14. Для любого медицинского вмешательства требуется согласие:

- а) только самого пациента,
- б) пациента и консилиума врачей,
- в) родственников,
- г) пациента или родственников,
- д) пациента, родственников или врача

15. Когда состояние гражданина не позволяет выразить свою волю на неотложное обследование и наблюдение, решение в его интересах принимает:

- а) близкий родственник
- б) дежурный (лечащий) врач или родственник
- в) консилиум или дежурный (лечащий) врач

16. При заболеваниях, опасных для окружающих, медицинское вмешательство без согласия гражданина или его представителя:

- а) допускается
- б) запрещается

17. Без согласия гражданина или его представителя медицинское вмешательство допускается при заболеваниях:

- а) опасных для окружающих,
- б) тяжелых психических,
- в) любых

18. Действия или средства для удовлетворения просьбы пациента об ускорении его смерти - это:

- а) эвтаназия,
- б) биоэтика,
- в) танатология

19. Медицинскому персоналу осуществлять эвтаназию:

- а) разрешается по просьбе больного,
- б) допускается в исключительных случаях,
- в) запрещается законом

20. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется в медицинской документации с подписью:

- а) медицинского работника,
- б) родственников или друзей,
- в) любого сопровождающего,
- г) гражданина или его представителя

21. Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи законом:

- а) гарантируется,
- б) не гарантируется

22. В случае нарушения прав пациента, он должен обращаться с жалобой:

- а) в суд,
- б) к президенту,
- в) зав. отделением,
- г) к главному врачу,
- д) в лицензионную комиссию

23. Заниматься медицинской деятельностью имеет право лицо с высшим или средним медицинским образованием, имеющее:

- а) диплом,
- б) диплом и сертификат специалиста,
- в) диплом, сертификат и лицензию

24. Частной медицинской практикой имеют право заниматься лица с высшим или средним медицинским образованием, имеющие:

- а) диплом,
- б) сертификат,
- в) лицензию на избранный вид деятельности

25. Прогулом считается отсутствие на работе без уважительной причины в течение рабочего дня более:

- а) 1 часа,
- б) 2 часов,
- в) 4 часов,
- г) 6 часов,
- д) рабочей смены

26. Виды взысканий за нарушения трудовой дисциплины:

- а) выговор,
- б) замечание,
- в) увольнение,
- г) наказание,
- д) премия

27. В течение срока действия дисциплинарного взыскания поощрения к работнику:

- а) применяются,
- б) не применяются

28. Дисциплинарные взыскания выносятся:

- а) работодателем,
- б) вышестоящей организацией,
- в) комиссией по трудовым спорам,
- г) выборным профсоюзным органом,
- д) администрацией по согласованию с профкомом

29. Количество дисциплинарных взысканий за каждое нарушение трудовой дисциплины:

- а) одно,
- б) два,
- в) три,
- г) по усмотрению администрации,
- д) по усмотрению профсоюзного органа

30. Дисциплинарное взыскание со дня его вынесения может быть снято через:

- а) один месяц,
- б) шесть месяцев,
- в) десять месяцев,
- г) один год,
- д) два года

31. Приказ об увольнении объявляется сотруднику:

- а) в устной форме,
- б) под расписку,
- в) вывешивается на доску

32. До издания приказа об увольнении за нарушение трудовой дисциплины работника необходимо затребовать:

- а) рапорт,
- б) заявление,
- в) письменное объяснение

33. Увольнение за нарушение трудовой дисциплины возможно со дня нарушения проступка в течение:

- а) 3 дней,
- б) 10 дней,
- в) 1 месяца,
- г) 6 месяцев,
- д) 1 года

34. Увольнение за прогул без уважительной причины возможно, если со дня его совершения прошло, не более:

- а) 3 дней,
- б) 10 дней,
- в) 1 месяца,

- г) 6 месяцев,
- д) 1 года

35. Перед увольнением работника по несоответствию занимаемой должности необходимо:

- а) согласие профкома,
- б) согласие коллектива,
- в) провести аттестацию работника,
- г) согласие вышестоящего начальника,
- д) предложить увольнение по собственному желанию

36. В случае увольнения работника администрация обязана выдать трудовую книжку не позднее, чем:

- а) в день увольнения,
- б) через 2 дня,
- в) через 3 дня,
- г) в течение 1 недели,
- д) в течение 1 месяца

37. При задержке выдачи трудовой книжки по вине работодателя работнику выплачивается средний заработок:

- а) не более, чем за один месяц,
- б) не более, чем за три месяца,
- в) не более, чем за шесть месяцев,
- г) за все время вынужденного прогула

38. Виды материальной ответственности:

- а) ограниченная,
- б) полная,
- в) административная,
- г) уголовная,
- д) возместительная

39. Ограниченная материальная ответственность возлагается на:

- а) любого работника,
- б) старшую медсестру,
- в) заведующего отделением

40. Полная материальная ответственность возлагается на работника:

- а) достигшего 18 лет письменным договором,
- б) не достигшего 21 года без договора,
- в) любого возраста с его согласия

41. Работник, причинивший ущерб в нетрезвом виде, ответственность:

- а) несет,
- б) не несет

42. Возмещение ущерба частично или полностью может быть:

- а) добровольным,
- б) по решению суда,

- в) с разрешения администрации,
- г) решением комиссии по трудовым спорам,
- д) по распоряжению вышестоящего органа

43. За ущерб, причиненный работнику повреждением его здоровья, организация материальную ответственность:

- а) не несет,
- б) несет в любом случае,
- в) несет, если ущерб связан с исполнением трудовых обязанностей

44. К преступлениям против жизни и здоровья относятся:

- а) оставление в опасности,
- б) должностной подлог,
- в) превышение власти

45. К преступлениям против свободы и достоинства относятся:

- а) клевета,
- б) халатность,
- в) оскорбление,
- г) должностной подлог,
- д) злоупотребление властью

46. Должностные преступления - это:

- а) клевета,
- б) халатность,
- в) оскорбление,
- г) злоупотребление властью,
- д) злоупотребление служебным положением

47. Неоказание медицинской помощи без уважительной причины пациенту, нуждающемуся в ней, это:

- а) преступление,
- б) должностной подлог,
- в) взяточничество,
- г) злоупотребление служебным положением

48. В настоящее время в Российской Федерации принята модель здравоохранения:

- а) государственная (бюджетная),
- б) бюджетно-страховая,
- в) частная,
- г) смешанная,

49. Основной законодательный акт, регламентирующий страховую деятельность в России:

- а) закон РФ «о страховании»,
- б) закон СССР «о кооперации»,
- в) положение о страховой компании,
- г) закон «о медицинском страховании РФ»,

50. Медицинское страхование гарантирует гражданам получение:

- а) социальных пособий,
- б) медицинской помощи,
- в) прибавок к зарплате,
- г) санаторно-курортного лечения

51. Совершенствование медицинской помощи населению РФ на современном этапе связано с развитием:

- а) стационарной помощи,
- б) медицинской науки,
- в) сельского здравоохранения,
- г) первичной медико-санитарной помощи

52. Медицинское страхование может быть:

- а) обязательным,
- б) добровольным,
- в) пенсионным,
- г) персональным,
- д) имущественным

53. Медицинское страхование, гарантирующее определенный объем и условия медицинской помощи, является:

- а) добровольным,
- б) обязательным

54. Бесплатное получение медицинской помощи гарантируется при страховании:

- а) возвратном,
- б) социальном,
- в) индивидуальном,
- г) обязательном медицинском,
- д) добровольном медицинском

55. Дополнительные медицинские и другие услуги гражданам обеспечиваются программами медицинского страхования:

- а) обязательного,
- б) добровольного,
- в) любого

56. Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с программами:

- а) базовыми,
- б) территориальными,
- в) базовыми и территориальными

57. Базовая программа обязательного медицинского страхования гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь.

- а) любую,
- б) скорую,
- в) специализированную,
- г) квалифицированную,
- д) первичную медико-санитарную

58. Объектом медицинского страхования является:

- а) предприятие,
- б) учреждение,
- в) население,
- г) страховая компания,
- д) денежные вклады

59. Функции листка нетрудоспособности:

- а) статистическая,
- б) статистическая и финансовая,
- в) финансовая, статистическая, юридическая

60. При изучении отдельных хронических заболеваний определяют показатель:

- а) заболеваемости,
- б) летальности,
- в) процент больных лиц,
- г) смертности от данного заболевания

II. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

61. Самыми частыми первичными возбудителями острого бронхита являются:

- а) бактерии,
- б) микоплазмы,
- в) вирусы

62. Острым бронхитом с затяжным течением считается заболевание продолжительностью:

- а) более 2 недель,
- б) более 1 месяца,
- в) более 2 месяцев

63. Ведущей первоначальной жалобой пациентов с острым бронхитом является:

- а) кашель с мокротой,
- б) сухой кашель,
- в) боли в грудной клетке

64. Одышка наиболее характерна:

- а) для проксимального острого бронхита,
- б) для дистального острого бронхита,
- в) для острого бронхиолита

65. Ведущим клиническим признаком бронхиолита является:

- а) кашель,
- б) боли в грудной клетке,
- в) одышка

66. При аускультации легких у пациентов с острым бронхитом чаще всего встречается:

- а) шум трения плевры,
- б) влажные хрипы,
- в) сухие хрипы,

г) крепитация

67. Синдром бронхиальной обструкции характерен:

- а) для дистального острого бронхита,
- б) для проксимального острого бронхита,
- в) для острого бронхиолита

68. Ведущими аускультативными симптомами острого бронхиолита являются:

- а) мелкопузырчатые влажные хрипы,
- б) крупнопузырчатые влажные хрипы,
- в) шум трения плевры,
- г) ослабленное везикулярное дыхание,
- д) крепитация,
- е) жесткое дыхание

69. Показаниями к назначению антибактериальной терапии у пациентов с острым бронхитом являются:

- а) появление гнойной мокроты,
- б) присоединение бронхопневмонии,
- в) обострение хронических очагов инфекции,
- г) ослабленное состояние больных,
- е) наличие тяжелой хронической сопутствующей патологии

70. К триаде симптомов, наиболее характерных для хронического бронхита, относятся:

- а) цианоз,
- б) выделение мокроты,
- в) кашель,
- г) легочная гипертензия,
- д) боли в грудной клетке,
- е) одышка,
- ж) субфебрилитет

71. Влажные хрипы при хроническом бронхите:

- а) не встречаются,
- б) являются признаком бронхиальной гиперсекреции,
- в) указывают на наличие диффузного перибронхиального склероза

72. Основным методом диагностики трахеобронхиальной дискинезии является:

- а) спирография,
- б) рентгенография грудной клетки,
- в) фибробронхоскопия,
- г) бронхография

73. Критерием ВОЗ для хронического бронхита является длительность кашля:

- а) не менее 6 месяцев в году в течение 2 лет подряд,
- б) более 4 месяцев в данном году,

- в) не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет подряд,
- г) не менее 2 месяцев в году в течение 3 лет подряд

74. Кашель более выражен:

- а) при дистальном бронхите,
- б) при проксимальном бронхите

75. При рентгенографии грудной клетки для хронической обструктивной болезни легких характерны:

- а) локальный пневмофиброз,
- б) диффузный пневмофиброз преимущественно в нижних отделах,
- в) диффузный пневмофиброз преимущественно в верхних отделах,
- г) утолщение стенок бронхов,
- д) плевральные сращения,
- е) признаки эмфиземы легких

76. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками:

- а) в осенне-зимний период,
- б) если мокрота слизистая,
- в) в периоды выделения гнойной мокроты

77. При скоплении жидкости в плевральной полости отмечаются:

- а) влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких
- б) абсолютная тупость при перкуссии
- в) отсутствие дыхания
- г) крепитация преимущественно в нижних отделах легких

78. Бромгексин обладает:

- а) противовоспалительным действием,
- б) способностью улучшать мукоцилиарный клиренс,
- в) бронхолитическим действием,
- г) способностью усиливать продукцию сурфактанта,
- д) способностью разжижать мокроту

79. При хронической обструктивной болезни легких возможны осложнения:

- а) правожелудочковая недостаточность
- б) эритроцитоз
- в) дыхательная недостаточность
- г) все перечисленное

80. Укажите, что не является компонентом бронхиальной обструкции:

- а) задержка мокроты
- б) ларингоспазм
- в) воспаления бронхов

- г) бронхоспазм
- д) отек слизистой оболочки

81. Какова величина ОФВ1 при ХОБЛ легкой степени тяжести:

- а) $50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$ от должного
- б) $\text{ОФВ1} < 30\%$ от должного
- в) $30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$ от должного
- г) $\text{ОФВ1} > 80\%$ от должного

82. Какова величина ОФВ1 при ХОБЛ тяжелого течения:

- а) $50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$ от должного
- б) $\text{ОФВ1} < 30\%$ от должного
- в) $30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$ от должного
- г) $\text{ОФВ1} > 80\%$ от должного

83. Наиболее эффективным приемом при массаже грудной клетки у пациента хроническим бронхитом является:

- а) поглаживание,
- б) растирание,
- в) разминание,
- г) вибрация

84. Развитию бронхоэктатической болезни в детстве способствуют:

- а) вирусный трахеобронхит,
- б) коклюш,
- в) скарлатина,
- г) острый бронхит,
- д) острая пневмония

85. Мокрота при бронхоэктатической болезни чаще:

- а) слизистая,
- б) гнойная,
- в) гнилостная,
- г) отсутствует

86. Из перечисленных симптомов для бронхоэктатической болезни характерны:

- а) приступообразный надсадный кашель,
- б) свистящее дыхание с удлиненным выдохом,
- в) кровохарканье,
- г) "барабанные палочки",
- д) значительное количество гнойной мокроты,
- е) диффузный цианоз

87. Наиболее информативным объективным клиническим признаком для диагностики локализованной формы бронхоэктатической болезни является:

- а) укорочение перкуторного тона,
- б) жесткое дыхание,
- в) сухие хрипы,

- г) мелкопузырчатые влажные хрипы,
 д) локализованные влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы,
 е) усиление голосового дрожания
88. Для влажных хрипов при бронхоэктатической болезни характерны:
 а) постоянство,
 б) изменчивость после постурального дренажа,
 в) изменчивость после откашливания,
 г) малый калибр хрипов,
 д) схожесть с "треском целлофана"
89. Наиболее информативными методами диагностики бронхоэктатической болезни являются:
 а) рентгенография грудной клетки,
 б) томография легких,
 в) фибробронхоскопия,
 г) бронхография,
 д) компьютерная томография,
 е) ангиопульмонография,
90. Наиболее эффективным путем введения антибиотиков при бронхоэктатической болезни является:
 а) пероральный,
 б) ингаляционный,
 в) внутримышечный,
 г) эндобронхиальный
91. Пациенты бронхоэктатической болезнью:
 а) чаще лечатся оперативно,
 б) чаще лечатся консервативно,
 в) во всех случаях подвергаются оперативному лечению,
 г) всегда лечатся консервативно
92. Из перечисленных лечебных процедур наиболее важной для пациентов бронхоэктатической болезнью является:
 а) массаж грудной клетки,
 б) дыхательная гимнастика,
 в) постуральный дренаж,
 г) оксигенотерапия
93. К пролонгированным препаратам теофиллина относятся:
 а) эуфиллин,
 б) диафиллин,
 в) теопек,
 г) ретафил,
 д) дипрофиллин,
 е) дитек
94. К селективным адреномиметикам (с преимущественным влиянием на β_2 -рецепторы) относятся:

- а) бриканил,
 б) изадрин,
 в) сальбутамол,
 г) эуспиран,
 д) беротек,
 е) астмопент
95. К ингаляционным препаратам для купирования приступов бронхиальной астмы относятся:
 а) беротек,
 б) интал,
 в) беродуал,
 г) сальбутамол,
 д) бекломет,
 е) теофедрин
96. Противопоказаниями к назначению ипратропиума бромида являются:
 а) глаукома,
 б) брадикардия,
 в) аденома предстательной железы
97. Из перечисленных кортикостероидов ингаляционно применяется:
 а) дексазон,
 б) бекломет,
 в) кеналог-40
98. К побочным эффектам ингаляционных кортикостероидов относятся:
 а) остеопороз,
 б) артериальная гипертензия,
 в) дисфония,
 г) кандидоз ротовой полости,
 д) сахарный диабет
99. Для приступа бронхиальной астмы характерно:
 а) развитие чаще в ночное время,
 б) экспираторное удушье,
 в) стридорозное дыхание,
 г) инспираторное удушье,
 д) "дистанционные" свистящие хрипы
100. При аускультации во время приступа бронхиальной астмы выявляются:
 а) сухие свистящие хрипы,
 б) ослабленное дыхание,
 в) отсутствие хрипов ("немое легкое"),
 г) удлинение выдоха
101. Об аллергической природе бронхиальной астмы в анализе мокроты свидетельствуют:
 а) эозинофилы,
 б) спирали Куршманна,
 в) кристаллы Шарко-Лейдена

102. О бронхиальной астме следует думать при наличии у пациентов:

- а) приступов экспираторного удушья
- б) приступообразной одышки
- в) свистящего дыхания
- г) приступообразного кашля
- д) любого из указанных симптомов

103. Астматическая триада включает:

- а) хронический гайморит,
- б) бронхиальную астму,
- в) непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов,
- г) полипоз носа,
- д) вазомоторную риносинусопатию

104. Для лечения бронхиальной астмы применяют следующие препараты:

- а) антилейкотриеновые препараты
- б) глюкокортикоидные гормоны
- в) бета2-адреностимуляторы
- г) метилксантины
- д) все перечисленное

105. У пожилого пациента с бронхиальной астмой и аденомой предстательной железы для купирования приступа не рекомендуются:

- а) астмопент,
- б) платифиллин,
- в) беродуал,
- г) ипратропиум бромид,
- д) сальбутамол

106. Что определяется как «астма под контролем»:

- а) постоянный контроль за состоянием самим пациентом
- б) постоянный контроль за состоянием пациента врачом
- в) достижения полного контроля над симптомами бронхиальной астмы в результате подбора терапии

107. Перкуторными признаками эмфиземы легких являются:

- а) коробочный перкуторный тон,
- б) тимпанический перкуторный тон,
- в) уменьшение границ относительной сердечной тупости,
- г) опущение нижних краев легких,
- д) сужение полей Кренига

108. К признакам эмфиземы легких при осмотре пациента относятся:

- а) горизонтальный ход ребер,
- б) уменьшение дыхательных экскурсий,

- в) выбухание надключичных ямок,
- г) втяжение межреберных промежутков,
- д) преобладание бокового размера грудной клетки над переднезадним

109. Для крупозной пневмонии характерны:

- а) боль в грудной клетке плеврального характера,
- б) "ржавая" мокрота,
- в) экспираторная одышка,
- г) острое начало,
- д) отделение гнойной мокроты

110. В стадии "прилива" крупозной пневмонии перкуторно определяется:

- а) легочный звук,
- б) коробочный звук,
- в) притупление перкуторного звука

111. Характерным признаком крупозной пневмонии в стадии "прилива" является:

- а) бронхиальное дыхание,
- б) жесткое дыхание,
- в) крепитация,
- г) звучные влажные хрипы

112. Рентгенологически для крупозной пневмонии характерны:

- а) четкие границы затенения,
- б) нечеткие границы затенения,
- в) неоднородное затенение,
- г) однородное затенение

113. Срок для определения возбудителя пневмонии при посеве мокроты составляет:

- а) 5-6 часов,
- б) 1 сутки,
- в) 3 дня,
- г) 5 дней,
- д) 1 неделю

114. Затяжной считается пневмония, если клинико-рентгенологическая симптоматика сохраняется:

- а) более 3 недель,
- б) более 4 недель,
- в) более 2 недель

115. В гнойном очаге воспаления активность антибиотика:

- а) повышается,
- б) понижается,
- в) не изменяется

116. В диагнозе при пневмонии должно быть отражено:

- а) вариант пневмонии

- б) этиология
- в) локализация процесса
- г) наличие осложнений
- д) все перечисленное

117. Что такое ступенчатая терапия пневмонии:

- а) увеличение дозы антибиотика в процессе терапии
- б) уменьшение дозы антибиотика
- в) переход с парентерального введения антибиотика на прием перорально
- г) смена антибиотиков в процессе лечения

118. Назовите критерии госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией:

- а) наличие болей в грудной клетке
- б) наличие цианоза
- в) выраженный лейкоцитоз
- г) все перечисленное

119. Эффективность назначенного при острой пневмонии антибиотика оценивается клинически:

- а) через 1 сутки,
- б) через 2-3 дня,
- в) через 4-5 дней,
- г) через 6-7 дней

120. Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является

- а) нормализация температуры:
- б) срок в 3-4 дня после нормализации температуры,
- в) срок в 8-10 дней после нормализации температуры,
- г) рассасывание пневмонической инфильтрации,
- д) нормализация показателей периферической крови

121. При лечении пневмонии у беременной в 1-м триместре можно использовать:

- а) тетрациклин,
- б) пенициллин,
- в) эритромицин,
- г) левомицетин

122. При легионеллезной пневмонии применяется:

- а) пенициллин,
- б) ампициллин,
- в) эритромицин,
- г) гентамицин

123. Чаще, чем в общей популяции, у алкоголиков встречаются:

- а) пневмонии, вызываемые грамположительной флорой,
- б) аспирационные пневмонии,
- в) абсцедирующие пневмонии,
- г) клебсиеллезная пневмония.
- д) легионеллезная пневмония

124. При абсцедирующей пневмонии у алкоголиков прорыв гнойника в бронх по сравнению с общей популяцией больных наблюдается:

- а) раньше,
- б) позже,
- в) примерно в те же сроки

125. Пациенту с пневмонией перед назначением антибиотикотерапии в первую очередь целесообразно произвести:

- а) клинический анализ крови,
- б) бактериоскопию мокроты,
- в) исследование мокроты на ВК,
- г) биохимическое исследование крови

126. Самым частым возбудителем легочного нагноения является:

- а) пневмококк,
- б) стафилококк,
- в) клебсиелла,
- г) микоплазма

127. К типичным симптомам гангрены легкого относятся:

- а) жидкая зловонная мокрота,
- б) выраженная интоксикация,
- в) анемия,
- г) светлая вязкая мокрота,
- д) лейкопения

128. Основным методом лечения хронических абсцессов легких является:

- а) консервативный,
- б) оперативный

129. Рак легкого чаще метастазирует:

- а) в заднешейные периферические лимфоузлы,
- б) в подмышечные периферические лимфоузлы,
- в) в надключичные периферические лимфоузлы,
- г) в подчелюстные периферические лимфоузлы

130. Для диагностики рака легкого на стадии carcinoma in situ информативными исследованиями являются:

- а) рентгенография грудной клетки,
- б) томография легких,
- в) цитологическое исследование промывных вод бронхов,

- г) фибробронхоскопия,
- д) бронхография,
- е) трансторакальная биопсия легкого

131. Для дифференциального диагноза ателектаза и экссудативного плеврита информативными исследованиями являются:

- а) ультразвуковое исследование,
- б) пробная плевральная пункция,
- в) бронхография,
- г) фибробронхоскопия,
- д) ангиопульмонография,
- е) компьютерная томография

132. Проявления синдрома апноэ во время сна усугубляются:

- а) алкоголем,
- б) снотворными,
- в) седативными средствами,
- г) дыхательными analeптиками,
- д) симпатомиметиками,
- е) метилксантинами

133. Для пациентов с легочной недостаточностью характерно:

- а) акроцианоз,
- б) диффузный цианоз,
- в) теплый цианоз,
- г) холодный цианоз,
- д) уменьшение выраженности цианоза после ингаляции кислорода

134. При каких состояниях может появиться плевральный выпот:

- а) деструктивный панкреатит
- б) цирроз печени с портальной гипертензией
- в) поддиафрагмальный абсцесс
- г) опухоль яичников
- д) все перечисленное

135. Самой частой причиной хронического легочного сердца является:

- а) рак легкого,
- б) деформация грудной клетки,
- в) первичная легочная гипертензия,
- г) обструктивная болезнь легких,
- д) рецидивирующая эмболия ветвей легочной артерии

136. Для лечения пациентов с декомпенсированным легочным сердцем на почве обструктивной болезни легких следует применять:

- а) β-адреноблокаторы,
- б) нитраты,
- в) антагонисты кальция,
- г) холинолитики

137. Боли при сухом плеврите:

- а) усиливаются при наклоне в больную сторону,
- б) усиливаются при наклоне в здоровую сторону,
- в) в одинаковой степени усиливаются при наклоне, как в больную, так и в здоровую сторону,
- г) не зависят от наклонов туловища

138. Шум трения плевры:

- а) прослушивается чаще на высоте вдоха,
- б) выслушивается на протяжении вдоха и выдоха,
- в) ослабевает после кашля,
- г) не изменяется после кашля,
- д) может ощущаться пальпаторно

139. Для трансудата характерны:

- а) относительная плотность плевральной жидкости меньше 1015,
- б) свертывание плевральной жидкости при длительном стоянии,
- в) проба Ривальта отрицательная

140. Экссудату свойственны:

- а) относительная плотность плевральной жидкости больше 1015,
- б) содержание в плевральной жидкости белка 3% и выше,
- в) проба Ривальта положительная

141. Плевральная пункция проводится:

- а) по нижнему краю вышележащего ребра,
- б) по верхнему краю нижележащего ребра

142. При опухолевых метастатических выпотах плевральная жидкость чаще представляет собой:

- а) трансудат,
- б) экссудат,
- в) хилоторакс,
- г) гемоторакс

143. Для туберкулезного плеврита характерно:

- а) серозно-фибринозный характер экссудата,
- б) геморрагический характер экссудата,
- в) вираж пробы Манту,
- г) преобладание нейтрофилов и эозинофилов в экссудате,
- д) преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости

144. Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры является типичным признаком:

- а) хронической недостаточности кровообращения,

- б) мезотелиомы (рака) плевры,
- в) аденокарциномы бронха,
- г) туберкулеза легких,
- д) системной красной волчанки

145. Для острой эмпиемы плевры характерно:

- а) острое начало,
- б) симптомы гнойной интоксикации,
- в) одышка,
- г) похудание

146. Основным методом лечения эмпиемы плевры является:

- а) введение антибиотиков внутривенно,
- б) иммунотерапия,
- в) эвакуация экссудата

147. Двумя наиболее частыми симптомами спонтанного пневмоторакса являются:

- а) беспокойство, страх,
- б) сухой кашель,
- в) снижение артериального давления,
- г) боль в грудной клетке,
- д) кровохарканье,
- е) одышка,
- ж) усиление голосового дрожания

148. Для спонтанного пневмоторакса характерно:

- а) бронхиальное дыхание,
- б) ослабленное дыхание,
- в) амфорическое дыхание,
- г) усиление бронхофонии,
- д) ослабление бронхофонии,
- е) крепитация,
- ж) отсутствие хрипов,
- з) шум трения плевры

149. Средостение при спонтанном пневмотораксе:

- а) смещается в больную сторону,
- б) смещается в здоровую сторону

150. Смещение органов средостения чаще наблюдается:

- а) при открытом пневмотораксе,
- б) при закрытом частичном пневмотораксе,
- в) при закрытом тотальном пневмотораксе,
- г) при клапанном пневмотораксе

151. Пневмосклероз представляет собой:

- а) самостоятельную нозологическую форму,
- б) результат различных заболеваний легких

152. Пневмосклероз развивается в результате:

- а) воспаления,
- б) дистрофических процессов,
- в) застоя крови,

г) застоя лимфы

153. Диффузный пневмосклероз может развиваться у пациентов:

- а) абсцессом легких,
- б) бронхоэктатической болезнью,
- в) острой пневмонией,
- г) хронической обструктивной болезнью легких

154. Двумя основными причинами очагового пневмосклероза являются:

- а) нагноительные заболевания легких,
- б) сердечная недостаточность,
- в) ателектаз одного или нескольких сегментов легких,
- г) бронхиальная астма,
- д) фиброзирующий альвеолит

155. Наиболее информативным методом выявления пневмосклероза является:

- а) физикальное обследование,
- б) рентгенография,
- в) ультразвуковое исследование

III. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

156. Повышенное артериальное давление на руках и пониженное на ногах характерно:

- а) для болезни Такаюсу,
- б) для коарктации аорты,
- в) для синдрома Кона,
- г) для болезни Иценко-Кушинга

157. Причиной паренхиматозных почечных артериальных гипертензии могут являться:

- а) хронический гломерулонефрит,
- б) хронический пиелонефрит,
- в) поликистоз почек,
- г) острый гломерулонефрит,
- д) инфаркт почки

158. Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной гипертензии является:

- а) внутривенная пиелография,
- б) определение ренина плазмы крови,
- в) изотопная ренография,
- г) почечная ангиография

159. К вариантам течения артериальной гипертензии при феохромоцитоме относятся:

- а) кризовое течение на фоне нормального артериального давления или умеренной артериальной гипертензии,
- б) стойкое повышение артериального давления без кризов,

в) кризовое течение на фоне постоянно повышенного артериального давления

160. Кризовое течение артериальной гипертензии часто наблюдается:

- а) при врожденном адреногенитальном синдроме,
- б) при синдроме Иценко-Кушинга,
- в) при первичном гиперальдостеронизме,
- г) при гипертиреозе,
- д) при феохромоцитоме

161. Вероятность симптоматической гипертензии высока:

- а) если она обнаружена в возрасте моложе 20 лет,
- б) при длительном приеме контрацептивов внутрь,
- в) при указании на поликистоз почек у одного из родителей,
- г) если она обнаружена в возрасте старше 40 лет

162. Разность артериального давления на правой и левой руке свыше 20 мм рт. ст. характерна:

- а) для болезни Такаюса,
- б) для коарктации аорты,
- в) для злокачественной формы гипертонической болезни,
- г) для артериальной гипертензии при стенозе почечной артерии

163. Решающее значение для диагностики поликистоза почек имеет:

- а) пальпация увеличенной почки,
- б) указание на отягощенную наследственность по поликистозу,
- в) изотопная ренография,
- г) ультразвуковое исследование почек

164. Повышение артериального давления при длительном применении способны вызывать:

- а) гормональные контрацептивы,
- б) трициклические антидепрессанты (амитриптилин, триптизол),
- в) производные метилксантина,
- г) нестероидные противовоспалительные средства

165. Изолированная систолическая артериальная гипертензия характерна:

- а) для тиреотоксикоза,
- б) для артериовенозной фистулы,
- в) для феохромоцитомы,
- г) для коарктации аорты,
- д) для гипертензии у беременных

166. Во время гипертонического криза при феохромоцитоме в крови обнаруживается:

- а) лейкоцитоз,
- б) гипергликемия,
- в) эозинофилия,
- г) гипокалиемия,
- д) гипербилирубинемия

167. Показанием к комбинированной терапии АГ является:

- а) АД выше 140/90 мм рт.ст.
- б) наличие гипертрофии миокарда левого желудочка
- в) высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск

168. Для коарктации аорты характерной чертой является зависимость клинической симптоматики от локализации места сужения аорты. При этом наблюдаются следующие ситуации:

- а) артериальное давление повышено на руках и снижено на нижних конечностях,
- б) асимметрия артериального давления на правой и левой руках,
- в) артериальное давление повышено как на руках, так и на ногах

169. К числу начальных обязательных инструментальных исследований, выполняемых у пациента при выявлении стойкой артериальной гипертензии, следует отнести:

- а) ультразвуковое исследование почек,
- б) радиоренографию,
- в) почечную ангиографию,
- г) электрокардиографию,
- д) офтальмоскопию

170. Для злокачественной формы гипертонической болезни характерным является наличие

- а) стойкой высокой, преимущественно диастолической (свыше 120 мм рт. ст.) артериальной гипертензии:
- б) низкой активности ренина плазмы крови,
- в) гиперволемии,
- г) гипертрофии левого желудочка на ЭКГ,
- д) ангиопатии сетчатки и отека диска зрительного нерва

171. К числу признаков, позволяющих отличать артериальную гипертензию при хроническом пиелонефрите от гипертонической болезни, следует отнести:

- а) асимметричность ренографических кривых,
- б) деформацию чашечно-лоханочной системы при внутривенной урографии,
- в) наличие бактериурии,

- г) повышенные значения активности ренина в плазме крови,
- д) отеки лица по утрам

172. К наиболее частым проявлениям гипертонической болезни относятся:

- а) боли в затылочной области,
- б) шум в голове,
- в) мелькание "мушек" перед глазами, ухудшение зрения,
- г) похудание,
- д) двоение в глазах

173. Наиболее частой причиной развития вторичной артериальной гипертензии является:

- а) заболевания почек,
- б) заболевания эндокринной системы,
- в) врожденные пороки сердца,
- г) коллагенозы,
- д) прием медикаментов

174. В возникновении артериальной гипотонии играют роль:

- а) снижение ударного выброса,
- б) уменьшение периферического сосудистого сопротивления,
- в) гиповолемия

175. Нарушения кардиогемодинамики, вызывающие острую гипотонию, могут возникнуть:

- а) при аортальном стенозе,
- б) при тромбозе почечных вен,
- в) при тромбозе легочной артерии.
- г) при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии.
- д) при миксеме левого предсердия

176. Вазовагальная депрессия с пресинкопальным состоянием может проявляться:

- а) резкой слабостью и невозможностью устоять на ногах,
- б) чувством грядущей потери сознания,
- в) бледностью и холодным потом,
- г) покраснением лица,
- д) нарушением зрения

177. К симптомам, предшествующим обмороку, относятся:

- а) возбуждение,
- б) гипервентиляция, вздохи, зевота,
- в) тяжесть (дискомфорт) в эпигастрии,
- г) тошнота,
- д) мелькание в глазах,
- е) учащенное сердцебиение,
- ж) брадикардия

178. Симулировать синкопальное состояние могут:

- а) эпилепсия,
- б) церебральная ишемия,
- в) гипогликемия,
- г) истерия

179. Пациентам с гиперхолестеринемией целесообразно рекомендовать:

- а) снижение потребления яичных желтков,
- б) ограничение потребления сливочного масла,
- в) ограничение потребления растительного масла,
- г) включение в пищевой рацион продуктов, богатых клетчаткой, отрубей,
- д) ограничение потребления морской рыбы,
- е) потребление нежирных сортов мяса, предпочтительнее мяса птиц

180. Развитию атеросклероза способствуют:

- а) хроническая никотиновая интоксикация,
- б) артериальная гипертензия,
- в) артериальная гипотония,
- г) злоупотребление жирной пищей,
- д) физическая работа,
- с) малоподвижный образ жизни

181. Реже всего поражаются атеросклерозом:

- а) мозговые сосуды,
- б) коронарные сосуды,
- в) сосуды верхних конечностей,
- г) сосуды нижних конечностей,
- д) аорта

182. Среди эндокринных заболеваний к развитию атеросклероза предрасполагает:

- а) болезнь Аддисона,
- б) тиреотоксикоз,
- в) сахарный диабет,
- г) гипотиреоз

183. При наличии атеросклероза целесообразно:

- а) проведение адекватной терапии конкретной патологии, обусловленной атеросклерозом,
- б) гипохолестеринемическая диета,
- в) отказ от курения,
- г) дозированная физическая нагрузка,
- д) снижение физических нагрузок

184. Диагноз стенокардии может быть с уверенностью исключен:

- а) если боль локализуется в правой половине грудной клетки,
- б) если боль локализуется в эпигастрии,
- в) если боль провоцируется приемом пищи,
- г) если отсутствует эффект нитроглицерина,

д) ни в одном из перечисленных случаев

185. К наиболее характерным проявлениям стенокардии относятся:

- а) загрудинный дискомфорт - сжатие, давление, тяжесть,
- б) боли за грудиной с иррадиацией влево,
- в) "колотье" в области верхушки сердца,
- г) длительная ноющая боль в прекардиальной области

186. На ЭКГ у пациента стенокардией (вне приступа) может регистрироваться:

- а) нормальная ЭКГ,
- б) нарушение реполяризации,
- в) изменение внутрижелудочковой проводимости

187. Ишемической болезни сердца могут сопутствовать:

- а) острый инфаркт миокарда,
- б) стенокардия,
- в) нарушение ритма и проводимости,
- г) сердечная недостаточность,
- д) внезапная смерть,
- е) отсутствие видимых клинических симптомов

188. Понятие нестабильной стенокардии включает:

- а) беспокоящие более 2 месяцев частые приступы стенокардии напряжения и покоя,
- б) увеличение частоты длительности и интенсивности приступов стенокардии в течение последнего месяца,
- в) приступы стенокардии, возникшие в первые дни (или недели) острого инфаркта миокарда,
- г) частые, недавно (в течение 4 недель) возникшие приступы стенокардии

189. Тактика ведения пациента с нестабильной стенокардией подразумевает:

- а) лечение на дому,
- б) срочную госпитализацию,
- в) плановую госпитализацию

190. β-адреноблокаторы при стенокардии показаны:

- а) для учащения ритма,
- б) для урежения ритма,
- в) для снижения силы сокращений миокарда

191. Из механизмов действия нитратов при стенокардии самым важным считается:

- а) расширение коронарных артерий,
- б) увеличение тока крови в коллатеральных,

в) системная вазодилатация, снижающая напряжение миокарда и его потребность в кислороде

192. Самой частой причиной ранней смерти (в течение часа) при остром инфаркте миокарда является:

- а) острая левожелудочковая недостаточность,
- б) тампонада сердца,
- в) фибрилляция желудочков,
- г) тромбоэмболия артериальных сосудов

193. Щелчок открытия клапана может быть признаком:

- а) митрального стеноза,
- б) аортального стеноза,
- в) трикуспидального стеноза,
- г) пульмонального стеноза

194. К рентгенологическим признакам митрального стеноза относятся:

- а) сглаженность талии сердца (выбухание II и III дуг слева),
- б) отклонение пищевода, контрастированного барием, в левом боковом и в 1-м косом положении на уровне левого предсердия,
- в) затенение ретрокардиального пространства вследствие увеличения левого желудочка,
- г) сужение ретростерального пространства вследствие увеличения правых отделов сердца,
- д) расширение ветвей легочной артерии

195. Тахикардиями наиболее часто осложняется:

- а) митральный стеноз,
- б) стеноз устья аорты,
- в) трикуспидальная недостаточность,
- г) коарктация аорты

196. К ЭКГ-признакам изолированного митрального стеноза относятся:

- а) гипертрофия левого предсердия,
- б) гипертрофия правого желудочка,
- в) атриовентрикулярная блокада I степени,
- г) гипертрофия левого желудочка

197. Наиболее информативным методом оценки тяжести митрального стеноза является:

- а) физикальное обследование,
- б) эхокардиография,
- в) электрокардиография,
- г) рентгенологическое исследование

198. Клиническими признаками коарктации аорты являются:

- а) напряженный пульс на верхних конечностях и слабый - на нижних,

- б) онемение нижних конечностей, перемежающаяся хромота,
- в) цианоз нижней половины тела (диссоциированный цианоз),
- г) синдром Рейно

199. Для резко выраженного аортального стеноза не характерно:

- а) приступы стенокардии,
- б) синкопальные состояния,
- в) внезапная смерть,
- г) высокая артериальная гипертония

200. Для выявления дилатации левого желудочка наибольшую ценность имеет:

- а) электрокардиография,
- б) полипозиционная рентгенография,
- в) томография,
- г) эхокардиография,
- д) апекскардиография

201. Первичная легочная гипертония чаще всего встречается:

- а) у молодых женщин,
- б) у девочек,
- в) у пожилых мужчин,
- г) у юношей

202. При первичной легочной гипертонии встречается любое из указанных состояний, за исключением:

- а) гипертрофии правого желудочка,
- б) гипертрофии левого желудочка,
- в) атеросклеротических бляшек в крупных легочных артериях,
- г) слабой васкуляризации периферии легких

203. Для резкого пульмонального стеноза не характерно:

- а) маленький рост, тонкая шея,
- б) выраженное набухание яремных вен,
- в) интенсивный систолический шум и дрожание во II межреберье слева у грудины,
- г) ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка и предсердия,
- д) значительное венозное полнокровие легких

204. В возникновении врожденных пороков сердца имеют значение:

- а) лекарственные влияния на плод,
- б) алкоголизм родителей,
- в) повышенная радиоактивность,
- г) повышенное содержание нитратов в продуктах

205. Для цианотических врожденных пороков не характерно:

- а) полицитемия,
- б) пальцы в виде "барабанных палочек",
- в) одышка при физической активности,
- г) повышение артериального давления

206. Для тетрады Фалло характерно все ниже перечисленное, за исключением:

- а) межжелудочкового дефекта,
- б) декстропозиции аорты,
- в) пульмонального стеноза,
- г) межпредсердного дефекта,
- д) гипертрофии правого желудочка

207. Какой врожденный порок чаще всего встречается у детей:

- а) межжелудочковый дефект,
- б) открытый артериальный проток,
- в) пульмональный стеноз,
- г) межпредсердный дефект,
- д) коарктация аорты,
- е) тетрада Фалло

208. Двумя наиболее частыми вариантами врожденных пороков у взрослых являются:

- а) межжелудочковый дефект,
- б) открытый артериальный проток,
- в) пульмональный стеноз,
- г) межпредсердный дефект,
- д) коарктация аорты,
- е) тетрада Фалло

209. Патогномоничными диагностическими признаками острого миокардита являются:

- а) боли в левой половине грудной клетки,
- б) изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ,
- в) изменения комплекса QRS на ЭКГ,
- г) повышение конечно-диастолического давления в левом желудочке,
- д) ничего из перечисленного

210. К первичным кардиомиопатиям не относится:

- а) застойная (дилатационная) кардиомиопатия,
- б) ишемическая кардиомиопатия,
- в) гипертрофическая кардиомиопатия,
- г) рестриктивная кардиомиопатия

211. Для застойной кардиомиопатии характерны перечисленные клинические проявления, за исключением:

- а) симптомов право- и левожелудочковой сердечной недостаточности,
- б) раннего появления дилатации сердца,
- в) артериальной гипертензии,
- г) патологических тонов (желудочковый и предсердный ритм галопа),

д) склонности к нарушению ритма

212. К рестриктивным кардиомиопатиям относятся:

- а) фиброэластоз эндокарда,
- б) эндомикардиальный фиброз,
- в) амилоидоз сердца,
- г) эозинофильная эндомикардиальная болезнь

213. Что такое пролапс митрального клапана:

- а) прогиб створки или створок в направлении противоположном току крови, сопровождающееся появлением регургитации
- б) сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия
- в) приобретенные морфологические изменения митрального клапана
- г) все перечисленное не верно
- д) все перечисленное верно

214. У пациента с подозрением на дилатационную кардиомиопатию специфические признаки заболевания могут быть выявлены с помощью:

- а) фонокардиографии,
- б) определения циркулирующих иммунных комплексов,
- в) эхокардиографии,
- г) рентгенографии,
- д) ничего из перечисленного

215. При инфекционном эндокардите процесс локализован в сердечно-сосудистой системе, и возбудитель попадает в сердце только гематогенным путем. Попаданию возбудителя в кровь чаще всего способствуют:

- а) инвазивные исследования и операции на сердце и сосудах,
- б) эндоскопические исследования (урогенитальные, хирургические),
- в) зубные процедуры (экстракция, глубокое сверление),
- г) беременность и роды,
- д) постоянные венозные катетеры,
- е) частые внутривенные вливания

216. Наибольший риск вторичного инфекционного эндокардита имеет место при трех состояниях. К ним относятся:

- а) митральный стеноз,
- б) митральная недостаточность,
- в) аортальный стеноз,
- г) аортальная недостаточность,
- д) клапанные протезы

217. Наибольший риск вторичного инфекционного эндокардита имеет место при

двух врожденных пороках. К этим порокам относятся:

- а) дефект межпредсердной перегородки,
- б) дефект межжелудочковой перегородки,
- в) пульмональный стеноз,
- г) открытый артериальный проток

218. К основным клиническим синдромам инфекционного эндокардита относятся

- а) инфекция
- б) артериальные эмболии
- в) изменения со стороны сердца
- г) гломерулонефрит

219. Наиболее информативным лабораторным тестом, подтверждающим диагноз инфекционного эндокардита, является:

- а) резкое ускорение СОЭ,
- б) анемия,
- в) нейтрофильный лейкоцитоз,
- г) лейкопения,
- д) высев возбудителя в культуре крови,
- е) изменения в моче

220. Причинами острого перикардита могут быть:

- а) острый инфаркт миокарда,
- б) вирусная инфекция,
- в) ревматизм,
- г) туберкулез,
- д) злокачественные опухоли

221. Болевой синдром при остром инфаркте миокарда и остром перикардите имеет общие черты. При диагностике острого перикардита может помочь факт:

- а) локализации боли за грудиной,
- б) иррадиации в левое плечо,
- в) усиления боли при глубоком вдохе,
- г) отсутствия эффекта нитроглицерина

222. Наиболее информативным в диагностике экссудативного перикардита является:

- а) шум трения перикарда,
- б) увеличение границ сердца,
- в) повышение давления в яремных венах,
- г) "парадоксальный" пульс,
- д) эхокардиографическое исследование

223. Клинические признаки тампонады сердца представлены:

- а) одышкой, ортопноэ,
- б) глухими тонами сердца,
- в) перикард-тоном,
- г) высоким артериальным давлением,
- д) парадоксальным пульсом,
- е) гепатомегалией

224. Для экссудативного перикардита характерно:

- а) шум трения перикарда,
- б) одышка,
- в) тахикардия.
- г) набухание шейных вен,
- д) увеличение размеров сердца,
- е) повышение центрального венозного давления

225. Укажите два наиболее распространенных варианта инфекционного перикардита:

- а) вирусный,
- б) бактериальный,
- в) туберкулезный,
- г) грибковый,
- д) паразитарный

226. Наиболее информативным методом диагностики дополнительных путей проведения в миокарде является:

- а) электрофизиологическое исследование,
- б) поверхностная электрокардиография,
- в) пищеводное отведение электрокардиограммы,
- г) внутривенное отведение электрокардиограммы,
- д) эпикардальное отведение электрокардиограммы

227. Показаниями к электроимпульсной терапии являются:

- а) фибрилляция и трепетание желудочков,
- б) ускоренный идиовентрикулярный ритм,
- в) пароксизм мерцания предсердий, сопровождающийся быстро прогрессирующей сердечной недостаточностью,
- г) желудочковая тахикардия, резистентная к медикаментозной терапии

228. Типичными ЭКГ-признаками желудочковой экстрасистолии являются:

- а) изменение формы или поляриности зубца Р,
- б) расширение желудочкового комплекса,
- в) изменение формы желудочкового комплекса,
- г) наличие полной компенсаторной паузы

229. Для лечения синусовой тахикардии применяются:

- а) анаприлин,
- б) верапамил,
- в) дизопирамид,
- г) лидокаин

230. Проведение через атриовентрикулярное соединение улучшают:

- а) верапамил,
- б) атропин,

- в) алупент,
- г) панангин,
- д) дигоксин

231. При мерцательной аритмии:

- а) на ЭКГ отсутствуют зубцы Р,
- б) на ЭКГ присутствуют волны фибрилляции предсердий (лучше идентифицируются в отведении V1),
- в) у больных с митральным стенозом может провоцироваться отек легких,
- г) электрическая кардиоверсия, как правило, неэффективна

232. Все перечисленное относительно трепетания предсердий является справедливым, за исключением:

- а) частота сокращений предсердий составляет 160-200 в минуту,
- б) частота сокращений предсердий составляет 240-350 в минуту,
- в) вагусные приемы могут уменьшить число сокращений желудочков,
- г) эффективным методом лечения является электроимпульсная терапия

233. Верапамил:

- а) блокирует медленные кальциевые каналы,
- б) подавляет активность синусового и атриовентрикулярного узлов,
- в) вызывает рефлекторную тахикардию,
- г) эффективен для купирования пароксизмов суправентрикулярной тахикардии

234. К группе мембраностабилизирующих антиаритмических средств относят:

- а) пропранолол,
- б) хинидин,
- в) верапамил,
- г) лидокаин,
- д) орнид (тозилат бретилия)

235. Показаниями для постоянной кардиостимуляции являются:

- а) атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи - Эдамса - Стокса,
- б) рефрактерная сердечная недостаточность на фоне полной атриовентрикулярной блокады с частотой сердечных сокращений 50 в минуту,
- в) полная атриовентрикулярная блокада с частотой сердечных сокращений 40 в минуту независимо от состояния гемодинамики пациента

236. При трепетании предсердий:

- а) пульс и сердцебиения могут быть ритмичными,

б) по пульсу и сердцебиению мерцание и трепетание предсердий могут быть схожими,
 в) имеются постоянная и пароксизмальная формы,
 г) эффективным методом лечения является электроимпульсная терапия

237. Синусовая тахикардия может быть обусловлена:

- а) повышением давления в аорте,
- б) повышением давления в полых венах,
- в) введением ацетилхолина,
- г) приемом нифедипина

238. Сердечная недостаточность может протекать с высоким сердечным выбросом:

- а) при тиреотоксикозе,
- б) при гипертрофической кардиомиопатии без обструкции путей оттока,
- в) при дилатационной кардиомиопатии,
- г) при артерио-венозных фистулах

239. Все перечисленное относительно хронической застойной сердечной недостаточности является верным, за исключением:

- а) постельный режим способствует увеличению диуреза,
- б) всегда сопровождается дилатацией желудочков сердца,
- в) в оценке легочного застоя рентгенологические признаки более чувствительны, чем физикальные,
- г) может протекать с высоким сердечным выбросом

240. Риск возникновения тромбоза глубоких вен увеличивают:

- а) застойная сердечная недостаточность,
- б) ожирение,
- в) злокачественные опухоли,
- г) физические нагрузки

241. Основные причины острой сердечной недостаточности с низким сердечным выбросом:

- а) острый коронарный синдром
- б) острый миокардит
- в) ТЭЛА
- г) тампонада сердца
- д) все перечисленное

242. Причинами сердечной недостаточности из-за первичного (прямого) поражения миокарда могут быть:

- а) ишемическая болезнь сердца,
- б) дилатационная кардиомиопатия,

- в) миокардит,
- г) витаминная недостаточность,
- д) митральный стеноз

243. Причинами, провоцирующими появление сердечной недостаточности или утяжеляющими ее клинические проявления, могут быть:

- а) возникновение аритмий,
- б) присоединение инфекции,
- в) значительное повышение артериального давления,
- г) анемия,
- д) тромбоэмболия легочной артерии

244. Спровоцировать сердечную недостаточность из-за задержки жидкости или снижения сократимости миокарда могут:

- а) β-адреноблокаторы,
- б) стероидные гормоны,
- в) нестероидные противовоспалительные средства,
- г) диуретики,
- д) цитостатики-антрациклины,
- е) сердечные гликозиды

245. Для левожелудочковой недостаточности наиболее специфичны:

- а) ортопноэ,
- б) диспноэ,
- в) приступы удушья по ночам (пароксизмальное ночное удушье),
- г) дыхание Чейн-Стокса,
- д) влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах легких

246. Наиболее информативным методом выявления признаков сердечной недостаточности является:

- а) электрокардиография,
- б) рентгеноскопия грудной клетки,
- в) фонокардиография,
- г) радиоизотопная кардиография

247. Вероятность интоксикации сердечными гликозидами увеличивают:

- а) гипокалиемия,
- б) хроническая почечная недостаточность,
- в) прием антацидов,
- г) прием ингибиторов конвертирующего фермента,
- д) гиперкальциемия

248. При оценке типа или тяжести сердечной недостаточности наименее надежным признаком является:

- а) боль в области сердца,
- б) цианоз,

- в) отеки,
- г) кровохарканье

249. Для усиления сократимости миокарда применяются:

- а) сердечные гликозиды,
- б) β-адреноблокаторы,
- в) антагонисты кальция,
- г) симпатомиметики

250. Характерными клиническими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) цианоз,
- б) снижение центрального венозного давления,
- в) одышка,
- г) набухание шейных вен,
- д) синусовая тахикардия

251. Первоочередными исследованиями для уточнения диагноза тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) анализ мокроты,
- б) ЭКГ,
- в) коагулограмма,
- г) рентгенография грудной клетки,
- д) проба Тиффно

252. К числу неотложных мероприятий при лечении тромбоэмболии легочной артерии необходимо отнести:

- а) управляемую гипотонию,
- б) назначение β-адреноблокаторов,
- в) введение гепарина,
- г) введение фибринолитического препарата,
- д) ингаляцию кислорода

253. Для снижения давления в легочной артерии при ее тромбоэмболии целесообразно использовать:

- а) эуфиллин,
- б) обзидан,
- в) дигоксин,
- г) нифедипин

254. Для больных с вегето-сосудистой дистонией характерно:

- а) тревожно-мнительный характер, стремление очень детально и многословно обрисовать все свои ощущения и найти им объяснение,
- б) жалобы на боли в области верхушки сердца, чувство "неполноты" вдоха,
- в) плохой сон,
- г) неустойчивость настроения, склонность к слезам,
- д) пониженная работоспособность, утомляемость,
- е) бодрое настроение

255. Для больных с вегето-сосудистой дистонией характерно:

- а) удовлетворительное состояние,
- б) теплые на ощупь руки,
- в) холодные влажные руки,
- г) стойкая брадикардия,
- д) лабильность пульса,
- е) отсутствие изменений при исследовании сердца,
- ж) нормальная частота дыхания при наличии глубоких "вздохов",
- з) тремор пальцев вытянутых рук, дрожание век

IV. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

256. Первичная ахалазия (кардиоспазм) пищевода чаще встречается:

- а) у пожилых,
- б) у детей,
- в) у людей молодого и среднего возраста

257. Ранним симптомом рака пищевода является:

- а) дисфагия,
- б) постоянная боль за грудиной,
- в) мелена,
- г) осиплость голоса

258. Для диагностики рака пищевода наиболее информативными исследованиями являются:

- а) рентгеноскопия пищевода,
- б) ультразвуковое исследование,
- в) эзофагоскопия

259. При наличии ахалазии (кардиоспазма) пищевода целесообразно использовать:

- а) адреномиметики,
- б) холинолитики,
- в) психотерапию

260. Для диагностики первичной ахалазии (кардиоспазма) пищевода наиболее информативными исследованиями являются:

- а) рентгеноскопия пищевода,
- б) эндоскопическое исследование пищевода,
- в) ультразвуковое исследование,
- г) гистологическое исследование слизистой пищевода

261. Препаратами, нормализующими моторику желудка и применяемыми для лечения рефлюкс-эзофагита, являются:

- а) ганатон,
- б) атропин,
- в) мотилиум,
- г) церукал

262. Для гастрита типа А характерно:

- а) преимущественное поражение антрального отдела желудка,
- б) преимущественное поражение тела желудка,
- в) клиническая картина аналогична язвенной болезни,
- г) гиперпродукция соляной кислоты,
- д) нормо- или гипоацидность

263. Диагноз функционального расстройства толстой кишки ставится методом исключения органических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Данное утверждение:

- а) правильно,
- б) неправильно

264. Назначать антациды пациенту язвенной болезнью 12-перстной кишки целесообразно:

- а) через 1 час после еды,
- б) за 1 час до еды и на ночь,
- в) во время еды,
- г) индивидуально, накануне предполагаемого появления болей и на ночь

265. К препаратам, покрывающим защитным слоем язвенный дефект при язвенной болезни, относятся:

- а) сукральфат (вентер),
- б) ренни,
- в) де-нол,
- г) гастроцепин,
- д) циметидин

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

- а) с синдромом Дубина – Джонсона,
- б) с синдромом Золлингера – Эллисона,
- в) с изъязвлением рака желудка,
- г) с язвами угла желудка

267. Показаниями для направления пациента с язвенной болезнью к хирургу с целью решения вопроса с хирургическим лечением являются:

- а) язва желудка, не рубцующаяся через 1,5 месяца после начала лечения,
- б) язва желудка, не рубцующаяся более 4 месяцев от начала клинических проявлений, включая проведенное лечение в течение 6 недель,
- в) наличие язвы в желудке и 12-перстной кишке одновременно,
- г) повторное кровотечение из язвы на фоне медикаментозной терапии

268. Малигнизация наиболее вероятна:

- а) при язве постбульбарного отдела,
- б) при множественной язве луковицы 12-перстной кишки,
- в) при язве верхней трети тела желудка,
- г) при язве желудочного канала

269. К предраковым изменениям слизистой желудка, требующим диспансерного наблюдения, включая контрольные гистологические исследования при фиброгастродуоденоскопии, относятся:

- а) полипоз желудка,
- б) атрофический гастрит с метаплазией эпителия,
- в) хронический гастрит, тип В

270. Для раннего пострезекционного демпинг-синдрома характерно наличие:

- а) тахикардии, тремора после приема пищи,
- б) слабости после приема пищи,
- в) похудания,
- г) болей в эпигастральной области после приема пищи

271. Проявления раннего пострезекционного демпинг-синдрома отмечаются:

- а) через 5-20 минут после еды,
- б) через 60-120 минут после еды,
- в) через 3-5 часов после еды

272. При демпинг-синдроме целесообразно:

- а) исключение сладких продуктов,
- б) прием только жидкой пищи,
- в) питание твердой и относительно трудно перевариваемой пищей,
- г) медикаментозная терапия, аналогичная терапии при обострении язвенной болезни,
- д) частое дробное питание

273. Приступы распирающей боли в правом подреберье после еды, стихающей после упорной обильной рвоты, у больного с резецированным по Бильрот-II желудком характерны:

- а) для синдрома "приводящей петли",
- б) для пенетрации язвы культи желудка в печень,
- в) для холецисто-холангита

274. Дуоденит может быть причиной:

- а) цирроза печени,
- б) дискинезии желчевыводящих путей,
- в) хронического панкреатита,
- г) синдрома Жильбера

275. При лечении дуоденита используют медикаментозную терапию, аналогичную терапии:

- а) при язве 12-перстной кишки,
- б) при язве желудка,
- в) при хроническом гастрите типа А

276. При подозрении на заболевание тонкой кишки в план обследования пациента включаются:

- а) фиброгастродуоденоскопия,
- б) ирригоскопию или фиброколоноскопия,
- в) рентгенограмма тонкой кишки,
- г) копрограмма,
- д) биопсия тонкой кишки

277. Адекватная терапия дисбактериоза при хроническом энтерите включает:

- а) рациональную диету,
- б) сульфаниламиды,
- в) заместительную ферментотерапию,
- г) лактобактерин, колибактерин

278. Для поноса тонкокишечного типа характерно:

- а) каловые массы значительны по объему,
- б) наличие ложных позывов (тенезмов),
- в) частота стула - 2-4 раза в день,
- г) наличие слизи, крови в испражнениях,
- д) отсутствие слизи, крови в испражнениях

279. Для неспецифического язвенного колита в фазе обострения характерно:

- а) запоры,
- б) поносы,
- в) стул с примесью крови и слизи,
- г) схваткообразные боли в животе,
- д) ложные позывы (тенезмы)

280. Для подтверждения диагноза неспецифического язвенного колита применяется:

- а) ректороманоскопия,
- б) фиброколоноскопия с биопсией слизистой,
- в) копрограмма,
- г) ирригоскопия

281. В клиническом анализе крови у пациента неспецифическим язвенным колитом характерны:

- а) гипохромная анемия,
- б) гиперхромная макроцитарная анемия,
- в) лейкоцитоз,
- г) лейкопения,
- д) сдвиг лейкоцитарной формулы влево

282. При неспецифическом язвенном колите прямая и сигмовидная кишка поражаются:

- а) до 95% случаев,
- б) до 50% случаев,
- в) до 25% случаев

283. Препаратами выбора при лечении неспецифического язвенного колита являются:

- а) антибиотики широкого спектра действия,
- б) салазопрепараты,
- в) нитрофураны

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

- а) перианальная область,
- б) поперечноободочная кишка,
- в) пищевод,
- г) желудок,
- д) терминальный отдел подвздошной кишки

285. К симптомам, при наличии которых можно предположить болезнь Крона тонкой кишки, относятся:

- а) неустойчивый стул,
- б) длительно субфебрильная температура, не объяснимая заболеваниями других внутренних органов,
- в) тенезмы

286. К факторам риска рака толстой кишки относятся:

- а) недостаток в рационе животных белков и жиров,
- б) неспецифический язвенный колит,
- в) семейный полипоз толстой кишки,
- г) недостаточное употребление в пищу продуктов, богатых клетчаткой

287. Для раннего выявления рака прямой и толстой кишки показаны:

- а) ректороманоскопия,
- б) исследование кала на скрытую кровь,
- в) обзорная рентгенограмма брюшной полости,
- г) пальцевое исследование прямой кишки

288. Рак тонкой кишки может проявляться:

- а) гипохромной анемией,
- б) кишечной непроходимостью,
- в) отеками,
- г) гиперемией кожи вследствие гиперпродукции серотонина,
- д) упорными поносами

289. Для гипомоторной дискинезии толстой кишки характерны:

- а) кровь и слизь в кале,

- б) атонические запоры,
- в) поносы,
- г) тупые боли в животе,
- д) упорные головные боли

290. Относительно хронического панкреатита справедливо:

- а) хронический панкреатит - панкреатит мелких протоков,
- б) наиболее частая причина хронического панкреатита - злоупотребление алкоголем,
- в) наличие стеатореи, кальцификации, вторичного диабета свидетельствуют о запущенной стадии хронического панкреатита

291. Острый панкреатит наиболее часто сочетается:

- а) с гиперацидным гастритом,
- б) с гиперспленизмом,
- в) с желчнокаменной болезнью,
- г) с метаплазией слизистой желудка

292. Все перечисленное, касающееся лечения хронического панкреатита верно, за исключением:

- а) лечение острой фазы хронического панкреатита не отличается от такового при остром панкреатите,
- б) ограничения в диете не влияют на течение заболевания,
- в) показано назначение препаратов, понижающих желудочную секрецию,
- г) показаны в основном жиры растительного происхождения

293. Наиболее частыми причинами острого панкреатита считаются заболевания желчных путей и алкоголизм. Данное утверждение:

- а) правильно,
- б) неправильно

294. В патогенезе острого панкреатита имеют значение:

- а) рефлюкс желчи в панкреатический проток,
- б) активация трипсином ферментов, разрушающих мембраны клеток,
- в) активация трипсином эластазы, вызывающей геморрагические некрозы,
- г) поражение ацинарных клеток и сосудов вследствие травмы, ишемии

295. В копрограмме у пациентов с недостаточностью функции поджелудочной железы могут выявляться:

- а) полифекалия,
- б) жидкий или кашицеобразный стул,
- в) стеаторея,

- г) амилорея,
- д) креаторея

296. Повышение уровня амилазы в крови и в моче считается абсолютно специфичным признаком панкреатита. Данное утверждение:

- а) правильно,
- б) неправильно

297. Сочетание желтухи с пальпируемым увеличенным безболезненным желчным пузырем наблюдается:

- а) при хроническом панкреатите,
- б) при раке желчного пузыря,
- в) при раке головки поджелудочной железы,
- г) при камне в пузырном протоке,
- д) при камне в общем желчном протоке

298. Рак поджелудочной железы наиболее часто локализуется:

- а) в головке,
- б) в теле и хвосте,
- в) в хвосте

299. Желтуха при раке поджелудочной железы:

- а) чаще встречается при поражении хвоста pancreas,
- б) носит обтурационный характер,
- в) связана с метастазированием в печень,
- г) сопровождается повышением щелочной фосфатазы в крови

300. Рак поджелудочной железы в начальной стадии болезни не имеет характерных симптомов. Данное утверждение:

- а) неправильно,
- б) правильно

301. Внезапно возникшая подпеченочная желтуха без анамнестических указаний на предшествующую печеночную колику вызывает подозрение:

- а) на эхинококкоз печени,
- б) на болезнь Вильсона-Коновалова,
- в) на рак Фатерова соска,
- г) на рак головки поджелудочной железы

302. Выберите два исследования, наиболее информативные для уточнения причины подпеченочной желтухи:

- а) ультразвуковое исследование,
- б) дуоденография в условиях гипотонии,
- в) ангиография в поджелудочной железе,
- г) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография,
- д) радионуклеидное сканирование

303. Частые гипогликемические состояния у пациента, не страдающего сахарным диабетом, наиболее вероятно связаны:

- а) с инсулиномой,
- б) с синдромом Золлингера-Эллисона,
- в) с випомой

304. Для подтверждения диагноза дисбактериоза необходимо выполнить:

- а) фиброгастроколоноскопию с биопсией слизистой,
- б) специальное бактериологическое исследование кала,
- в) дуоденальное зондирование с посевом желчи на бактериальную флору,
- г) серологическое исследование

305. Дискинезии желчных путей могут быть вторичными на фоне:

- а) цирроза печени,
- б) дуоденита,
- в) хронического гастрита,
- г) желчнокаменной болезни,
- д) аномалии желчных путей

306. Пациенту с гипотонией желчного пузыря целесообразно назначить:

- а) сорбит, ксилит,
- б) но-шпу, папаверин,
- г) минеральные воды с низкой минерализацией теплые, без газа,
- д) минеральные воды с высокой минерализацией холодные, газированные

307. Холекинетики противопоказаны:

- а) при холецистолитиазе,
- б) при холедохолитиазе,
- в) при дискинезии желчных путей по гипермоторному типу,
- г) при дискинезии желчных путей по гипомоторному типу

308. Для обострения хронического холецистита характерно:

- а) лихорадка,
- б) ознобы,
- в) боли в правом подреберье,
- г) тошнота и рвота,
- д) лейкоцитоз с палочкоядерных сдвигом

309. Локальная болезненность в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой характерна:

- а) для холецистита,
- б) для холангита,
- в) для панкреатита,

- г) для язвы 12-перстной кишки,
- д) для рака головки поджелудочной железы

310. Из перечисленных исследований пациентам острым холециститом противопоказано:

- а) внутривенная холеграфия,
- б) дуоденальное зондирование,
- в) ультразвуковое исследование

311. Провоцировать боли при хроническом холецистите могут:

- а) жирная пища,
- б) холодные газированные напитки,
- в) длительное пребывание на постельном режиме,
- г) подъем тяжестей

312. Для лечения билиарной инфекции применяют:

- а) сульфаниламиды,
- б) тетрациклины,
- в) линкомицин,
- г) аминогликозиды,
- д) цефалоспорины

313. Основным местом обитания лямблий является:

- а) желчный пузырь,
- б) тонкая кишка,
- в) толстая кишка,
- г) внутрипеченочные желчные протоки

314. Для беззондовых тюбажей при хроническом бескаменном холецистите целесообразно использовать:

- а) карловарскую соль,
- б) аллохол,
- в) сульфат магния,
- г) Эссендуки №17

315. К факторам, предрасполагающим к развитию холангита, относятся:

- а) хронический тонзиллит,
- б) хронический аднексит,
- в) обтурация общего желчного протока,
- г) рефлюкс кишечного содержимого во внутрипеченочные желчные ходы,
- д) нижнедолевая крупозная пневмония справа

316. Для острого холангита или обострения хронического характерна триада: повышение температуры, боль в правом подреберье и увеличение печени – желтуха. Данное утверждение:

- а) правильно,
- б) неправильно

317. Возникновению желчнокаменной болезни способствуют:

- а) гиперкинетическая дискинезия желчевыводящих путей,
- б) гипокинетическая дискинезия желчевыводящих путей,
- в) хронический холецистит,
- г) диета с большим содержанием животного жира,
- д) длительный пероральных контрацептивов

318. Сделать вывод об «отключенном желчном пузыре» можно:

- а) если при пероральной холецистографии не визуализируется желчный пузырь,
- б) если при внутривенной холеграфии не визуализируется желчный пузырь, но виден общий желчный проток,
- в) если при ультразвуковом исследовании виден камень в общем желчном протоке

319. Внутривенная холеграфия противопоказана:

- а) при беременности,
- б) при непереносимости билигноста,
- в) при непереносимости йодагноста,
- г) при указании на аллергическую реакцию на препараты йода в прошлом,
- д) при гипербилирубинемии 70 мкмоль/л и выше

320. Вопрос о лечении желчнокаменной болезни препаратами хенодесоксихолевой кислоты может рассматриваться:

- а) при кальцийсодержащих камнях,
- б) при холестериновых камнях,
- в) при билирубиновых камнях

321. Консервативное лечение пациентов желчнокаменной болезнью с частыми коликами (при отказе пациента от операции или наличии противопоказаний к оперативному лечению) заключается в назначении:

- а) холинолитиков,
- б) холецистокинетиков,
- в) спазмолитиков,
- г) слепых дуоденальных зондирований

322. Для подпеченочной (обтурационной) желтухи характерно:

- а) увеличение щелочной фосфатазы,
- б) увеличение кислой фосфатазы,
- в) увеличение протромбинового индекса

323. Для закупорки камнем общего желчного протока характерно:

- а) увеличение концентрации АЛТ до 10 мкмоль/л,
- б) увеличение концентрации уробилина в моче,
- в) увеличение концентрации холестерина в плазме более 6,0 мкмоль/л,
- г) увеличение преимущественно прямого билирубина,
- д) увеличение преимущественно непрямого билирубина

324. Причинами постхолецистэктомического синдрома считаются:

- а) образование камней в общем желчном протоке,
- б) «забытые» камни желчного протока,
- в) стенозирующий дуоденальный папиллит,
- г) хронический панкреатит, нераспознанный до операции,
- д) калькулез в длинной культе пузырного протока

325. Причинами желтухи после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, спустя некоторое время после «светлого промежутка» могут быть:

- а) синдром Жильбера,
- б) стенозирующий дуоденальный папиллит,
- в) рубцовое сужение общего желчного протока,
- г) вновь образовавшийся камень в общем протоке,
- д) рак головки поджелудочной железы

326. Увеличение щелочной фосфатазы в крови наиболее характерно:

- а) для рака предстательной железы,
- б) для рака Фатерова соска,
- в) для инфекционного паротита,
- г) для перфорации язвы 12-перстной кишки

327. Для рака желчного пузыря наиболее характерно сочетание:

- а) с холедохолитиазом,
- б) с камнем в общем желчном протоке,
- в) с циррозом печени,
- г) с холелитиазом

328. К индикаторам цитолитического синдрома при патологии печени относятся:

- а) АсАТ (аспартатаминотрансфераза),
- б) АлАТ (аланинаминотрансфераза),
- в) ЛДГ (лактатдегидрогиназа),
- г) ЩФ (щелочная фосфатаза)

329. Индикатором холестатического синдрома при патологии печени является:

- а) АлАТ (аланинаминотрансфераза),
- б) тимоловая проба,
- в) ЛДГ (лактатдегидрогиназа),

- г) γ -глобулин сыворотки крови,
- д) ЩФ (щелочная фосфатаза)

330. К индикаторам мезенхимально-воспалительного синдрома при патологии печени относятся:

- а) тимоловая проба,
- б) сулемовая проба,
- в) бромсульфалеиновая проба,
- г) γ -глобулин сыворотки крови,
- д) иммуноглобулины сыворотки крови

331. Для болезни Жильбера не характерно:

- а) наличие ретикулоцитоза,
- б) гипербилирубинемия,
- в) альбумины в норме,
- г) щелочная фосфатаза в норме,
- д) протромбиновый индекс в норме

332. Наиболее информативным тестом, позволяющим провести дифференциальный диагноз между хроническим гепатитом и доброкачественной гипербилирубинемией является:

- а) тест Кумбса,
- б) биопсия печени,
- в) проба с ограничением энергетической ценности пищи,
- г) лечение *ex juvantibus* фенобарбиталом,
- д) определение билирубина

333. Гепато- и спленомегалия может наблюдаться:

- а) при циррозе печени,
- б) при хроническом гепатите,
- в) при инфекционном эндокардите,
- г) при хроническом миелолейкозе

334. К признакам холестатического синдрома относятся:

- а) гипербилирубинемия за счет конъюгированного (прямого) билирубина,
- б) увеличение щелочной фосфатазы,
- в) увеличение холестерина и β -липопротеидов,
- г) ксантелазмы,
- д) кожный зуд

335. Из перечисленного для хронического алкогольного гепатита характерно:

- а) длительный латентный период развития заболеваний,
- б) острое начало заболевания,
- в) соответствующий анамнез жизни (злоупотребление алкоголем),
- г) клинико-биохимические показатели, характерные агрессивному гепатиту

336. К признакам механической (обтурационной) желтухи относятся:

- а) внезапное начало болезни с болевым и диспепсическим синдромом,
- б) увеличение селезенки,
- в) брадикардия,
- г) светлый кал,
- д) билирубинемия (прямая быстрая реакция),
- е) увеличение уровня аминотрансфераз

337. К признакам гемолитической желтухи относятся:

- а) повышение температуры,
- б) болезненность печени при пальпации,
- в) увеличение селезенки,
- г) неизменный цвет кала,
- д) билирубинемия (непрямая реакция),
- е) анемия

338. К возможным путям передачи острого вирусного гепатита А относятся:

- а) вода,
- б) пища,
- в) молоко,
- г) воздух

339. Чтобы предотвратить заражение вирусным гепатитом В, все загрязненные инструменты необходимо:

- а) кипятить в течение 10 минут,
- б) замачивать на 1 час в 70% этиловом спирте,
- в) автоклавировать под давлением в 2 атмосферы 20 минут,
- г) выдержать 1 час в ультрафиолетовом свете,
- д) тщательно промыть водой с мылом

340. Желтушная окраска ладоней и стоп без иктеричности склер наблюдается:

- а) при желтухе,
- б) при каротинемии,
- в) при лекарственном токсическом гепатите,
- г) в норме

341. Инкубационный период вирусного гепатита В составляет:

- а) 60-180 дней,
- б) 120-160 дней,
- в) 60-80 дней,
- г) 30-90 дней

342. Инкубационный период вирусного гепатита А составляет:

- а) 3-8 недель,
- б) 1-2 недели,
- в) 8-10 недель

343. Из перечисленных гипотензивных препаратов острый лекарственный гепатит могут вызывать:

- а) допегит,
- б) гидралазин (апрессин),
- в) нифедипин,
- г) дихлотиазид (гипотиазид),
- д) резерпин

344. При остром вирусном гепатите А применяются:

- а) постельный режим,
- б) диета №5,
- в) обильное питье, введение 5% глюкозы,
- г) витаминотерапия,
- д) антибиотики

345. Для цирроза печени не характерно наличие:

- а) асцита,
- б) спленомегалии,
- в) варикозного расширения вен желудка,
- г) расширения поверхностных вен живота типа «голова медузы»,
- д) гиперальбуминемии

346. Для цирроза печени характерны:

- а) асцит,
- б) сосудистые звездочки,
- в) расширение вен пищевода,
- г) гиперфибринемия

347. Характерными осложнениями цирроза печени являются:

- а) печеночная недостаточность,
- б) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода,
- в) нарушения атриовентрикулярной проводимости,
- д) энцефалопатия

348. Для первичного билиарного цирроза печени характерны:

- а) упорный кожный зуд,
- б) желтуха,
- в) ксантелазмы,
- г) повышение щелочной фосфатазы,
- д) повышение холестерина,
- е) снижение холестерина

349. Для гемохроматоза характерно сочетание цирроза печени:

- а) с гиперпигментацией кожи,
- б) с гипергликемией,
- в) с полинейропатией и экстрапирамидными нарушениями,
- д) с повышением содержания железа в крови,
- е) с импотенцией или дисменореей

350. Пациент циррозом печени нуждается:

- а) в отказе от алкоголя,
- б) в исключении гепатотоксических препаратов,
- в) в диспансерном наблюдении,
- г) в периодическом биохимическом контроле печеночных проб,
- д) в терапии андрогенами

351. Для лечения асцита при циррозе печени целесообразно использовать:

- а) бессолевую диету,
- б) верошпирон,
- в) фуросемид,
- г) антагонисты кальция

352. Обильный диурез при циррозе печени может привести:

- а) к гипоальбуминемии,
- б) к печеночной коме,
- в) к тромбозам вен,
- г) к выраженной гипотонии

353. Какой из перечисленных синдромов является причиной кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода:

- а) синдром холестаза
- б) синдром портальной гипертензии
- в) синдром цитолиза
- г) гепатолиенальный синдром
- д) все перечисленное верно

354. Биохимическими критериями активности при макро- и микронодулярном циррозе печени являются:

- а) повышение АЛТ, АСТ,
- б) билирубинемия,
- в) повышение уровня щелочной фосфатазы,
- г) значительное повышение γ -глобулинов в протеинограмме,
- д) повышение холестерина

355. Из перечисленного для билиарного цирроза печени характерно:

- а) стойкая желтуха,
- б) выраженный кожный зуд,
- в) портальная гипертензия появляется в ранние сроки заболевания,
- г) печеночная недостаточность развивается на поздней стадии заболевания,
- д) пальцы в виде «барабанных палочек», остеопороз,
- е) печень большая, гладкая, болезненная