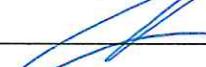


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет**  
**имени академика И.П. Павлова»**  
**Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
Декан лечебного факультета доцент А.С. Пшениников  « <u>18</u> » <u>декабря</u> 20 <u>19</u> г.	Проректор по учебной работе профессор С.М. Урясов  « <u>19</u> » <u>декабря</u> 20 <u>20</u> г.

**Фонд оценочных средств  
для государственной итоговой аттестации**

государственной итоговой аттестации

для студентов 6 курса,

специальность

31.05.01 Лечебное дело

РЯЗАНЬ, 2019

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2020 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело»**

**1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КАШЛЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- A) 3 месяца в течение 2 лет подряд
- Б) 2 месяца в течение 2 лет подряд
- В) 3 месяца в течение 1 года
- Г) 1 месяц в течение 1 года

**2. МОКРОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ БРОНХИТЕ БЫВАЕТ**

- A) слизистой
- Б) «ржавой»
- В) розовой пенистой
- Г) стекловидной

**3. ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ**

- A) сухих хрипов
- Б) звонких влажных мелкопузырчатых хрипов
- В) крепитации
- Г) шума трения плевры

**4. ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЁТ ГИПЕРФУНКЦИИ**

- A) левого желудочка
- Б) правого желудочка
- В) левого предсердия
- Г) правого предсердия

**5. К ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИВОДИТ**

- А) перегрузка левого желудочка объёмом
- Б) снижение коронарного кровотока
- В) перегрузка левого желудочка давлением
- Г) уменьшение сердечного выброса

**6. У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) высокий градиент давления левый желудочек/аорта
- Б) увеличение ударного объёма
- В) аортальная регургитация
- Г) зона акинезии в области межжелудочковой перегородки

**7. «МИТРАЛИЗАЦИЕЙ» АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА НАЗЫВАЮТ**

- А) компенсаторную гиперфункцию левого предсердия при снижении сократительной функции левого желудочка
- Б) сочетание аортального и митрального стенозов
- В) присоединение митрального стеноза к уже существующему аортальному пороку вследствие повторной ревматической лихорадки
- Г) сочетание стеноза устья аорты и пролапса митрального клапана

**8. БОЛЬНОМУ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Амиодарон
- Б) Хинидин
- В) Диоксин
- Г) Лаппаконитина гидробромид (Аллапинин)

**9. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ ПАРОКСИЗМЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ, ДЛЯЩЕМСЯ 2 ЧАСА, ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) активное восстановление синусового ритма в течение первых двух суток (вплоть до электроимпульсной терапии)
- Б) назначение урежающей ритм терапии (бета-блокаторов) и наблюдение за больным при хорошей переносимости аритмии
- В) отказ от дальнейших попыток купирования приступа при неэффективности в/в введения Новокаинамида
- Г) купирование пароксизма методом ЧПЭСС

**10. ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ СЧИТАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ МИНИМАЛЬНОМ РАЗМЕРЕ ПАПУЛЫ (ММ)**

- А) 5
- Б) 4
- В) 6
- Г) 7

**11. ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЧИТАЮТ ГИПЕРЭРГИЧЕСКОЙ ПРИ МИНИМАЛЬНОМ РАЗМЕРЕ ПАПУЛЫ (ММ)**

- А) 17
- Б) 12
- В) 15
- Г) 21

**12. БОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) культуральный
- Б) иммунологический
- В) прямая бактериоскопия
- Г) люминесцентная микроскопия

**13. К МЕТОДАМ ВЕРИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОТНОСЯТ**

- А) бактериологический и цито-гистологический
- Б) биохимический и иммунологический
- В) рентгенологический и радиоизотопный
- Г) пробное лечение и динамическое наблюдение

**14. В ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮТ**

- А) лимфоциты
- Б) нейтрофилы
- В) альвеолоциты
- Г) эозинофилы

**15. ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ ДИАСКИНТЕСТ РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНИВАЮТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)**

- А) 72
- Б) 6
- В) 12
- Г) 24

**16. КАКОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЁЗА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ СООТВЕТСТВУЕТ ОДНОСТОРОННЕЕ ЗАТЕНЕНИЕ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ НА УРОВНЕ 3 РЕБРА С ЧЁТКОЙ НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ?**

- А) перисциссуриту
- Б) туберкулеме
- В) кавернозному туберкулёзу
- Г) фиброзно-кавернозному туберкулёзу

**17. КЛИНИЧЕСКИ МАЛОСИМПТОМНО, БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ,  
ВЫЯВЛЯЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ  
ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОТЕКАЕТ \_\_\_\_\_ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ**

- A) очаговый
- Б) инфильтративный
- В) фиброзно-кавернозный
- Г) цирротический

**18. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЕЖЕГОДНОЙ МАССОВОЙ  
ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выявление первичного инфицирования
- Б) выявление вторичного инфицирования
- В) отбор контингента для вакцинации БЦЖ
- Г) отбор контингента для ревакцинации БЦЖ

**19. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ  
ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рентгенография
- Б) бронхография
- В) ангиография
- Г) рентгеноскопия

**20. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ОТ БОЛЬНОГО  
ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПРИ АСПИРАЦИОННОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ  
БИОПСИИ, ПОДВЕРГАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЮ**

- А) цитологическому и бактериологическому
- Б) цитологическому и биохимическому
- В) биохимическому и морфологическому
- Г) бактериологическому и биохимическому

**21. МАССОВУЮ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКУ СРЕДИ ДЕТЕЙ  
СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ 1 РАЗ В**

- А) год
- Б) полгода
- В) 2 года
- Г) 3 года

**22. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ОТ БОЛЬНОГО  
ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПРИ БРАШ-БИОПСИИ, ПОДВЕРГАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЮ**

- А) цитологическому и гистологическому
- Б) цитологическому и биохимическому
- В) биохимическому и морфологическому
- Г) бактериологическому и биохимическому

**23. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРОМ ОЧАГОВОЙ ТЕНИ  
ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕРЫ ДО (ММ)**

- А) 10
- Б) 14
- В) 16
- Г) 20

**24. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ  
ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ МАССОВОМ  
ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) флюорография
- Б) туберкулинодиагностика
- В) рентгеноскопия
- Г) иммунодиагностика

**25. ТРАНСБРОНХИАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНА ПРИ**

- А) саркоидозе
- Б) гамартохондроме
- В) эхинококкозе
- Г) периферическом раке лёгкого

**26. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАЗЫ РАСПАДА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ**

- А) компьютерная томография
- Б) бронхоскопия
- В) сцинтиграфия
- Г) магнитно-резонансная томография

**27. РЕНТГЕНОГРАММУ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ СЧИТАЮТ ВЫПОЛНЕННОЙ С ПОВЫШЕНИЕМ ЖЁСТКОСТИ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ЕСЛИ ВИДНЫ \_\_\_\_\_ ВЕРХНИХ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКА/ПОЗВОНКОВ**

- А) более 4
- Б) отчётливо 2
- В) отчётливо 3-4
- Г) менее 3

**28. ПРОБУ МАНТУ ОЦЕНИВАЮТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ 2 ТЕ СПУСТЯ (ЧАС)**

- А) 72
- Б) 6
- В) 12
- Г) 24

**29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) воздушно-капельный
- Б) алиментарный
- В) контактный
- Г) внутриутробный

**30. ВИД ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ**

- А) культурального исследования
- Б) микроскопии
- В) цитологического исследования
- Г) гистологии

**31. ПРИ ВТОРИЧНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЕГМЕНТЫ**

- А) I-II, VI
- Б) VIII, IX
- В) IV,V
- Г) X, XI

**32. БОЛЬНОМУ С ОКРУГЛЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ЛЁГКОМ НЕУТОЧНЁННОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ**

- А) биопсию лёгкого
- Б) гормональную терапию
- В) динамическое наблюдение
- Г) противотуберкулезную терапию

**33. МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К**

- А) ультрафиолетовому солнечному излучению
- Б) инфракрасному солнечному излучению
- В) постоянному и переменному магнитному полю
- Г) радиоактивному излучению

**34. ПЕРВИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЧИТАЮТ**

- А) заболевание ранее неинфицированного человека
- Б) заболевание человека с положительной пробой Манту
- В) заболевание человека, имеющего контакт с больными туберкулезом Г)
- впервые выявленные туберкулезные изменения в лёгких

**35. ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ВНУТРИКОЖНОЙ  
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ ДИАСКИНТЕСТ НЕ  
ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТЕХНИКИ ПОСТАНОВКИ**

- А) реакции Манту
- Б) пробы Коха
- В) реакции Пирке
- Г) пробы Гринчара – Карпиловского

**36. КАЗЕОЗНЫЙ НЕКРОЗ СПЕЦИФИЧЕН ДЛЯ**

- А) туберкулёза
- Б) саркоидоза
- В) бластомикоза
- Г) микобактериоза

**37. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИ МАССОВОЙ  
ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКЕ ОБЩЕПРИНЯТЫМ МЕТОДОМ ВВЕДЕНИЯ  
ТУБЕРКУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) внутрикожный
- Б) подкожный
- В) внутривенный
- Г) внутримышечный

**38. В КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ ОБОЗНАЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА В ЛЁГКИХ ПРИНЯТО ПО**

- А) долям и сегментам
- Б) лёгочным полям
- В) рёбрам
- Г) межреберьям

**39. К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА  
ОТНОСИТСЯ**

- А) вакцинация БЦЖ
- Б) улучшение экологии
- В) применение дезсредств
- Г) витаминотерапия

**40. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РАСШИРЕНА ТЕНЬ КОРНЯ ЛЁГКОГО,  
НАРУШЕНА ЕГО ФОРМА И СТРУКТУРА ПРИ**

- А) туберкулèзе внутригрудных лимфатических узлов
- Б) туберкулèзной интоксикации
- В) диссеминированном туберкулèзе
- Г) конгломератной туберкулеме

**41. ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОСОБО  
ВЫСОКУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ**

- А) мягкой мозговой оболочки
- Б) почек
- В) печени
- Г) селезёнки

**42. У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ФОРМА  
ТУБЕРКУЛЁЗА**

- А) инфильтративная
- Б) кавернозная
- В) диссеминированная
- Г) очаговая

**43. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ  
ЛЁГКИХ НАРЯДУ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ БОЛЕЕ ПЕРСПЕКТИВЕН МЕТОД  
ЛЕЧЕНИЯ**

- А) хирургический
- Б) бальнеологический
- В) физиотерапевтический
- Г) патогенетический

**44. МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ  
ПЛАЗМЫ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЕ В ПОЛЬЗУ  
ДИАГНОЗА «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ», СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 11,1
- Б) 6,1
- В) 9,7
- Г) 15

**45. АУТОИММУННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- А) сахарного диабета 1 типа
- Б) сахарного диабета 2 типа
- В) гестационного сахарного диабета
- Г) генетических форм сахарного диабета (mody и др.)

**46. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Инсулин
- Б) Глибенкламид
- В) Метформин
- Г) Глипизид

**47. ФЕНОМЕНОМ «УТРЕННЕЙ ЗАРИ» СЧИТАЮТ**

- А) утреннюю гипергликемию, обусловленную повышением секреции контрипулярных гормонов
- Б) снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина
- В) исчезновение симптомов вторичного сахарного диабета при болезни Кушинга после двусторонней адреналэктомии
- Г) утреннюю гипергликемию после ночной гипогликемии

**48. ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СЧИТАЮТ**

- А) гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, но не соответствующую критериям «манифестного» сахарного диабета
- Б) любое значение гликемии, превышающее нормальный уровень глюкозы во время беременности
- В) гипергликемию, впервые выявленную во время беременности или в течение года после родов
- Г) гипергликемию, обусловленную сниженной продукцией кортизола у беременной женщины

**49. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) иммобилизации пораженной конечности
- Б) вазоактивных препаратов
- В) препаратов альфа-липоевой кислоты
- Г) нестероидных противовоспалительных препаратов

**50. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

- А) язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии
- Б) сухости кожных покровов стоп
- В) выраженной деформации пальцев
- Г) снижения чувствительности в области стоп

**51. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОЗЫ ПЕЧЕНЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Метформин
- Б) Натеглинид
- В) Глибенкламид
- Г) Акарбозу

**52. ТРЕТЬЕЙ А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 3А) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М<sup>2</sup>)**

- А) 45-59
- Б) 30-44
- В) 15-29
- Г) 10-14

**53. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ (МЛ/МИН/1,73 М<sup>2</sup>)**

- А) 15-29
- Б) 45-59
- В) 30-44
- Г) 60-89

**54. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА?**

- А) Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен
- Б) Т3 – в норме; Т4 – в норме; ТТГ – снижен В)  
Т3 – повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме Г) Т3  
– в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен

**55. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ И ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА?**

- А) Т4 – снижен; ТТГ – повышен
- Б) Т4 – снижен; ТТГ – в норме
- В) Т4 – снижен; ТТГ – снижен
- Г) Т4 – в норме; ТТГ – повышен

**56. ТЕСТОМ ПЕРВОГО УРОВНЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ**

- А) тиретропного гормона
- Б) общего тироксина
- В) свободного тироксина
- Г) трийодтиронина

**57. ЗАБОЛЕВАНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кортикостерома
- Б) феохромоцитома
- В) вторичный гиперальдостеронизм
- Г) соматотропинома

**58. ИССЛЕДОВАНИЕ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ ФРАКЦИОНИРОВАННЫХ МЕТАНЕФРИНОВ (МЕТЕНЕФРИНА И НОРМЕТАНЕФРИНА) В МОЧЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ОПРОВЕРГНУТЬ ДИАГНОЗ**

- А) феохромоцитома
- Б) болезнь Кушинга
- В) первичный гиперальдостеронизм
- Г) первичный гипокортицизм

**59. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬ**

- А) передней доли гипофиза
- Б) клубочковой зоны коры надпочечников
- В) пучковой зоны коры надпочечников
- Г) сетчатой зоны коры надпочечников

**60. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ**

- А) синтеза антидиуретического гормона в ядрах гипоталамуса
- Б) синтеза антидиуретического гормона в задней доле гипофиза
- В) секреции инсулина
- Г) секреции глюкагона

**61. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА КУШИНГА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) ночной подавляющий тест с 8 мг Дексаметазона
- Б) определение кортизола крови
- В) ночной подавляющий тест с 1 мг Дексаметазона
- Г) определение суточной экскреции кортизола с мочой

**62. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА КУШИНГА ПРОВОДЯТ ПРОБУ С**

- А) Дексаметазоном
- Б) Преднизолоном
- В) Кортизолом
- Г) АКТГ

**63. ДЛЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОГО ГИПОГОНАДИЗМА ХАРАКТЕРНА**

- А) галакторея
- Б) полиурия
- В) полидипсия
- Г) потеря веса

**64. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пролактинома
- Б) тиреотропинома
- В) соматотропинома
- Г) кортикотропинома

**65. К ПРЕПАРАТАМ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКОГО ГИПОГОНАДИЗМА ОТНОСЯТ**

- А) агонисты дофаминовых рецепторов
- Б) аналоги глюкагоноподобного пептида-1
- В) аналоги соматостатина
- Г) антагонисты дофаминовых рецепторов

**66. К ГОРМОНАМ ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ОТНОСИТСЯ**

- А) пролактин
- Б) окситоцин
- В) кортиколиберин
- Г) соматостатин

**67. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭНДОГЕННЫЙ ГИПЕРКОРТИЦИЗМ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проведение ночного подавляющего теста с 1 мг Дексаметазона
- Б) исследование кортизола сыворотки
- В) определение альдостерона сыворотки
- Г) определение АКТГ

**68. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кашель
- Б) кровохарканье
- В) одышка
- Г) свистящее дыхание

**69. ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение PQ более 200 мс
- Б) постепенное удлинение PQ с последующим выпадением  
QRS В) независимые сокращение предсердий и желудочков Г)  
выпадение QRS без постепенного удлинения PQ

**70. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА  
ОТНОСИТСЯ**

- А) Амиодарон
- Б) Хинидин
- В) Лидокаин
- Г) Пропафенон

**71. СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЁГКИХ  
ЯВЛЯЮТСЯ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ФЕНОМЕНОМ**

- А) нарушения бронхиальной проходимости
- Б) наличия жидкости в плевральной полости
- В) повышения воздушности лёгочной ткани
- Г) уплотнения лёгочной ткани

**72. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА  
СРЕДНЕТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) ОФВ1 от 60% до 80% от должных величин
- Б) вариабельностью ПСВ < 20%
- В) ночными приступами удушья реже 1 раза в неделю
- Г) ежедневными ночными приступами удушья

**73. ПО СПИРОГРАФИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ВЫДЕЛЯЮТ \_\_\_\_ СТАДИИ ХОБЛ**

- А) 4
- Б) 3
- В) 2
- Г) 5

**74. К ОСНОВНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ХОБЛ  
ОТНОСЯТ**

- А) сухие свистящие хрипы
- Б) крепитацию
- В) влажные мелкопузырчатые хрипы
- Г) влажные крупнопузырчатые хрипы

**75. ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ,  
ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ  
ПРОХОДИМОСТИ ПРИ ХОБЛ, ВЫСТУПАЕТ**

- А) ОФВ1
- Б) ФЖЕЛ
- В) ЖЕЛ
- Г) ОФВ1/ФЖЕЛ

**76. ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ НАЗЫВАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) пиковой скорости выдоха
- Б) дыхательного объёма
- В) жизненной ёмкости лёгких
- Г) остаточного объёма

**77. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ  
ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхогенный
- Б) гематогенный
- В) лимфогенный
- Г) травматический

**78. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ КРЕПИТАЦИЯ  
ВЫСЛУШИВАЕТСЯ**

- А) лучше в стадиях прилива и разрешения
- Б) лучше в стадии красного опечения
- В) лучше в стадии серого опечения
- Г) хорошо во всех стадиях

**79. К ОСНОВНОМУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОсят**

- А) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
- Б) картину ателектаза
- В) тяжистый лёгочный рисунок
- Г) очаговые тени

**80. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ**

- А) усиление первого тона и диастолический шум
- Б) ослабление первого тона и систолический шум
- В) неизмененные тоны и «мягкий, дующий» систолический шум
- Г) ослабление второго тона и диастолический шум

**81. ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) проводится в левую подмышечную область
- Б) проводится на сонные артерии
- В) никуда не проводится
- Г) проводится в яремную ямку

**82. В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

- А) антибактериальная терапия должна проводиться парентерально
- Б) кортикостероиды должны обязательно назначаться с первых дней лечения
- В) длительность антибактериальной терапии составляет 2 недели
- Г) развитие миокардита является показанием к оперативному лечению

**83. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ВСТРЕЧАЕТСЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ В АРТЕРИЮ**

- А) легочную
- Б) селезеночную
- В) мезентериальную
- Г) почечную

**84. У ЖЕНЩИНЫ 50 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПОЯвились первые признаки першение в горле и сухой кашель, не поддающиеся терапии отхаркивающими препаратами и антибиотиками, (НЕ КУРИТ, АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ НЕ ОТЯГОЩЕН, НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО). Наиболее вероятной причиной кашля является прием**

- A) ингибиторов АПФ
- Б) блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- В) диуретиков
- Г) блокаторов кальциевых каналов

**85. БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ С УСТОЙЧИВЫМ ПОВЫШЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ АД ДО 160/100 ММ РТ.СТ. БЕЗ КАКИХ-ЛИБО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- А) изменение образа жизни и постоянную антигипертензивную терапию
- Б) курсовой прием антигипертензивных препаратов
- В) прием препаратов короткого действия только при кризах
- Г) изменение образа жизни и контрольное обследование через 6 месяцев

**86. К ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА, ОТНОсят**

- А) Добутамин
- Б) Атропин
- В) Атенолол
- Г) Триметазидин

**87. К ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОсят**

- А) тромбоз коронарной артерии вследствие надрыва атеросклеротической бляшки
- Б) увеличение потребности миокарда в кислороде
- В) нарушение коронарной гемодинамики вследствие падения артериального давления
- Г) врожденные особенности строения коронарных артерий

**88. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) наркотические анальгетики
- Б) ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- В) анальгетики-антагонисты
- Г) селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа

**89. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ**

- А) сегмента ST
- Б) зубца P
- В) комплекса QRS
- Г) интервала PQ

**90. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ОТНОсят**

- А) давящие боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке
- Б) колющие боли в области левой лопатки
- В) тупые ноющие боли в правой половине грудной клетки
- Г) иррадиацию боли в правую руку

**91. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиперхолестеринемия
- Б) нарушение ритма и проводимости сердца
- В) врожденный порок сердца
- Г) артериальная гипертония

**92. ДЕЙСТВИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ СТЕНОКАРДИИ ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) прямым миолитическим действием на гладкую мускулатуру коронарных артерий
- Б) рефлекторным увеличением частоты сердечных сокращений
- В) снижением сократимости левого желудочка
- Г) рефлекторным урежением частоты сердечных сокращений

**93. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИЕТЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ**

- А) ограничение потребления жидкости
- Б) ограничение потребления сахара
- В) ограничение потребления белков
- Г) увеличение в рационе поваренной соли

**94. ЗАСТОЙ ПО МАЛОМУ КРУГУ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИВОДИТ К**

- А) отеку легких
- Б) почечной недостаточности
- В) асциту
- Г) отекам голеней

**95. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТ**

- А) одышку
- Б) головную боль
- В) боли в суставах
- Г) ноющие боли в области сердца

**96. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» СТАВИТСЯ ПРИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ (МЕС.)**

- А) 6
- Б) 1
- В) 3
- Г) 9

**97. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ БЫВАЮТ**

- А) инфекционные
- Б) травматические
- В) алиментарные
- Г) системные

**98. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ОТНОСЯТ**

- А) артralгию
- Б) кольцевидную эритему
- В) реактивный гастрит
- Г) асцит

**99. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

- А) гамма-ГТ и щелочной фосфатазы
- Б) АЛТ
- В) АСТ
- Г) АЛТ и АСТ

**100. К ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ОТНОСЯТ**

- А) гепатоцеллюлярную карциному
- Б) рак желудка
- В) рак легких
- Г) лимфому

**101. ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ НАЗЫВАЮТ**

- А) интенсификацию элиминации форменных элементов крови
- Б) увеличение размеров селезенки
- В) расширение диаметра селезеночной вены
- Г) интенсификацию кровоснабжения селезенки

**102. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ**

- А) расширения вен нижней трети пищевода
- Б) расширения подкожных вен нижних конечностей
- В) гепатомегалии
- Г) спленомегалии

**103. О РАЗВИТИИ РАКА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА МОЖНО ПОДОЗРЕВАТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ В КРОВИ**

- А) альфа-фетопротеина
- Б) АСТ
- В) иммуноглобулина А
- Г) холинэстеразы

**104. ДИАГНОЗ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ПОДТВЕРЖДЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В БИОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ**

- А) нарушенного долькового строения
- Б) ступенчатых некрозов гепатоцитов
- В) стеатоза гепатоцитов
- Г) расширенных портальных трактов

**105. ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНУЮ ЭНЦЕФАЛОПАТИЮ СЛЕДУЕТ ПРИ**

- А) «печеночном» запахе
- Б) нарастании интенсивности желтухи
- В) лихорадке
- Г) геморрагическом диатезе

**106. САМЫМ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) аутоиммунном (люпоидном) гепатите
- Б) хроническом вирусном гепатите В
- В) хроническом вирусном гепатите С
- Г) алкогольной интоксикации

**107. К ФАКТОРАМ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЫЗЫВАЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ, ОТНОСЯТ**

- А) комплемент
- Б) В-лимфоциты
- В) тучные клетки
- Г) эозинофилы

**108. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) оструя сердечная недостаточность
- Б) пиелонефрит
- В) инфаркт миокарда
- Г) тромбоэмболия легочной артерии

**109. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ОТРАЖАЕТ УРОВЕНЬ**

- А) креатинина
- Б) мочевины
- В) остаточного азота
- Г) мочевой кислоты

**110. СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ РАССЧИТЫВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ФОРМУЛЫ**

- А) Кокрофта – Голта
- Б) Зимницкого
- В) Каковского – Адисса
- Г) Сельдингера

**111. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕМА ДЛЯ РУК НА ТЫЛЕ КИСТЕЙ ПОЯвились участки покраснения, отечности, мелкие пузырьки, а также эрозии с обильным выделением серозной жидкости, что характерно для**

- А) аллергического дерматита
- Б) микробной экземы
- В) простого дерматита
- Г) токсикодермии

**112. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ**

- А) лицо
- Б) предплечья, голени
- В) грудь
- Г) волосистая часть головы

**113. ПРИ КОЖНОМ ЗУДЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ**

- А) экскориации
- Б) волдыри
- В) эрозии
- Г) везикулы

**114. АКНЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВОСПАЛЕНИЕ**

- А) сальной железы
- Б) апокринной потовой железы
- В) эккринной потовой железы
- Г) устья волосяного фолликула

**115. К ПРИЗНАКАМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТВЕРДОГО ШАНКРА ОТНОСЯТ**

- А) плотноэластический инфильтрат в основании
- Б) гнойное отделяемое
- В) подрытые края
- Г) полициклические очертания

**116. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА ОБУСЛОВЛЕНА СИФИЛИДОМ**

- А) папулезным
- Б) пятнистым
- В) бугорковым
- Г) пустулезным

**117. ОФТАЛЬМОСКОПИЕЙ НАЗЫВАЮТ МЕТОД,  
ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЙ ДЛЯ ОСМОТРА**

- А) глазного дна
- Б) всех структур глаза
- В) угла передней камеры
- Г) цилиарного тела

**118. СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ФУНКЦИОНАЛЬНО  
ОБЪЕДИНЯЕТ**

- А) медицинские учреждения и формирования всех заинтересованных министерств и ведомств
- Б) только специально созданные учреждения и формирования Минздрава России
- В) все службы Минздрава России на данной территории (республика, область, край)
- Г) станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, плановой и экстренной консультативной помощи (санавиации) и органов здравоохранения в зоне (районе) ЧС

**119. К РЕЖИМАМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ  
КАТАСТРОФ ОТНОСЯТ**

- А) повседневную деятельность, повышенную готовность, чрезвычайную ситуацию
- Б) повседневную деятельность, постоянную готовность, чрезвычайную ситуацию
- В) постоянную готовность, чрезвычайную ситуацию, автономный режим
- Г) повседневную деятельность, полную готовность, чрезвычайную ситуацию

**120. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ОТНОСЯТ**

- А) внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную
- Б) доврачебную, врачебную, квалифицированную и специализированную
- В) предварительную, основную и по назначению
- Г) общую, врачебную и специализированную

**121. ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИПУНКТОВОЙ СОРТИРОВКИ ЯВЛЯЕТСЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЁННЫХ ПО СОРТИРОВОЧНЫМ ГРУППАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ**

- A) степени их опасности для окружающих, характера и тяжести поражения для принятия решения по оказанию медицинской помощи
- Б) их нуждаемости в дальнейшей эвакуации
- В) степени их опасности для окружающих для принятия решения по оказанию помощи
- Г) нуждаемости в оказании медицинской помощи на данном этапе

**122. ОСНОВНЫМИ СОРТИРОВОЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- A) опасность для окружающих, лечебный, эвакуационный
- Б) лечебный, эвакуационный, транспортный
- В) опасность для окружающих, лечебный, транспортный
- Г) опасность для окружающих, эвакуационный, медицинский

**123. РАСЧЁТ ПОДВИЖНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ БОЛЬНИЦЫ ОПРЕДЕЛЁН ОФИЦИАЛЬНЫМ ДОКУМЕНТОМ ОРГАНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

- А) заданием
- Б) приказом
- В) сметой расходов
- Г) схемой развёртывания

**124. ПОД ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ ПОНИМАЮТ**

- А) возникновение и распространение инфекционных болезней среди населения
- Б) взаимодействие возбудителя и восприимчивого организма, проявляющееся болезнью или носительством возбудителя инфекции
- В) повышение уровня заболеваемость на ограниченной территории
- Г) взаимодействие популяций паразитов и людей, объединенных общей территорией, бытовыми, природными и другими условиями существования

**125. В ДИНАМИКЕ ГОДОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) большинства инфекционных болезней
- Б) всех неинфекционных болезней
- В) всех болезней, независимо от их происхождения
- Г) всех инфекционных болезней

**126. ТЕРМИН «СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ» ОЗНАЧАЕТ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- А) единичные
- Б) групповые
- В) массовые
- Г) характерные для данной местности

**127. НАИБОЛЬШУЮ ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЮТ БОЛЬНЫЕ С \_\_\_\_\_ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

- А) легкими атипичными
- Б) тяжелыми
- В) манифестными
- Г) типичными

**128. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ЗАВИСИТ ОТ**

- А) локализации возбудителя
- Б) вида возбудителя
- В) формы заболевания
- Г) особенностей организма

**129. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ВСПЫШКА, ЭПИДЕМИЯ, ПАНДЕМИЯ ПО**

- А) количеству выявленных случаев
- Б) тяжести течения болезни
- В) числу выявленных носителей
- Г) скорости распространения инфекции

**130. К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ,  
НАПРАВЛЕННЫМ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА,  
ОТНОСЯТ**

- А) изоляцию больных
- Б) соблюдение личной гигиены
- В) текущую дезинфекцию
- Г) иммунопрофилактику

**131. К ГРУППЕ РИСКА ОТНОСЯТ**

- А) факторы, способствующие развитию заболеваний
- Б) мешающие факторы (конфаундеры, искажающие результаты исследований)
- В) систематические ошибки в исследованиях
- Г) случайные ошибки в исследованиях

**132. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ,  
НАПРАВЛЕННЫМ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА,  
НАЗЫВАЮТ**

- А) иммунопрофилактику контактных
- Б) дератизацию
- В) дезинфекцию
- Г) изоляцию больных

**133. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ СУБСТРАТАМИ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) хроническая эрозия, язва, крипт-абсцессы
- Б) специфические гранулемы
- В) лимфоцитарные гранулемы
- Г) рубцовые изменения кишечника

**134. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) изъязвление и гиперемия слизистой оболочки кишки
- Б) сужение просвета кишки
- В) тотальная атрофия слизистой оболочки
- Г) геморроидальный узел

**135. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАТРАГИВАЕТ**

- А) слизистую оболочку
- Б) все слои кишки
- В) подслизистую оболочку
- Г) мышечную оболочку

**136. В СТАДИИ РЕМИССИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) неизмененная слизистая оболочка
- Б) слизистая в виде «булыжной мостовой»
- В) слизистая с эрозиями
- Г) контактная кровоточивость слизистой оболочки

**137. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) все слои кишечника
- Б) слизистый и подслизистый слои
- В) подслизистый и мышечный слои
- Г) мышечный слой и серозная оболочка

**138. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) вздутие живота и понос при употреблении злаков
- Б) рвота с примесью желчи
- В) неустойчивый стул при употреблении молочных продуктов
- Г) запор

**139. ПРИМЕНЕНИЕ ВАГУСНЫХ ПРОБ МОЖЕТ ПРЕРВАТЬ ПРИСТУП**

- А) предсердной пароксизмальной тахикардии
- Б) фибрилляции желудочков
- В) фибрилляции предсердий
- Г) желудочковой пароксизмальной тахикардии

**140. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПРИ МАЛЕЙШЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ДАВЯЩЕЙ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, КУПИРУЮЩЕЙСЯ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О СТЕНОКАРДИИ**

- А) напряжения функциональный класс IV
- Б) напряжения функциональный класс III
- В) прогрессирующей
- Г) вариантной

**141. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выявление бактериурии
- Б) выявление антител к базальной мемbrane клубочков
- В) наличие гематурии
- Г) наличие протеинурии

**142. СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА И/ИЛИ КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) анемией
- Б) агранулоцитозом
- В) микроцитозом
- Г) макроцитозом

**143. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л)**

- А) 70-89
- Б) 90-120
- В) менее 70
- Г) 90-130

**144. РЕАБСОРБЦИЯ ПРОФИЛЬТРОВАВШЕГОСЯ БЕЛКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ В**

- А) проксимальном канальце
- Б) петле Генле
- В) дистальном извитом канальце
- Г) собирательной трубке

**145. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ**

- А) суточной протеинурии более 3,5 г
- Б) отёков
- В) уровня сывороточного альбумина ниже 30 г/л
- Г) гиперхолестеринемии

**146. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) поликистоз почек
- Б) гломерулонефрит
- В) миеломная болезнь
- Г) диабетическая нефропатия

**147. ДЫХАНИЕ СО СТРИДОРОМ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ А)**

- бронхиальной астме
- Б) опухоли крупных бронхов
- В) опухоли гортани
- Г) аспирации инородного тела

**148. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ**

- А) коленные
- Б) лучезапястные
- В) челюстно-лицевые
- Г) пястно-фаланговые

**149. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ**

- А) антитела к цитрулинированному пептиду
- Б) повышенного уровня мочевой кислоты
- В) диспротеинемии
- Г) анемии

**150. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ**

- А) генетический фактор
- Б) реактивный артрит в анамнезе
- В) гиперурикемия
- Г) травма сустава

**151. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА А)**

- проксимальных межфаланговых суставов кисти
- Б) дистальных межфаланговых суставов кисти
- В) первого плюснефалангового сустава
- Г) локтевого сустава

**152. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) хронической кровопотери
- Б) апластической анемии
- В) хронической свинцовой интоксикации
- Г) дефицита эритропоэтина

**153. К ГИПОГЛИКЕМИИ НЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ**

- А) незапланированный дополнительный прием пищи
- Б) передозировка инсулина
- В) неожиданная чрезмерная физическая нагрузка
- Г) прием алкоголя

**154. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ТИРЕОТОКСИКОЗА НЕ ОТНОСЯТ**

- А) запоры
- Б) возбудимость, раздражительность
- В) потерю веса
- Г) повышение аппетита

**155. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПОТИРЕОЗА НЕ ОТНОСЯТ**

- А) сердцебиение
- Б) сонливость
- В) запоры
- Г) сухость кожных покровов

**156. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ И ДОСТУПНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ТЕСТОМ НА ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ И СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение уровня тиреотропного гормона
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к щитовидной железе
- Г) пальпация щитовидной железы

**157. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПЕРТИРЕОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение тиреотропного гормона
- Б) повышение тиреотропного гормона
- В) повышение тироксина
- Г) снижение тироксина

**158. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение уровня ферритина
- Б) расчет цветового показателя
- В) определение количества эритроцитов
- Г) определение уровня гемоглобина

**159. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) извращением вкуса (pica chlorotica)
- Б) кожным зудом
- В) прогрессированием онихомикоза
- Г) изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных палочек

**160. НА СТАДИИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ**

- А) снижение сывороточного железа
- Б) снижение уровня гемоглобина
- В) снижение гематокрита
- Г) ретикулоцитоз

**161. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение общей железосвязывающей способности
- Б) наличие мишеневидных эритроцитов
- В) микросфеноцитоз
- Г) снижение ОЖСС

**162. НА НАЛИЧИЕ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ УКАЗЫВАЕТ**

- А) снижение пульсового артериального давления
- Б) выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка
- В) грубый систолический шум на основании сердца с резким ослаблением II тона и обширной иррадиацией
- Г) возникновение частых приступов стенокардии напряжения у больного с систолическим шумом над аортой

**163. ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ**

- А) антикоагулянты
- Б) Ацетилсалициловую кислоту
- В) Клопидогрел
- Г) Тикагрелор

**164. НЕ СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА**

- А) отказ от госпитализации
- Б) несоблюдение режима
- В) несоблюдение предписанного лечения
- Г) несвоевременная явка на прием

**165. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПERTОНИЕЙ III СТАДИИ, ПЕРЕНЕСШЕГО НЕДАВНО ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСЯТ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) тиазидные диуретики
- В) antagonistsы кальция
- Г) Моксонидин

**166. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) аспирина
- Б) антагонистов кальция
- В) сердечных гликозидов
- Г) лидокаина

**167. МАКСИМАЛЬНО БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ОСЛОЖНЯЕТСЯ**

- А) расслаивающей аневризмой аорты
- Б) ишемическим инсультом
- В) острым коронарным синдромом
- Г) нарушением ритма сердца

**168. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) Парацетамола
- Б) Ампициллина
- В) Бисептола
- Г) Аспирина

**169. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ВКЛЮЧАЮТ**

- А) тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, понос, запоры
- Б) экстрасистолию, головную боль
- В) боли в области сердца
- Г) потерю сознания, тахикардию

**170. МОНОТЕРАПИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНА**

- А) пациенту с АГ I степени с низким или средним риском сердечно-сосудистых осложнений
- Б) пациенту с АГ I степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений
- В) пациенту с АГ II степени с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений
- Г) всем пациентам с АГ I степени независимо от степени риска сердечно-сосудистых осложнений

**171. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- А) неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) антибиотики
- В) метилксантины
- Г) симпатомиметики

**172. КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА НАЧИНАЕТСЯ С НАЗНАЧЕНИЯ**

- А) нитроглицерина сублингвально
- Б) нитратов внутривенно капельно
- В) спазмолитиков
- Г) наркотических анальгетиков

**173. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- Б) antagonистов кальция (фенилалкиламинов)
- В) ингибиторов фосфодиэстеразы
- Г) ингибиторов карбоангидразы

**174. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ВКЛЮЧАЕТ**

- А) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин,
- госпитализацию Б) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, амбулаторное лечение В) выдачу направления на плановую госпитализацию Г) амбулаторное обследование

**175. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ**

- А) международное нормализованное отношение (МНО)
- Б) время кровотечения
- В) тромбиновое время
- Г) уровень ретикулоцитов

**176. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИ ОЦЕНИВАТЬ ЧЕРЕЗ**

- А) 2-3 дня
- Б) 12 часов
- В) 1 сутки
- Г) 5 дней

**177. ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ**

- А) бета-адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда
- Г) ингибиторы АПФ

**178. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ**

- А) комбинированная терапия, включающая ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибитор АПФ или сартан)
- Б) диуретики
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

**179. ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А (H1N1), ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ \_\_\_\_\_ МГ ОСЕЛЬТАМИВИРА 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ**

- А) 75, 5
- Б) 150, 5
- В) 150, 10
- Г) 75, 10

**180. КАНЦЕРОГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ В ОТНОШЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА МОГУТ ОБЛАДАТЬ**

- А) жареное мясо
- Б) рыба
- В) молоко
- Г) хлеб

**181. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОТНОСЯТ**

- А) полипы кишечника
- Б) геморрой
- В) дивертикулярную болезнь кишечника
- Г) язвы кишечника

**182. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИБС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) артериальная гипертензия
- Б) употребление алкоголя
- В) этническая принадлежность
- Г) характер трудовой деятельности

**183. ПРИЧИНАМИ АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) недостаточное употребление мясной пищи
- Б) высокая физическая активность
- В) недостаточное употребление свежих овощей и фруктов
- Г) недостаточное употребление фруктов и овощей, содержащих железо

**184. ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛЫ ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**

- А) II – III групп здоровья
- Б) I группы здоровья
- В) I – II групп здоровья
- Г) всех трех групп здоровья

**185. НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО**

- А) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии
- Б) врач, не состоящий в штате медицинской организации (индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность)
- В) врач станции переливания крови
- Г) врач «скорой медицинской помощи»

**186. ПРИ НОРМОВЕНТИЛЯЦИИ ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 12-16
- Б) 8-10
- В) 16-20
- Г) 20-22

**187. ПОД ТЕРМИНОМ «ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКАЯ ДИССОЦИАЦИЯ» ПОНИМАЮТ**

- А) сохранённую электрическую активность сердца при отсутствии сокращений
- Б) дефицит пульса
- В) разное давление на правой и левой руке
- Г) сокращения сердца без электрической активности

**188. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)**

- А) 30-40
- Б) 10-20
- В) 40-50
- Г) 20-30

**189. ПРЕДНАГРУЗКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) объёмом циркулирующей крови и тонусом вен
- Б) количеством эритроцитов
- В) тонусом артериол
- Г) уровнем АД

**190. ПОВТОРНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПЕРФТОРАНА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К**

- А) анафилаксии
- Б) кровотечению
- В) тромбозу
- Г) газовой эмболии

**191. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ СОСТОИТ В**

- А) поддержании гемостаза
- Б) переносе антител
- В) переносе белков
- Г) выработке тромбопоэтина

**192. КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ ВРАЧУ В СИТУАЦИИ, КОГДА ПЕРЕЛИВАНИЕМ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ОН ЗАМЕТИЛ, ЧТО НА КОНТЕЙНЕРЕ НЕ ОТМЕЧЕНО, ЧТО КРОВЬ ПРОВЕРЕНА НА ГЕПАТИТ С?**

- А) вернуть в ОПК (кабинет крови)
- Б) выбросить
- В) перелить с разрешения больного
- Г) перелить по решению консилиума

**193. КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ ВРАЧУ В СИТУАЦИИ, КОГДА ПАЦИЕНТ, ГОТОВЯСЬ К ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ, ВО ВРЕМЯ КОТОРОЙ ВОЗМОЖНА КРОВОПОТЕРЯ, ЗАРАНЕЕ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПО РЕЛИГИОЗНЫМ МОТИВАМ?**

- А) заготовить аутокровь при отсутствии противопоказаний
- Б) отменить операцию
- В) настоять на гемотрансфузии
- Г) переливать по распоряжению главного врача

**194. К ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ**

- А) раннее энтеральное питание
- Б) интраоперационное введение Контрикала
- В) голод в течение трёх суток
- Г) введение низкомолекулярных гепаринов

**195. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) клиническая смерть
- Б) отсутствие сознания
- В) анафилаксия
- Г) биологическая смерть

**196. СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТЫ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ВДОХАМ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ СОСТАВЛЯЕТ**

А) 30:2

Б) 5:1

В) 15:2

Г) 15:1

**197. К СКРИНИНГОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ**

А) маммографию

Б) ультразвуковое исследование молочных желез

В) самообследование

Г) осмотр маммологом

**198. ПРИ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ**

А) цитологического исследования отделяемого

Б) маммографии

В) дуктографии

Г) ультразвукового исследования молочных желез

**199. К ФАКТОРУ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ**

А) наличие мутации генов BRCA-1/BRCA-2

Б) мастопатия

В) раннее наступление менопаузы

Г) длительное вскармливание

**200. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) фиброколоноскопия

Б) ирригоскопия

В) магнитно-резонансная томография

Г) исследование кала на скрытую кровь

**201. СКРИНИНГОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кал на скрытую кровь
- Б) фиброколоноскопия
- В) ирригоскопия
- Г) ультразвуковое исследование толстой кишки

**202. ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ ДЛЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) диффузный семейный полипоз
- Б) одиночный полип
- В) неспецифический язвенный колит
- Г) хронический колит

**203. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) ректального пальцевого исследования
- Б) фиброколоноскопии
- В) ирригографии
- Г) ректороманоскопии

**204. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) антральный отдел
- Б) кардиальный отдел
- В) тело
- Г) большая кривизна

**205. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В КАРДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дисфагия
- Б) боль в эпигастральной области
- В) боль за грудиной
- Г) тошнота и рвота

**206. ПРИ ПОДЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- А) ультразвуковое исследование
- Б) компьютерную томографию
- В) объективный осмотр
- Г) экскреторную рентгенографию

**207. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) компьютерная томография органов грудной клетки
- Б) рентгенография органов грудной клетки
- В) флюорография
- Г) фибробронхоскопия

**208. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фибробронхоскопия с биопсией
- Б) рентгенография
- В) компьютерная томография
- Г) бронхография

**209. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хирургический
- Б) лучевая терапия
- В) электроагуляция
- Г) химиотерапия

**210. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИНФИЦИРОВАННЫЕ**

- А) животные, птицы, человек
- Б) предметы
- В) грызуны, насекомые
- Г) крысы, гуси, свиньи

**211. ЗАРАЗНЫЙ ПЕРИОД ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ДЛИТСЯ С КОНЦА ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ДО**

- А) пятого дня с момента появления последних элементов сыпи
- Б) исчезновения корочек
- В) момента появления последних элементов сыпи
- Г) третьего дня с момента появления сыпи

**212. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТ**

- А) вне зависимости от наличия случаев инфекционных болезней
- Б) при единичных случаях инфекционных заболеваний
- В) при множественных случаях инфекционных заболеваний
- Г) в зависимости от эпидемической ситуации в регионе

**213. БОРЬБА С НАСЕКОМЫМИ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) дезинсекцией
- Б) дератизацией
- В) дезинфекцией
- Г) дезактивацией

**214. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ БРЮШНОГО ТИФА БЫВАЕТ**

- А) фекально-оральный
- Б) контактный
- В) водный
- Г) вертикальный

**215. МАССОВЫЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА А МОГУТ ПРОИСХОДИТЬ ЧЕРЕЗ**

- А) воду
- Б) кровь
- В) воздух
- Г) предметы быта

**216. К ИНФЕКЦИЯМ, УПРАВЛЯЕМЫМ СРЕДСТВАМИ  
ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ, ОТНОСЯТСЯ АНТРОПОНОЗЫ С  
МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ**

- А) аэрозольным
- Б) фекально-оральным
- В) трансмиссивным
- Г) контактным

**217. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКАЯ ГОНОРЕЯ» СТАВИТСЯ ПРИ  
ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СВЫШЕ (МЕС.)**

- А) 2
- Б) 1
- В) 3
- Г) 6

**218. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО  
СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)**

- А) 3-4
- Б) 1-2
- В) 7-8
- Г) 8-9

**219. САМКА ЧЕСОТОЧНОГО КЛЕЩА ПРОКЛАДЫВАЕТ ХОДЫ В СЛОЕ**

- А) роговом
- Б) блестящем
- В) зернистом
- Г) шиповатом

**220. НЕОТЛОЖНОЙ МЕРОЙ ПРИ ОЖОГЕ КОНЦЕНТРИРОВАННЫМИ КИСЛОТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) смыв водой и нейтрализация щелочью
- Б) обработка спиртовыми растворами
- В) наложение масляной повязки
- Г) наложение сухой окклюзионной повязки

**221. К «ЗОЛОТОМУ СТАНДАРТУ» ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ ОТНОСЯТ**

- А) ультразвуковое исследование
- Б) осмотр шейки матки в зеркалах
- В) бимануальное исследование
- Г) влагалищное исследование

**222. УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЁМА ЖИВОТА ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) сомнительным объективным
- Б) сомнительным субъективным
- В) вероятным
- Г) достоверным

**223. ПИГМЕНТАЦИЮ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) сомнительным объективным
- Б) сомнительным субъективным
- В) вероятным
- Г) достоверным

**224. ПИГМЕНТАЦИЮ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ**

- БЕРЕМЕННОСТИ**
- А) сомнительным объективным
  - Б) сомнительным субъективным
  - В) вероятным
  - Г) достоверным

**225. ПИГМЕНТАЦИЮ СОСКОВ И ОКОЛОСОСКОВЫХ АРЕОЛ  
ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) сомнительным объективным
- Б) сомнительным субъективным
- В) вероятным
- Г) достоверным

**226. ЗАДЕРЖКА МЕНСТРУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ  
БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**227. ОЩУЩЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ  
\_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**228. УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_  
ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**229. ПОЯВЛЕНИЕ МОЛОЗИВА ИЗ ОТКРЫВАЮЩИХСЯ НА СОСКЕ  
МОЛОЧНЫХ ХОДОВ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ  
ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**230. ЦИАНОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ  
ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**231. ИЗМЕНЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ (УВЕЛИЧЕНИЕ) МАТКИ ОТНОСЯТ К  
\_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**232. ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ МАТКИ ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_  
ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- А) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**233. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ (ХГТ В КРОВИ И МОЧЕ) ОТНОсят к \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- A) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**234. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ НА В-СУБЪЕДИНИЦУ ХГТ ЯВЛЯЕТСЯ  
\_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- A) вероятным
- Б) достоверным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**235. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТЕЙ ПЛОДА ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА  
ЖЕНЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- A) достоверным
- Б) вероятным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**236. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШЕВЕЛЕНИЙ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ ПАЛЬПАЦИИ  
ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ**

- A) достоверным
- Б) вероятным
- В) сомнительным субъективным
- Г) сомнительным объективным

**237. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ**

- А) регистрация сердцебиения плода
- Б) изменение обоняния
- В) цианоз слизистой влагалища, шейки матки
- Г) повышение уровня ХГЧ

**238. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ  
ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ В  
\_\_\_\_\_ НЕДЕЛЬ/НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ**

А) 30

Б) 32

В) 28

Г) 26

**239. КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫЕ  
КОНТРАЦЕПТИВЫ СПОСОБСТВУЮТ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА**

А) эндометрия

Б) шейки матки

В) влагалища

Г) толстой кишки

**240. ТВОРОЖИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

А) кандидоза

Б) хламидиоза

В) гонореи

Г) трихомониаза

**241. У ВЗРОСЛЫХ САМОЙ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ  
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) инфильтративная

Б) очаговая

В) диссеминированная

Г) фиброзно-кавернозная

**242. ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙСЯ ВЫРАЖЕННЫМИ ЭКССУДТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ЛЕГКОМ, ВЫСОКОЙ ЧАСТОТОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОСТЕЙ РАСПАДА И ВЫДЕЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОБРАТИМОСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) инфильтративная
- Б) очаговая
- В) диссеминированная
- Г) фиброзно-кавернозная

**243. ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙСЯ БЫСТРЫМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ С ОБРАЗОВАНИЕМ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ПОЛОСТЕЙ РАСПАДА ИЛИ ГИГАНТСКИХ КАВЕРН, ТЯЖЕЛЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ, ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) казеозная пневмония
- Б) инфильтративный туберкулез легких
- В) диссеминированный туберкулез легких
- Г) фиброзно-кавернозный туберкулез легких

**244. ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ ФИБРОЗНОЙ КАВЕРНЫ, РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОКРУЖАЮЩЕЙ КАВЕРНУ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, НАЛИЧИЕМ ОЧАГОВ БРОНХОГЕННОГО ОТСЕВА РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТИ, РАЗВИТИЕМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ В ВИДЕ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА, ЭМФИЗЕМЫ, БРОНХОЭКТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ПО ФОРМЕ**

- А) фиброзно-кавернозным
- Б) кавернозным
- В) инфильтративным
- Г) диссеминированным

**245. ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НЕМНОГОЧИСЛЕННЫХ ОЧАГОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОДУКТИВНОГО ХАРАКТЕРА, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ ОДНОГО ИЛИ ОБОИХ ЛЕГКИХ И ЗАНИМАЮЩИХ 1-2 СЕГМЕНТА, И МАЛОСИМПТОМНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ, МОЖЕТ БЫТЬ**

А) очаговой Б) инфильтративной

В) диссеминированной

Г) фиброзно-кавернозной

**246. РЕГРЕСС ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

А) образованием остаточных изменений

Б) формированием полостей деструкции легочной ткани

В) возникновением очагов бронхогенного обсеменения

Г) массивным выделением микобактерий туберкулеза

**247. ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПЕРВИЧНОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) туберкулез, развившийся вследствие первичного инфицирования

Б) впервые выявленный случай активного туберкулеза

В) туберкулез легких у больного, ранее не получавшего химиопрепараты или принимавший химиопрепараты менее 1 месяца

Г) туберкулез, выявленный у лица с отрицательной пробой Манту

**248. НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ, БОЛИ В ГРУДИ, ОДНОСТОРОННЕГО ТИМПАНИТА ИЛИ КОРОБОЧНОГО ЗВУКА ПРИ ПЕРКУССИИ, ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ**

А) клапанный пневмоторакс

Б) закрытый пневмоторакс

В) открытый пневмоторакс

Г) пневмоперитонеум

**249. НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) молекулярно-генетический метод
- Б) исследование BACTEC MGIT 960
- В) посев мокроты на твердую питательную среду Г) люминисцентная микроскопия мокроты

**250. НАИМЕНЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ВЕРИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рентгенологическая диагностика
- Б) молекулярно-генетический метод (ПЦР, ТБ-биочип, ДНК-стрипсы)
- В) исследование BACTEC MGIT 960
- Г) морфологическая диагностика образцов ткани с выявлением туберкулезной гранулемы

**251. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В НАШЕЙ СТРАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммунодиагностика
- Б) ПЦР-диагностика
- В) микроскопия мазка по Цилю – Нильсену
- Г) флюорография

**252. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В НАШЕЙ СТРАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) флюорография
- Б) иммунодиагностика
- В) ПЦР-диагностика
- Г) микроскопия мазка по Цилю – Нильсену

**253. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ДИАСКИН-ТЕСТА ОТ ПРОБЫ МАНТУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кожная реакция только при инфицировании вирулентными микобактериями туберкулеза
- Б) кожная реакция только при инфицировании аморфогранулярными микобактериями туберкулеза
- В) более низкая частота побочных реакций
- Г) более простая методика проведения

**254. МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ОБОЗНАЧАЕТ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К**

- А) Изониазиду и Рифампицину
- Б) двум и более химиопрепаратам
- В) препаратам первого ряда
- Г) Изониазиду, Рифампицину и фторхинолонам

**255. ШИРОКАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ОБОЗНАЧАЕТ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА К**

- А) Изониазиду, Рифампицину, фторхинолонам и аминогликозидам
- Б) как минимум Изониазиду и Рифампицину
- В) двум и более химиопрепаратам
- Г) препаратам первого ряда

**256. К АНТИБИОТИКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, КОТОРЫЕ ОБЛАДАЮТ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ОТНОСЯТСЯ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ОТНОСЯТ**

- А) фторхинолоны
- Б) макролиды
- В) аминопенициллины
- Г) цефалоспорины

**257. ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) плевральная пункция, активный дренаж и аспирация
- Б) наблюдение и лечение основного заболевания
- В) кардиотропная терапия и аналептики
- Г) наложение пневмoperitoneума и наблюдение

**258. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

- А) развития осложненных форм туберкулеза
- Б) развития вторичного туберкулеза
- В) развития рецидива туберкулезного процесса
- Г) инфицирования микобактериями туберкулеза

**259. ПОД ТЕРМИНОМ «АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ» ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ ОТНЯТИЕ КОНЕЧНОСТИ**

- А) на любом участке пораженного сегмента
- Б) на протяжении той или иной кости (костей)
- В) между суставами
- Г) на уровне суставов

**260. ОСНОВНЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПЕРИОДА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) оструя почечная недостаточность
- Б) прогрессирующий травматический отек конечности
- В) некроз кожи и мышц конечности
- Г) оструя печеночная недостаточность

**261. РЕГЕНЕРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ НАИБОЛЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНА В**

- А) старческом возрасте
- Б) раннем возрасте
- В) юности
- Г) среднем возрасте

**262. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СДАВЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) землетрясении
- Б) подводных работах на глубине
- В) пожарах
- Г) автомобильных авариях

**263. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СДАВЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАХОДИТСЯ В ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ**

- А) длительности сдавления
- Б) возраста больного
- В) атмосферных условий
- Г) характера сдавливающего фактора

**264. ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выявление врожденных пороков развития плода
- Б) определение пола плода
- В) выявление предлежания плода
- Г) определение положения плода

**265. ЭКГ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ВЫПОЛНЯЮТ В \_\_\_\_\_ ТРИМЕСТРЕ**

- А) I, II, III
- Б) I
- В) II
- Г) III

**266. МАММОГРАФИЮ ПРОВОДЯТ НА \_\_\_\_ ДЕНЬ  
МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

- А) 6–7
- Б) 8–12
- В) 15–18
- Г) 20–30

**267. СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) цитологическое исследование мазков
- Б) визуальный осмотр
- В) кольпоскопия
- Г) бактериологическое исследование мазков

**268. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У  
БЕРЕМЕННЫХ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) препараты железа
- Б) поливитамины
- В) Магния сульфат
- Г) Прогестерон

**269. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У  
БЕРЕМЕННЫХ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ**

- А) пенициллинового ряда
- Б) антимикотиков
- В) фторхинолонов
- Г) тетрациклического ряда

**270. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА  
ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Флуконазол
- Б) Амоксициллин + Клавулановая кислота
- В) Джозамицин
- Г) Ацикловир

**271. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИЦИТА ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Доксициклина
- Б) Цефтриаксона
- В) Амоксициллин + Клавулановая кислота
- Г) Пенициллина

**272. В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Нифедипин
- Б) Дротаверин
- В) Магния сульфат
- Г) Клофелин

**273. К БАРЬЕРНЫМ МЕТОДАМ КОНТРАЦЕПЦИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) мужской презерватив
- Б) норплант
- В) внутриматочный контрацептив
- Г) мини-пили

**274. ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ НЕ МЕНЕЕ (РАЗ)**

- А) 2
- Б) 1
- В) 7
- Г) 3

**275. ЭКГ ПРИ АНЕМИИ, ОСЛОЖНЯЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬ, ПРОВОДИТСЯ В \_\_ ТРИМЕСТРЕ**

- А) I, II, III
- Б) I
- В) II
- Г) III

**276. ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО**

- А) выяснить эпидемиологический анамнез
- Б) сообщить по месту работы заболевшего
- В) вызвать бригаду дезинфекторов
- Г) организовать текущую дезинфекцию

**277. «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ**

- А) заподозривший инфекционное заболевание
- Б) подтвердивший диагноз инфекционного заболевания
- В) эпидемиолог
- Г) дезинфектор

**278. ЗАКОНЧИТЬ НАБЛЮДЕНИЕ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ СЛЕДУЕТ ПОСЛЕ**

- А) истечения сроков максимального инкубационного периода у контактных
- Б) госпитализации больного
- В) заключительной дезинфекции
- Г) введения контактным иммуноглобулина

**279. ВЕРТИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗМОЖЕН ПРИ**

- А) ВИЧ-инфекции
- Б) шигеллезе
- В) вирусном гепатите А
- Г) коклюше

**280. «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» ОБ ИНФЕКЦИОННОМ БОЛЬНОМ НУЖНО ЗАПОЛНЯТЬ ПОСЛЕ**

- А) подозрения на инфекционное заболевание
- Б) консультации с врачом-инфекционистом
- В) лабораторного подтверждения диагноза
- Г) выписки из стационара

**281. ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА**

- А) А
- Б) В
- В) С
- Г) Д

**282. ДОСТОВЕРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие антител вирусного гепатита А IgM
- Б) наличие антител вирусного гепатита А IgG
- В) повышение уровня билирубина
- Г) повышение уровня трансаминаз

**283. ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СУБСТРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кровь
- Б) моча
- В) пот
- Г) слюна

**284. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ОТНОСЯТ**

- А) лихорадку больше месяца
- Б) катаральные явления
- В) увеличение одного лимфатического узла
- Г) неспецифический язвенный колит

**285. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ БОЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ**

- А) весь период болезни
- Б) в инкубационном периоде
- В) в острой стадии
- Г) на стадии вторичных заболеваний

**286. К ИСТОЧНИКАМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ОТНОСЯТ**

- А) больного человека в первые пять дней болезни
- Б) вирусоносителя
- В) домашних животных
- Г) птиц

**287. В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРИВИВОК ПРИ ПЛАНОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ УЧАСТВУЕТ**

- А) врач-терапевт (врач-педиатр)
- Б) врач-лаборант
- В) врач-эпидемиолог
- Г) врач-бактериолог

**288. ПРИ УГРОЗЕ МАССОВОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- А) проводят вакцинацию
- Б) проводят бактериофагирование
- В) вводят иммуноглобулин
- Г) вводят сыворотку

**289. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ОЧАГОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)**

- А) 35
- Б) 20
- В) 180
- Г) 14

**290. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) вакцину АКДС
- Б) живую противодифтерийную вакцину
- В) дифтерийную сыворотку
- Г) дифтерийный бактериофаг

**291. ЭКСТРЕННУЮ СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА ПРОВОДЯТ**

- А) столбнячным анатоксином
- Б) столбнячной вакциной
- В) антибиотиками
- Г) бактериофагом

**292. СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТАКТНЫМИ БОЛЬНЫМИ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)**

- А) 7
- Б) 10
- В) 3
- Г) 12

**293. ПЕРВЫМ ОЦЕНОЧНЫМ КРИТЕРИЕМ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА**

- А) сознания
- Б) дыхания
- В) пульсации на магистральных сосудах
- Г) реакции зрачков на свет

**294. ПОЗА ДЕЦЕРЕБРАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА УРОВНЕ**

- А) среднего мозга
- Б) продолговатого мозга
- В) мозжечка
- Г) коры больших полушарий

**295. ПУЛЬСОКСИМЕТР ДАЕТ ИНФОРМАЦИЮ О НАСЫЩЕНИИ**

- А) гемоглобина кислородом
- Б) венозной крови кислородом
- В) артериальной крови углекислым газом
- Г) гемоглобина углекислым газом

**296. ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ А)**

симптом очков Б) анизокория

В) красный дермографизм

Г) подвижность костей черепа

**297. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Налоксон

Б) Атропин

В) Флумазенил

Г) Аминостигмин

**298. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Флумазенил

Б) Налоксон

В) Атропин

Г) Пананггин

**299. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Унитиол

Б) Рибоксин

В) Пананггин

Г) Допамин

**300. ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ ОТ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ И ЗАМЕЩЕНИЕ ЕЕ ДОНОРСКОЙ ПЛАЗМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ**

А) плазмаферезом

Б) гемофильтрацией

В) гемодиализом

Г) ультрафильтрацией

**301. ГЕМОДИАЛИЗ ПОКАЗАН ПРИ ОСТРОЙ \_\_\_\_\_  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) почечной
- Б) сердечной
- В) печеночной
- Г) дыхательной

**302. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ТРИЦИКЛИЧЕСКИМИ  
АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Натрия гидрокарбонат
- Б) Атропин
- В) Адреналин
- Г) Дигоксин

**303. НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА  
ПРОВОДИТСЯ**

- А) бензодиазепинами
- Б) антиконвульсантами
- В) холиноблокаторами
- Г) барбитуратами

**304. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТУБЕРКУЛЁЗА У  
ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) *M. tuberculosis humanus*
- Б) *M. tuberculosis bovis*
- В) *M. tuberculosis africanum*
- Г) *M. kansasii*

**305. К ПРИЗНАКАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СПЕЦИФИЧНОСТЬ  
ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ, ОТНОСЯТ**

- А) казеозный некроз
- Б) эпителиальные клетки
- В) фибринOIDНЫЙ некроз
- Г) клетки Пирогова – Лангханса

**306. ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ  
ТУБЕРКУЛЕЗА ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬ**

- А) все диагностические и лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети
- Б) противотуберкулезные учреждения
- В) родильные дома
- Г) учреждения Роспотребнадзора

**307. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ ПУТЕМ**

- А) аэрогенным
- Б) алиментарным
- В) контактным
- Г) внутриутробным

**308. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЗАРАЖЕНИИ МИКОБАКТЕРИЕЙ  
ТУБЕРКУЛЕЗА ФАГОЦИТОЗ НОСИТ ХАРАКТЕР**

- А) незавершенный
- Б) завершенный
- В) индуцированный
- Г) физический

**309. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА  
ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лучевой (флюорография)
- Б) микроскопия мокроты на микобактерии
- туберкулеза В) посев мокроты на микобактерии
- туберкулеза Г) клинический анализ крови

**310. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЁГКИХ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) микроскопия мокроты по методу Циля – Нельсена
- Б) клинический анализ крови и мочи
- В) объективное исследование больного
- Г) рентгенография органов грудной клетки

**311. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В СЕГМЕНТАХ**

- А) 1,2 и 6
- Б) 3,4 и 5
- В) 5,7 и 8
- Г) 7,8 и 9

**312. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОБУСЛОВЛЕН**

- А) развитием повышенной чувствительности замедленного типа
- Б) развитием повышенной чувствительности немедленного типа
- В) образованием иммунных комплексов
- Г) развитием иммунологической толерантности

**313. К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ ГИДРАЗИДА ИЗОНИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ (ГИНК) ОТНОСИТСЯ**

- А) Изониазид
- Б) Пиразинамид
- В) Протионамид
- Г) Этамбутол

**314. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, ВЫДЕЛЯЮЩИХ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

- А) лекарственно устойчивые к сочетанию основных и резервных противотуберкулезных препаратов
- Б) чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам
- В) монорезистентные
- Г) полирезистентные

**315. СТАНДАРТНЫМ РЕЖИМОМ ХИМИОТЕРАПИИ, НАЗНАЧАЕМЫМ БОЛЬНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВЫСOKИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) IV
- Б) I
- В) III
- Г) II

**316. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)**

- А) 3-6
- Б) 6-9
- В) 1-2
- Г) 2-3

**317. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) химиотерапия
- Б) диетотерапия
- В) хирургический
- Г) патогенетическая терапия

**318. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА УЧЕТУ И РЕГИСТРАЦИИ ПОДЛЕЖАТ**

- А) граждане России, иностранные граждане и лица без гражданства
- Б) только иностранные граждане
- В) только лица без гражданства
- Г) только граждане России

**319. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА УЧЕТУ И РЕГИСТРАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ**

- А) туберкулезном любой локализации с обострениями и рецидивами
- Б) внелёгочным туберкулезном
- В) с рецидивами
- Г) туберкулезном лёгких

**320. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ С МАССИВНЫМ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В КВАРТИРЕ С ДЕТЬМИ, ПО ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОЧАГ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ \_\_\_\_\_ ГРУППЫ**

- А) 1
- Б) 4
- В) 3
- Г) 2

**321. НАЛИЧИЕ ОЧАГА ГОНА СООТВЕТСТВУЕТ ФАЗЕ**

- А) обызвествления первичного туберкулезного комплекса
- Б) обсеменения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
- В) обсеменения первичного туберкулезного комплекса Г)  
инфилtrации очагового туберкулеза

**322. ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) малосимптомным или бессимптомным течением
- Б) острым течением
- В) хроническим течением
- Г) подострым течением

**323. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПРИ ПРОБЕ МАНТУ  
СОСТАВЛЯЕТ**

А) 2ТЕв0,1мл

Б) 2ТЕв1мл

В) 5ТЕв1мл

Г) 1ТЕв0,1мл

**324. БАКТЕРИОВЫДЕЛИТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ АКТИВНЫМ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

А) у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом

Б) выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз

В) выделявший микобактерии туберкулеза многократно Г)

выделявший микобактерии периодически

**325. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ  
ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

А) туберкулеза в анамнезе

Б) субфебрильной температуры

В) аллергического заболевания

Г) кожного заболевания

**326. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ТУБЕРКУЛЁМЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

А) фокуса с четкими контурами, с краевым просветлением

Б) кольцевидной тени, фиброза

В) группы очагов в 1, 2 сегментах лёгкого справа

Г) фокуса с размытыми контурами, с краевым просветлением

**327. ПО ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЛИКВОРА ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С МЕНИНГИТОМ**

- А) серозно-вирусным
- Б) пневмококковым
- В) нейротоксическим
- Г) менингококковым

**328. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЁЗНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) фокуса в лёгком, связанного «дорожкой» с увеличенным корнем лёгкого
- Б) ослабления лёгочного рисунка
- В) линзообразной очерченной тени
- Г) бесструктурного корня, усиленного легочного рисунка

**329. ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ**

- А) заболеваний, выявленных впервые в данном году
- Б) заболеваний, зарегистрированных впервые в прошлом году
- В) социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в течение трех лет
- Г) инфекционных заболеваний, зарегистрированных в данном и в прошлом году

**330. ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ**

- А) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
- Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- В) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
- Г) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

**331. ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ  
ДАННЫЕ О**

- А) заболеваемости в данном году и в предыдущие годы
- Б) числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- В) заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости
- Г) числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

**332. СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

- А) представляет собой единую систему учета и отчетности в здравоохранении
- Б) основан на создании экспериментальных моделей отдельных видов деятельности или учреждений здравоохранения
- В) обеспечивает изучение явления с учетом времени, места, исторических условий
- Г) предполагает изучение любых процессов, явлений, организационных структур как систем, состоящих из подсистем и одновременно являющихся подсистемами более крупных систем

**333. К ГЛАВНЫМ РЕСУРСАМ УПРАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТ**

- А) кадры
- Б) информацию
- В) финансы
- Г) материально-техническую базу

**334. ПОД ДЕЛЕГИРОВАНИЕМ ПОЛНОМОЧИЙ ПОНИМАЮТ**

- А) наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
- Б) предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
- В) передачу части своей заработной платы подчиненным
- Г) полное подчинение

**335. ПОД НОРМОЙ УПРАВЛЕМОСТИ ПОНИМАЮТ**

- А) организационный норматив
- Б) технологический норматив
- В) регламент
- Г) приказ или распоряжение

**336. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО**

- А) количеству посещений на одного жителя в год
- Б) пропускной способности поликлиники по числу посещений в день
- В) количеству обслуживаемого населения на территории Г)
- плановой функции врачебной должности

**337. СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДПОЛАГАЕТ**

- А) лицензирование и аккредитацию ресурсной базы учреждений здравоохранения
- Б) оценку качества медицинской помощи по конечным результатам
- В) оценку соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса
- Г) расчет интегрального коэффициента эффективности

**338. ПОД СТАНДАРТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ**

- А) формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий
- Б) имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг
- В) установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного учреждения
- Г) перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления

**339. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) отношением предотвращенного ущерба к затратам
- Б) соотношением экономического эффекта к затратам на его достижение
- В) экономическими результатами, полученными вследствие улучшения показателей здоровья населения
- Г) степенью роста заработной платы работникам здравоохранения

**340. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСИТСЯ К**

- А) 1 типу
- Б) 2 типу
- В) гестационному
- Г) стероидному

**341. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ**

- А) антигенов HLA DR-3, DR-4
- Б) антител к инсулину
- В) инсулинорезистентности
- Г) С-пептида

**342. ГЕМОСТАЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) высокой адгезивностью и агрегацией тромбоцитов
- Б) активацией факторов фибринолиза
- В) склонностью к спонтанным кровотечениям
- Г) активацией факторов гипокоагуляции

**343. ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение гормонов ТТГ, Т3, Т4
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к тиреоидной пероксидазе, тиреоглобулину
- Г) функциональная биопсия

**344. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО**

- А) повышение ТТГ и снижение Т4
- Б) снижение ТТГ и повышение Т4
- В) нормальный ТТГ и снижение Т4
- Г) снижение ТТГ и Т4

**345. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) отеки, зябкость, заторможенность, сухость кожи
- Б) ожирение, гипертония, одышка
- В) потливость, сонливость, нарушение координации
- Г) снижение памяти, головная боль, анорексия

**346. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиперпигментация кожи
- Б) похудание
- В) диспептический синдром
- Г) артриты

**347. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- А) аутоиммунного тиреоидита
- Б) поражения гипофиза
- В) разрушения гипоталамуса
- Г) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам

**348. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ А)**

- поражения гипофиза
- Б) разрушения гипоталамуса
- В) нарушения чувствительности тканей к тиреоидным гормонам
- Г) аутоиммунного тиреоидита

**349. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНAM ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ОТНОсят**

- А) аутоиммунную атрофию коры надпочечников
- Б) туберкулез надпочечников
- В) двустороннюю адреналэктомию
- Г) метастазы опухолей

**350. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лазерная фотокоагуляция
- Б) применение Дециона
- В) применение Трентала
- Г) применение Диабетона

**351. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) стимуляция секреции инсулина
- Б) подавление продукции глюкозы печенью
- В) снижение инсулинерезистентности
- Г) торможение всасывания глюкозы в кишечнике

**352. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) преходящее горизонтальное смешение сегмента ST на 1 мм и более
- Б) формирование отрицательного зубца Т
- В) появление блокады правой ножки пучка Гиса
- Г) появление предсердной экстрасистолии

**353. РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уменьшение индекса Тиффно
- Б) уменьшение пиковой скорости выдоха
- В) увеличение объема форсированного выдоха за первую секунду
- Г) уменьшение жизненной ёмкости лёгких

**354. РАННИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня АЦЦП
- Б) узурация суставных поверхностей
- В) появление ульнарной девиации суставов
- Г) повышение уровня мочевой кислоты

**355. О СОСТОЯНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- А) относительная плотность мочи
- Б) гематурия
- В) лейкоцитурия
- Г) протеинурия

**356. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) длительный подъем ST выше изолинии («застывшая» ЭКГ)
- Б) коронарный зубец Т в соответствующих отведениях
- В) снижение амплитуды зубца R в соответствующих отведениях Г)
- появление зубца Q в соответствующих отведениях

**357. ЭКГ-ДИАГНОСТИКУ ИНФАРКТА МИОКАРДА УСЛОЖНЯЕТ**

- А) блокада левой ножки пучка Гиса
- Б) фибрилляция предсердий
- В) желудочковая экстрасистолия
- Г) атриовентрикулярная блокада 1 степени

**358. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) Амоксициллина (или защищенного аминопенициллина) или макролидов
- Б) тетрациклических
- В) цефалоспоринов
- Г) Гентамицина

**359. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение массы тела
- Б) снижение конечного диастолического давления в правом желудочке
- В) снижение частоты сердечных сокращений Г)
- уменьшение размеров печени

**360. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ДОЛЖЕН ПОСЕТИТЬ БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ВЫПИСАННОГО ИЗ СТАЦИОНАРА, НЕ ПОЗДНЕЕ**

- А) следующего дня
- Б) трех дней
- В) пяти дней
- Г) семи дней

**361. К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ**

- А) здоровые, в том числе имеющие факторы риска при низком и среднем сердечно-сосудистом риске
- Б) нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи
- В) не предъявляющие жалоб
- Г) с впервые выявленными хроническими заболеваниями в стадии ремиссии

**362. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО**

- А) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств
- Б) самостоятельно расширить объем диспансеризации либо отказаться от отдельных видов медицинских вмешательств
- В) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств по решению суда
- Г) отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, если он не работает

**363. В КВАРТИРНЫХ ОЧАГАХ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ С БОЛЬНЫМИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)**

- А) 7
- Б) 5
- В) 15
- Г) 21

**364. ДЛЯ ПЕРЕБОЛЕВШИХ КОРЬЮ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ**

- А) противоэпидемические мероприятия не проводятся
- Б) организуется медицинское наблюдение 10 дней В)  
организуется медицинское наблюдение 21 день
- Г) имеет место разобщение с коллективом с 8 по 17 день

**365. ПРИ КАРАНТИНЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ**

- А) врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия – лечащим врачом
- Б) только врачом-терапевтом участковым
- В) заведующим отделением
- Г) врачом-эпидемиологом

**366. В РОССИИ ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) болезни системы кровообращения, внешние причины, новообразования
- Б) болезни системы кровообращения, инфекционные заболевания, болезни органов дыхания
- В) болезни органов дыхания, внешние причины, заболевания ЖКТ
- Г) новообразования, заболевания ЖКТ, патология опорно-двигательного аппарата

**367. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) высокое АД
- Б) высокий индекс массы тела
- В) алкоголь
- Г) курение

**368. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ (УПРАВЛЯЕМЫМ) ФАКТОРАМ РИСКА  
ОТНОСЯТ**

- А) вредные для здоровья факторы поведенческого характера (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание)
- Б) пол
- В) возраст
- Г) наследственность

**369. В КНИГЕ ЗАПИСЕЙ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ ОТМЕЧАЮТСЯ**

- А) все вызовы, поступившие в течение дня, и активные посещения
- Б) только активные посещения
- В) те вызовы, которые решит зарегистрировать врач для оплаты
- Г) только первичные вызовы

**370. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ  
ВРАЧОМ ПОЛИКЛИНИКИ, ЕСЛИ**

- А) пациент регулярно наблюдался в данной поликлинике и умер дома
- Б) смерть произошла в стационаре
- В) врач сам констатировал факт смерти
- Г) об этом сообщили родственники пациента

**371. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО  
НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В ГОРОДЕ СОСТАВЛЯЕТ  
       ЧЕЛОВЕК ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ**

- А) 1700
- Б) 1500
- В) 1200
- Г) 1300

**372. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА  
ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО**

- А) в регистратуре
- Б) на приеме врача
- В) при проведении диспансеризации
- Г) на дому

**373. МЕДИЦИНСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ  
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

- А) органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе
- Б) родителям
- В) мужу или жене
- Г) работодателю

**374. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ**

- А) относится к диагностическому отделению поликлиники
- Б) относится к отделению профилактики поликлиники В)  
относится к лечебному отделению поликлиники Г) является  
самостоятельным подразделением

**375. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ  
ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ  
НА СРОК ДО (ДЕНЬ)**

- А) 7
- Б) 15
- В) 30
- Г) 45

**376. ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ**

- А) одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход
- Б) любому члену семьи по желанию больного
- В) только одному из родителей
- Г) только матери

**377. ВЫДАЧА ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ**

- А) документа, удостоверяющего личность
- Б) справки с места работы
- В) полиса ОМС
- Г) амбулаторной карты

**378. РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РОГОВИЦЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ КЕРАТИТА**

- А) герпесвирусного
- Б) туберкулезнно-метастатического
- В) туберкулезнно-аллергического
- Г) паренхиматозного

**379. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДОВ В СЕТЧАТКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ?**

- А) новообразование
- Б) извитость
- В) сужение
- Г) расширение

**380. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА ХАРАКТЕРНА  
ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ РОГОВИЦЫ**

- А) глубокая
- Б) поверхностная
- В) смешанная
- Г) локальная

**381. К ЧИСЛУ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗА  
ОТНОСИТСЯ**

- А) травматический иридоциклит
- Б) сидероз глаза
- В) симпатическое воспаление
- Г) субатрофия глаза

**382. ОБРАЗОВАНИЕ ПЛЕНОК НА КОНЪЮНКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ  
ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КОНЪЮНКТИВИТА**

- А) пневмококкового
- Б) аллергического
- В) герпетического
- Г) хламидийного

**383. К ЧИСЛУ ВОЗМОЖНЫХ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
АБСЦЕССА ВЕК ОТНОСИТСЯ**

- А) тромбоз кавернозного синуса
- Б) ползучая язва роговицы
- В) флегмона слезного мешка
- Г) гнойный иридоциклит

**384. СРОЧНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ПРИСТУПОМ  
ГЛАУКОМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИНСТИЛЛЯЦИЕЙ В ГЛАЗ РАСТВОРА**

- А) Пилокарпина
- Б) Дикаина
- В) Адреналина
- Г) Платифиллина

**385. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОБЛЕННОРЕИ В ОБА ГЛАЗА  
НОВОРОЖДЕННЫМ ИНСТИЛЛИРУЮТ РАСТВОР**

- А) Сульфацила натрия
- Б) Бактериофага стафилококкового
- В) Левомицетина
- Г) Пенициллина

**386. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИЗБЫТОЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ АККОМОДАЦИИ НЕОБХОДИМО**

- А) соблюдение режима зрительной нагрузки
- Б) закапывание слезозаменителей
- В) прием витаминов внутрь
- Г) проведение фототерапии

**387. РАННИМ ПРИЗНАКОМ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полиаденопатия
- Б) потеря массы тела более 10%
- В) боли в правой подвздошной области
- Г) потемнение мочи

**388. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) двоение в глазах
- Б) паралич диафрагмы
- В) задержка стула
- Г) нормотермия

**389. ТИПИЧНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) колит
- Б) гастрит
- В) энтерит
- Г) гастроэнтерит

**390. ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ, НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ В СОЧЕТАНИИ С ЛИХОРАДКОЙ СВОЙСТВЕННА**

- А) роже
- Б) абсцессу
- В) флегмоне
- Г) плоскому лишаю

**391. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ С НЕКРОЗАМИ В ЦЕНТРЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) менингококковой инфекции
- Б) энтеровирусной инфекции
- В) стрептодермии
- Г) герпес зостер инфекции

**392. ЗУД В ОБЛАСТИ АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) энтеробиозе
- Б) тениозе
- В) клонорхозе
- Г) диффильтротриозе

**393. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «САЛЬМОНЕЛЛЕЗ» ПРОВОДЯТ**

- А) бактериологическое исследование кала
- Б) общий анализ крови
- В) общий анализ мочи
- Г) вирусологическое исследование кала

**394. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА НАЗНАЧАЮТ**

- А) Осельтамивир (Тамифлю)
- Б) Антигриппин
- В) Парацетамол
- Г) Санорин

**395. ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НАЗНАЧАЮТ**

- А) Регидрон
- Б) Трисоль
- В) Дисоль
- Г) Лактосоль

**396. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ДИАТЕЗАМ  
ОТНОСИТСЯ**

- А) болезнь Виллебранда
- Б) ДВС синдром
- В) болезнь Вальденстрема
- Г) болезнь Маркиафавы Микели

**397. СУБСТРАТОМ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ  
МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО**

- А) гранулоциты
- Б) миелобласты
- В) плазмоциты
- Г) эритрокариоциты

**398. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А  
ОБУСЛОВЛЕН ДЕФИЦИТОМ**

- А) VIII фактора
- Б) антитромбина III
- В) протеина C
- Г) образования тромбоцитов

**399. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА  
ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ В БИОПТАТЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА**

- А) клеток Березовского – Штернберга
- Б) плазматических клеток
- В) моноцитов
- Г) лимфоцитов

**400. ДЕСТРУКЦИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ  
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ**

- А) множественной миеломе
- Б) талассемии
- В) апластической анемии
- Г) эритремии

**401. ЛОКАЛИЗАЦИЯ АРТРИТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ В ПЕРВОМ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) подагры
- Б) ревматоидного артрита
- В) псориаза
- Г) болезни Рейтера

**402. СИНДРОМ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) ревматоидного артрита
- Б) деформирующего остеоартроза
- В) подагры
- Г) болезни Рейтера

**403. АУТОИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) ревматоидного артрита
- Б) подагры
- В) остеоартроза
- Г) болезни Рейтера

**404. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ**

- А) острого инфаркта миокарда
- Б) внебольничной пневмонии
- В) острого миокардита
- Г) острого гастрита

**405. РАННЯЯ ПОСТИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВОЗНИКАЕТ ОТ НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

- А) после 24 ч – 4 недель
- Б) после 12 недель
- В) через полгода
- Г) через год

**406. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

А) тромбоз

Б) ишемия

В) некроз

Г) амилоидоз

**407. ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) снижение ударного объема и сердечного выброса

Б) повышение фракции выброса левого желудочка В)

запаздывание открытия митрального клапана

Г) уменьшение диастолического объема левого желудочка

**408. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ РАЗВИВАЕТСЯ**

А) относительная коронарная недостаточность

Б) неспецифический коронариит

В) спазм коронарных артерий

Г) острый тромбоз коронарных артерий

**409. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) резкое ослабление дыхания

Б) амфорическое дыхание

В) крепитация

Г) шум трения плевры

**410. ТРЕУГОЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ТЕНЬ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

А) ТЭЛА

Б) аспирационной пневмонии

В) параканкрозной пневмонии

Г) шокового легкого

**411. ЗАТЯЖНОЙ НАЗЫВАЮТ ПНЕВМОНИЮ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОТОРОЙ БОЛЕЕ**

- А) четырех недель
- Б) двух недель
- В) двух месяцев
- Г) шести месяцев

**412. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) коробочный перкуторный звук
- Б) удлиненный вдох
- В) влажные хрипы
- Г) бронхиальное дыхание

**413. ПРИ ПЕРВИЧНОМ АЛЬДОСТЕРОНИЗМЕ (СИНДРОМЕ КОННА) ОТМЕЧАЮТ**

- А) гипокалиемию, полидипсию, полиурию, судороги
- Б) гиперкалиемию, гипергликемию, полиурию В)  
повышение относительной плотности мочи
- Г) резкое снижение относительной плотности мочи

**414. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ С ВЫРАЖЕННОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ, ТАХИКАРДИЕЙ И ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ**

- А) феохромоцитомой
- Б) синдромом Конна
- В) гипертонической болезнью
- Г) острым гломерулонефритом

**415. ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ПОВЫШАЕТСЯ ВЫРАБОТКА**

- А) адреналина
- Б) пролактина
- В) тестостерона
- Г) альдостерона

**416. ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР,  
УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ АНЕМИИ**

- А) гемолитической
- Б) В12-дефицитной
- В) железодефицитной
- Г) апластической

**417. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В  
КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ**

- А) отсутствие пульса на одной из рук
- Б) геморрагической пурпурсы
- В) сетчатого ливедо
- Г) кровохарканья

**418. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Helicobacter pylori
- Б) нарушение диеты
- В) курение
- Г) нарушение моторики желудка

**419. ДЛЯ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ  
СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) диарея
- Б) рвота
- В) запор
- Г) абдоминальная боль

**420. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НАБЛЮДАЕТСЯ КАК ВНЕКИШЕЧНОЕ  
ПРОЯВЛЕНИЕ**

- А) болезни Крона
- Б) дивертикулярной болезни кишечника
- В) псевдомемброзного колита
- Г) синдрома раздраженного кишечника

**421. В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ  
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ  
«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) суточный мониторинг pH в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия
- Б) определение Helicobacter pylori
- В) анализ кала на скрытую кровь
- Г) рентгеноскопия пищевода и желудка

**422. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ ВЫШЕ 300 МКГ/Г  
ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ**

- А) «болезнь Крона»
- Б) «аскаридоз»
- В) «синдром раздраженного кишечника»
- Г) «глютеновая энтеропатия»

**423. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ГЛИАДИНУ И ТКАНЕВОЙ  
ТРАНСГЛЮТАМИНАЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) глютеновой энтеропатии
- Б) язвенном колите
- В) болезни Крона
- Г) синдроме раздраженного кишечника

**424. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ  
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б) бета-2-агонисты
- В) метилксантины
- Г) муколитики

**425. РЕФЛЕКТОРНОЕ КУПИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВОЗМОЖНО ПРИ**

- А) суправентрикулярной тахикардии
- Б) полной АВ-блокаде
- В) желудочковой тахикардии
- Г) частой экстрасистолии

**426. К ПРЕПАРАТАМ ЗАМЕДЛЕННОГО МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ**

- А) хондропротекторы
- Б) глюкокортикоиды
- В) нестероидные противовоспалительные препараты
- Г) цитостатики

**427. У БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Левофлоксацина
- Б) Пенициллина
- В) Ровамицина
- Г) Цефтриаксона

**428. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) ингибиторов АПФ
- Б) Метилдопы
- В) блокаторов кальциевых каналов
- Г) бета-адреноблокаторов

**429. ПРИ СИНДРОМЕ КОННА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Спиронолактон
- Б) Индапамид
- В) Метопролол
- Г) Лизиноприл

**430. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ А)**

Сульфасалазин Б) Амоксициллин В) Тетрациклин Г) Панкреатин

**431. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Рабепразол
- Б) Дротаверина гидрохлорид
- В) Лактулозу
- Г) Рифаксимин

**432. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) багровых полос растяжения
- Б) артериальной гипотонии
- В) дефицита массы тела
- Г) снижения уровня сахара крови

**433. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ОТНОСЯТ**

- А) снижение массы тела, возбудимость
- Б) отёчность век, кистей, стоп
- В) наличие ломких, сухих, часто выпадающих волос
- Г) медлительность, заторможенность, сонливость

**434. ДЛЯ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ (ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРЕН ТАКОЙ СИМПТОМ КАК**

- А) гиперпигментация кожи
- Б) артериальная гипертония
- В) повышение массы тела
- Г) повышенный аппетит

**435. НЕДОСТАТОК ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ОБУСЛАВЛИВАЕТ**

- А) сонливость
- Б) тахикардию
- В) похудание
- Г) повышение теплообразования

**436. КЛАССИФИКАЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ СТАДИЮ**

- А) альбуминурии
- Б) отёчную
- В) нефротическую
- Г) гематурическую

**437. ОСМОЛЯРНОСТЬ КРОВИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ В ПЛАЗМЕ**

- А) глюкозы
- Б) калия
- В) мочевины
- Г) альбуминов

**438. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение уровня тироксина, повышение уровня тиреотропного гормона
- Б) повышение уровня тироксина, повышение уровня тиреотропного гормона
- В) снижение уровня тироксина, снижение уровня тиреотропного гормона
- Г) повышение уровня тироксина, снижение уровня тиреотропного гормона

**439. К ТАБЛЕТИРОВАННЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Метформин
- Б) Эксенатид
- В) Лираглутид
- Г) Гларгин

**440. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ А)**

инсулином Б) препаратами сульфонилмочевины

В) агонистами глюкагоноподобного пептида 1

Г) бигуанидами

**441. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ**

А) гипогликемических состояниях

Б) вторичной резистентности к пероральным препаратам

В) гестационном диабете

Г) сахарном диабете 1 типа

**442. ПРИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМАХ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ НАЗНАЧАЮТ**

А) мочегонные препараты

Б) анаболические стероидные гормоны

В) заместительную терапию глюкокортикоидами и минералокортикоидами

Г) диету с дополнительным приёмом поваренной соли

**443. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

А) употреблять йодированную поваренную соль

Б) диета с ограничением легкоусвояемых углеводов

В) употребление импортных продуктов

Г) всегда применять спиртовую настойку йода

**444. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРЕПАРАТОВ ИМИДАЗОЛА (МЕРКАЗОЛИЛ) ОТНОСЯТ**

А) лейкопению, агранулоцитоз

Б) сонливость, апатию

В) уменьшение размеров щитовидной железы

Г) нарушения сердечного ритма

**445. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) введение препаратов калия
- Б) инфузию 5% раствора глюкозы
- В) инфузию физиологического раствора хлорида натрия Г) введение гидрокортизона

**446. ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СОСТОЯНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ РН КРОВИ НИЖЕ**

- А) 7,0
- Б) 6,96
- В) 7,1
- Г) 7,06

**447. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ КОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЫХАНИЕМ**

- А) Куссмауля
- Б) Чейн – Стокса
- В) Биота
- Г) Грекка

**448. ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение распада жиров
- Б) повышение pH крови
- В) появление ацетона в моче
- Г) наличие гипергликемии

**449. СРЕДИ ВСЕХ ВИДОВ ТРАВМ ПО КОЛИЧЕСТВУ ПРЕОБЛАДАЮТ А)**

- ushiбы и растяжения Б) переломы и вывихи В) ожоги и отморожения Г) инородные тела

**450. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТОМИКОЗ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ**

- А) в наружном слуховом проходе
- Б) в послеоперационной полости
- В) на ушной раковине
- Г) в среднем ухе

**451. АДАПТАЦИЯ ГЛАЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) приспособлением глаз к различным уровням яркости света
- Б) способностью глаза различать свет
- В) видением предметов при слабом освещении
- Г) ухудшением цветового зрения

**452. ПРОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНИ СЪЕГРЕНА (ШЕГРЕНА) СО СТОРОНЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сухой кератоконъюнктивит
- Б) склерит
- В) отслойка сетчатки
- Г) ячмень

**453. ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ИСТОЧНИКОМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ УВЕИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тонзиллит
- Б) язвенный колит
- В) пневмония
- Г) кариес

**454. У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ячмень
- Б) халазион
- В) блефарит
- Г) эписклерит

**455. ГЛАУКОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышением внутриглазного давления выше толерантного уровня
- Б) аномалиями рефракции
- В) помутнением хрусталика
- Г) воспалением зрительного нерва

**456. РОГОВИЧНЫЙ СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) слезотечение, светобоязнь, блефароспазм
- Б) эктропион, экзофтальм, эпифору
- В) птоз, миоз
- Г) симблефарон, лагофтальм

**457. МЕТОДОМ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тонометрия
- Б) скиаскопия
- В) периметрия
- Г) хромоскопия

**458. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОНЪЮНКТИВЫ ОТНОСЯТ**

- А) меланому
- Б) гемангиому
- В) невусы
- Г) липомы

**459. АНГИОПРОТЕКТОРЫ НАЗНАЧАЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

- А) укрепить сосудистую стенку
- Б) улучшить проходимость слезных путей
- В) ликвидировать процессы воспаления
- Г) ускорить заживление раневого канала в роговице

**460. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПЕРВИЧНОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) менингококк
- Б) стрептококк
- В) стафилококк
- Г) энтерококк

**461. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ**

- А) антиагрегантные средства
- Б) гормональные средства
- В) антибиотики
- Г) гемостатические средства

**462. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В ТЕРАПИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЗАНИМАЕТ**

- А) иммуноглобулин против клещевого энцефалита
- Б) РНК-аза в сочетании с кортикоидными препаратами
- В) антибактериальная терапия
- Г) гаммаглобулин в лечебных дозах

**463. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ОЧАГОВЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) преходящего нарушения мозгового кровообращения
- Б) тромбоза наружной сонной артерии
- В) спонтанного субарахноидального кровоизлияния
- Г) ишемического инсульта

**464. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ И КОНСУЛЬТАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ**

- А) прогноза потомства
- Б) обследования группы риска по данному заболеванию
- В) лечения
- Г) изучения эпидемиологии данного заболевания

**465. ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ФАЗЫ ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ В СКРЫТОМ ПЕРИОДЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ**

- А) рентгенографию легких
- Б) пункцию легочной ткани
- В) пункцию плевральной полости
- Г) биопсию легких

**466. РАННИМ СИМПТОМОМ РАЗВИТИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ФАЗЫ ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) появление крепитации и сухих хрипов в легких
- Б) выделение пенистой мокроты из верхних дыхательных путей
- В) учащение частоты дыхания с уменьшением его глубины
- Г) появление влажных хрипов в легких

**467. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СИНИЛЬНОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) блокада цитохрома A3
- Б) ингибиование ферментов цикла Кребса
- В) образование метгемоглобина
- Г) образование роданидов

**468. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ ПЕРВИЧНОЙ ГИПОКСИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гемическая
- Б) тканевая
- В) циркуляторная
- Г) гипоксическая

**469. В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ОТ ПОРАЖЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) фильтрующий противогаз с гопкалитовым патроном
- Б) фильтрующий противогаз
- В) фильтрующий противогаз с карбогеновым патроном
- Г) респиратор

**470. РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИНГАЛЯЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ОТРАВЛЯЮЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ (МИН.)**

- А) 3
- Б) 10
- В) 30
- Г) 50

**471. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ОТ ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЯ ЗАЩИЩАЮТ МАТЕРИАЛЫ, В КОТОРЫХ ПРЕОБЛАДАЮТ**

- А) тяжелые металлы
- Б) легкие металлы
- В) водород
- Г) сера

**472. ТКАНЬЮ, НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ К ДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) костный мозг
- Б) эндотелий
- В) нервная
- Г) паренхима внутренних органов

**473. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОБЛУЧЕННОЙ КЛЕТКИ ИМЕЕТ ПОВРЕЖДЕНИЕ**

- А) нуклеиновых кислот
- Б) белков
- В) липополисахаридов
- Г) полисахаридов

**474. У ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ОБЩЕГО КРАТКОВРЕМЕННОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ДОЗЕ 7 ГР РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРАЯ ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ  
\_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

- А) крайне тяжёлой
- Б) лёгкой
- В) средней
- Г) тяжёлой

**475. ПОРАЖЕННЫЕ, ОСТАВШИЕСЯ В ЖИВЫХ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ИЛИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ПОТЕРЯМИ**

- А) санитарными
- Б) безвозвратными
- В) медицинскими
- Г) общими

**476. ЭВАКУАЦИЯ БОЛЬНИЦЫ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ БЫВАЕТ**

- А) полной
- Б) массовой
- В) объектовой
- Г) медицинской

**477. ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКЕ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ**

- А) первичная медицинская карточка
- Б) амбулаторная карта
- В) история болезни
- Г) сортировочная марка

**478. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСОБО ОПАСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ С ИХ НАРАСТАНИЕМ В КОРОТКИЙ СРОК В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ВВОДИТСЯ**

- А) карантин
- Б) изоляция
- В) индикация
- Г) обсервация

**479. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) поражения сально-волосяных фолликулов и потовых желез
- Б) поражения ногтевых пластинок
- В) пузыри
- Г) бугорки

**480. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ЧЕСОТКИ ОТНОСЯТ**

- А) вторичную пиодермию
- Б) атрофию кожи
- В) флегмоны
- Г) эритродермию

**481. САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) туберкулезнная волчанка
- Б) скрофулодерма
- В) туберкулез кожи бородавчатый
- Г) туберкулез кожи папулонекротический

**482. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН**

- А) язвой
- Б) чешуйкой
- В) пятном
- Г) бугорком

**483. ПЯТНИСТЫЙ СИФИЛИД НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

- А) пятнами при кори, краснухе
- Б) кондиломами
- В) красным плоским лишаем
- Г) чешуйчатым лишаем

**484. «ТРИАДА ГЕТЧИНСОНА» ПРИ ПОЗДНЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) паренхиматозный кератит
- Б) гумму твердого неба
- В) саблевидные голени
- Г) ягодицеобразный череп

**485. ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лабиринтная глухота
- Б) бугорковая сыпь туловища
- В) седловидный нос
- Г) саблевидная голень

**486. ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬTRAЦИИ НАЗНАЧАЮТ**

- А) повязку с чистым ихтиолом
- Б) анилиновые красители
- В) топические кортикостероиды
- Г) обкалывание гидрокортизоном

**487. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- А) при абсцедировании
- Б) в стадии начальной инфильтрации
- В) в стадии размягчения центральной части
- Г) в стадии формирования стержня

**488. НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ПРОВОДИТСЯ**

- А) противовирусными мазями и кремами
- Б) топическими кортикостероидами
- В) фунгицидными препаратами
- Г) мазями с антибиотиками

**489. ДИАГНОЗ «МАЛЯРИЯ» ПОДТВЕРЖДАЕТ**

- А) исследование толстой капли крови и мазка крови на наличие паразита
- Б) исследование ликвора
- В) бактериологическое исследование крови
- Г) РСК, РНГА, РТГА

**490. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ**

- А) лейкопения, лимфоцитоз, нормальная или замедленная СОЭ
- Б) лейкопения, лимфоцитоз, увеличенная СОЭ
- В) лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенная СОЭ
- Г) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная или замедленная СОЭ

**491. МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ПЦР-диагностика
- Б) иммуноферментный анализ
- В) биохимический анализ крови
- Г) определение уробилина в моче

**492. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОТНОСЯТ**

- А) офтальмоплегию
- Б) гиперрефлексию
- В) патологические рефлексы
- Г) судорожный синдром

**493. СИБИРЕЯЗВЕННЫЙ КАРБУНКУЛ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) выраженной отёчностью тканей и безболезненностью
- Б) выраженной отёчностью тканей и резкой болезненностью
- В) отсутствием отёка тканей и резкой болезненностью Г)  
отёком тканей и зудом

**494. ПРЕХОДЯЩИЕ СИМПТОМЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НО НЕ ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА ИШЕМИЗИРОВАННОГО УЧАСТКА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) транзиторной ишемической атаки
- Б) внутримозгового кровоизлияния
- В) субарахноидального кровоизлияния
- Г) ишемического инсульта

**495. ОСТРОЕ НАЧАЛО ИНСУЛЬТА С ВНЕЗАПНЫМ ПОЯВЛЕНИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОДРСТВУЮЩЕГО ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛАЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) кардиоэмболического подтипа ишемического инсульта
- Б) лакунарного подтипа ишемического инсульта
- В) атеротромботического подтипа ишемического инсульта
- Г) нетравматического субарахноидального кровоизлияния

**496. ДВУСТОРОННИЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, СЖИМАЮЩИЕ ГОЛОВУ В ВИДЕ «ОБРУЧА», УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ОТДЫХА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) головных болей напряжения
- Б) мигренозного приступа с аурой
- В) гипертензионных головных болей
- Г) медикаментозных головных болей

**497. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) церулоплазмина сыворотки
- Б) креатинфосфокиназы в крови
- В) уровня белка Бенс-Джонса в моче
- Г) уровня цианкоболамина в крови

**498. ОСТРЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ С НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, ПСИХОМОТОРНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ, ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ, ГРУБЫМ МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) субарахноидального кровоизлияния
- Б) кардиоэмболического подтипа ишемического инсульта
- В) острого рассеянного энцефаломиелита
- Г) острого течения клещевого энцефалита

**499. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)**

- А) 6
- Б) 24
- В) 8
- Г) 12

**500. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОТНОСИТСЯ ТЕРАПИЯ**

- А) тромболитическая
- Б) антикоагулянтная
- В) нейропротективная
- Г) иммуносупрессивная

**501. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАВЕРШЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) санация ликвора
- Б) улучшение состояния пациента
- В) нормализация картины крови
- Г) нормализация картины нейровизуализации

**502. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- А) геморрагических осложнений
- Б) острой почечной недостаточности
- В) острой печеночной недостаточности
- Г) вторичного вазоспазма и синдрома обкрадывания

**503. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ПОДТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Ацетилсалициловой кислоты
- Б) Клопидогrela
- В) Варфарина
- Г) Ривороксабана

**504. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА НАПРАВЛЕНА НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**

- А) развития инсульта и коррекцию факторов риска инсульта
- Б) повторного инсульта и коррекцию факторов риска, с учетом патогенеза перенесенного инсульта
- В) геморрагических осложнений перенесенного ишемического инсульта
- Г) вторичного вазоспазма и синдрома обкрадывания при геморрагическом инсульте

**505. К ФАКТОРАМ РИСКА ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ**

- А) сахарный диабет
- Б) хронический гепатит
- В) хронический пиелонефрит
- Г) рассеянный склероз

**506. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ ВНУТРЕННЕЕ УХО, ОТНОСЯТ**

- А) Спиронолактон, Фуросемид
- Б) Кларитромицин, Рокситромицин
- В) сульфаниламиды
- Г) Ампициллин

**507. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО АДЕНОИДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) острый средний отит
- Б) эпиглоттит
- В) острый фронтит
- Г) ангина

**508. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОТОМИКОЗОМ ПОКАЗАНА ТОЛЬКО \_\_\_\_\_  
ТЕРАПИЯ**

- А) противогрибковая, десенсибилизирующая
- Б) гормональная
- В) антибактериальная
- Г) антигистаминная

**509. ФАКТОР ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ, СПОСОБНЫЙ НАНЕСТИ  
УЩЕРБ ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА ИЛИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ,  
НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) поражающим
- Б) патогенным
- В) экологическим
- Г) чрезвычайным

**510. У ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ  
СУЩЕСТВУЕТ РЕЖИМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

- А) повышенной готовности
- Б) сбора информации
- В) активных действий
- Г) профилактических мероприятий

**511. В РЕЖИМЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕДИНОЙ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ  
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- А) создание и восполнение резервов
- Б) принятие мер по защите населения
- В) принятие мер по устойчивому функционированию объектов
- Г) приведение в состояние готовности сил и средств системы

**512. ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ**

- А) розыск поражённых
- Б) сбор информации о районе чрезвычайной ситуации
- В) противоэпидемические мероприятия в районе чрезвычайной ситуации Г)
- Г) обучение населения принципам защиты при чрезвычайных ситуациях

**513. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) применение двухэтапной системы оказания помощи
- Б) проведение полного комплекса мероприятий в зоне чрезвычайной ситуации
- В) трёхэтапная система оказания помощи
- Г) оказание только специализированной медицинской помощи

**514. К САНИТАРНЫМ ПОТЕРЯМ ОТНОСЯТСЯ ПОРАЖЁННЫЕ**

- А) потерявшие трудоспособность на срок более суток
- Б) пропавшие без вести
- В) нуждающиеся в госпитализации
- Г) эвакуируемые санитарным транспортом

**515. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ОТНОСЯТ**

- А) эвакуационно-транспортную
- Б) терапевтическую
- В) догоспитальную
- Г) доврачебную

**516. К СОРТИРОВОЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ**

- А) опасность для окружающих
- Б) выраженность возбуждения
- В) трудоспособность
- Г) принадлежность к офицерскому составу

**517. В СОСТАВ КОМПЛЕКТА ИНДИВИДУАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ГРАЖДАНСКОЙ ЗАЩИТЫ В КАЧЕСТВЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ВХОДИТ**

- А) Кеторолак
- Б) Морфина гидрохлорид
- В) Парацетамол
- Г) Ацетилсалициловая кислота

**518. РУКОВОДИТЕЛЕМ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ (ВСМК) НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) министр здравоохранения РФ
- Б) руководитель Департамента Здравоохранения соответствующего уровня
- В) министр обороны России
- Г) премьер-министр России

**519. МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ОТ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОВЫШЕННОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НАЗЫВАЮТСЯ**

- А) термопротекторами
- Б) фригопротекторами
- В) актопротекторами
- Г) антипириками

**520. МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ ХОЛОДОУСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА, НАЗЫВАЮТСЯ**

- А) фригопротекторами
- Б) термопротекторами
- В) актопротекторами
- Г) анальгетиками

**521. ПОСТРАДАВШИЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗМЕЩАЮТСЯ В**

- А) изоляторе
- Б) операционной
- В) реанимационной
- Г) процедурной

**522. ВСЕ ПОСТРАДАВШИЕ, НАХОДЯЩИЕСЯ В СОСТОЯНИИ ПСИХОМОТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ, ЭВАКУИРУЮТСЯ**

- А) санитарным (другим) транспортом в положении лежа, фиксированными к носилкам и обязательно с сопровождающим
- Б) санитарным (другим) транспортом в положении сидя и обязательно с сопровождающим
- В) специальным психиатрическим транспортом
- Г) санитарным (другим) транспортом, в состоянии медикаментозного сна

**523. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В**

- А) очаге поражения
- Б) подвижном многопрофильном госпитале
- В) специализированном отделении
- Г) отделении первой помощи

**524. ФАКТОРОМ, ОГРАНИЧИВАЮЩИМ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ИЛИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) интенсивность периферического капиллярного кровотока
- Б) кислотно-щелочное состояние крови
- В) жирорастворимость лекарства
- Г) периферический лимфатический дренаж

**525. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) геморрагический инсульт менее чем 6 месяцев назад
- Б) инфаркт миокарда
- В) глаукома
- Г) бронхиальная астма

**526. ПЕРЕДОЗИРОВКА СИМПАТОМИМЕТИКОВ ВЫЗЫВАЕТ**

- А) выраженную вазоконстрикцию
- Б) брадикардию
- В) атриовентрикулярную блокаду сердца
- Г) уменьшение токсического действия фторотана

**527. В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ПОРОКОВ У РЕБЁНКА НАЗНАЧЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОГО ВИТАМИНА**

- А) А
- Б) В1
- В) В2
- Г) С

**528. КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ВЛИЯЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА \_\_\_\_\_ -РЕЦЕПТОРЫ**

- А) В1
- Б) А1
- В) А2
- Г) В2

**529. ВРЕМЯ НАЧАЛА ЭФФЕКТА НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ПРИЕМЕ СУБЛИНГВАЛЬНО СОСТАВЛЯЕТ (МИН)**

- А) 0,5-2
- Б) 5-6
- В) 30
- Г) 8-10

**530. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ НИТРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) закрытоугольная глаукома
- Б) бронхиальная астма
- В) артериальная гипертензия
- Г) хроническая сердечная недостаточность

**531. ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

- А) пути введения лекарственных средств
- Б) кратности приема
- В) эффективности препарата
- Г) скорости выведения

**532. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ СКОРОСТЬ ВЫВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ИЗ ОРГАНИЗМА**

- А) общий клиренс
- Б) период полувыведения
- В) биоэквивалентность
- Г) биодоступность

**533. НАИЛУЧШУЮ ПЕРЕНОСИМОСТЬ С ВЫРАЖЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ**

- А) Метилпреднизолон
- Б) Преднизолон
- В) Триамцинолон
- Г) Гидрокортизон

**534. ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ БЛОКАТОРЫ**

- А) медленных кальциевых каналов
- Б) гистаминовых рецепторов
- В)  $\beta$ -адренорецепторов
- Г)  $\alpha$ -адренорецепторов

**535. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ НПВС ЛЕЖИТ**

- А) ингибиование активности циклооксигеназы
- Б) ингибиование активности липооксигеназы В)
- блокада рецепторов простагландинов Г)
- стимуляция циклооксигеназы

**536. ПРИ НАЛИЧИИ БРАДИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Амлодипин
- Б) Верапамил
- В) Пропранолол
- Г) Атенолол

**537. НИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА РЕГИСТРИРУЕТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ**

- А) II, III, AVF
- Б) I, AVL, V6
- В) V3-V4
- Г) V1-V6, AVL, I

**538. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ХАРАКТЕРНО**

- А) выраженные общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы
- Б) расстройства чувствительности по проводниковому типу
- В) постепенное начало заболевания
- Г) предшествующие преходящие симптомы

**539. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)**

- А) 2-4
- Б) 4-6
- В) 6-8
- Г) 8-10

**540. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ  
ОТНОСЯТ**

- А) панцитопению
- Б) гипохромию эритроцитов
- В) аизо-пойкилоцитоз
- Г) лейкоцитоз и гипохромию эритроцитов

**541. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО  
НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) иАПФ и сартанов
- Б) Метилдопы
- В) бета-адреноблокаторов
- Г) антагонистов кальция

**542. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) бета-адреноблокаторов
- Б) ингибиторов АПФ
- В) антагонистов кальция
- Г) сартанов

**543. ПРИ РАССЛАЕНИИ АОРТЫ НА ФОНЕ АГ ПОКАЗАНЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО**

- А) бета-адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В) антагонисты кальция
- Г) иАПФ и сартаны

**544. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА КЛИМАТИЧЕСКИХ КУРОРТАХ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ**

- А) «гипертоническая болезнь II ст., кризовое течение»
- Б) «гипертоническая болезнь II ст., бескризовое течение»
- В) «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. CH I (NYHAII). Инфаркт перенесен более 1 года назад.»
- Г) «ИБС. Стенокардия II ФК.»

**545. В ФИЗИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ВХОДИТ**

- А) лечебная физкультура, дозированная ходьба, специальные физические тренировки
- Б) лечебная физкультура, дозированная ходьба, занятия в фитнес-центрах
- В) только лечебная физкультура и дозированная ходьба
- Г) только лечебная физкультура и занятия в фитнес-центрах

**546. АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К  
\_\_\_\_\_ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ**

- А) периодическим
- Б) предварительным
- В) целевым
- Г) профилактическим

**547. СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ (ФОРМА №070/У-04)  
ДЕЙСТВИТЕЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)**

- А) 6
- Б) 12
- В) 1
- Г) 3

**548. БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СОСТОЯЩИЙ НА «Д» УЧЕТЕ У ВРАЧА-КАРДИОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ, ПЕРЕДАЕТСЯ НА УЧЕТ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ ЧЕРЕЗ (МЕС.)**

- A) 12
- Б) 6
- В) 9
- Г) 10

**549. ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ЧЕРЕЗ (ДЕНЬ)**

- A) 15
- Б) 20
- В) 10
- Г) 30

**550. ОСЛОЖНЕНИЕМ МИОПИИ, СПОСОБНЫМ ПРИВЕСТИ К ПОТЕРЕ ЗРЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) отслойка сетчатки
- Б) ложный неврит зрительного нерва
- В) расходящееся косоглазие
- Г) глаукома

**551. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КЕРАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) перфорация роговицы
- Б) вовлечение в процесс сосудистого тракта глаза
- В) осложненная катаракта
- Г) помутнение стекловидного тела

**552. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ОТНОСЯТ**

- A) прогрессирующее снижение зрения
- Б) видение больших темных плавающих пятен перед глазами
- В) цветные ореолы
- Г) выпадение полей зрения – скотомы

**553. КРОВОИЗЛИЯНИЕ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ С ПОМОЩЬЮ**

- А) офтальмоскопии
- Б) диафаноскопии
- В) бифокального освещения
- Г) исследования в проходящем свете

**554. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ МОЖЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ОТСЛОЙКУ СЕТЧАТКИ ПРИ**

- А) жалобах на внезапное появление «занавески» в поле зрения
- Б) наличии близорукости
- В) повышении внутриглазного давления
- Г) нарушении сумеречного зрения

**555. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛАУКОМЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

- А) тонометрии
- Б) ультразвуковой эхографии
- В) рефрактометрии
- Г) биометрии глазного яблока

**556. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ХАРАКТЕРНО**

- А) отсутствие жалоб
- Б) наличие инъекции глазного яблока
- В) прогрессирующее снижение остроты зрения
- Г) изменение цвета радужки

**557. ПРИЧИНА НЕОБРАТИМОЙ СЛЕПОТЫ ПРИ ГЛАУКОМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) атрофии зрительного нерва
- Б) помутнении хрусталика
- В) дистрофии сетчатки
- Г) помутнении стекловидного тела

**558. ПРИ ПРОЯВЛЕНИЯХ СУХОГО КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА  
СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ИНСТИЛЛЯЦИИ**

- А) препаратов искусственной слезы
- Б) кортикостероидов
- В) антисептиков
- Г) миотиков

**559. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ СКВОЗНОЙ РАНЫ НИЖНЕГО ВЕКА ВРАЧУ  
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ НЕОБХОДИМО**

- А) закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, срочно направить в офтальмотравматологический пункт
- Б) назначить рентгенографию орбиты с индикатором Комберга – Балтина
- В) провести ревизию раны с помощью зонда
- Г) самостоятельно ушить рану

**560. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В АНАЛИЗАХ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- Б) анемия, лейкопения, тромбоцитопения
- В) эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитопения
- Г) лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

**561. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО 66 ЛЕТ НА ПОХОЛОДАНИЕ НИЖНИХ  
КОНЕЧНОСТЕЙ, БОЛИ ПРИ ХОДЬБЕ, СТИХАЮЩИЕ ПРИ ОСТАНОВКЕ,  
СООТВЕТСТВУЮТ СИМПТОМАМ**

- А) атеросклероза бедренных артерий
- Б) тромбофлебита вен нижних конечностей
- В) плоскостопия
- Г) синдрома Рейно

**562. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) скованности в движениях утром в течение 120 минут
- Б) деформации суставов
- В) механического типа болей
- Г) ограничения подвижности суставов

**563. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ**

- А) холецистокинина
- Б) гастрина
- В) панкреатического сока
- Г) секретина

**564. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН  
ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА**

- А) глюкуронилтрансферазы
- Б) лейцинаминопептидазы
- В) нуклеотидазы
- Г) кислой фосфатазы

**565. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ  
ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) гемолитической анемии
- Б) лейкоцитоза
- В) гиперхромной анемии
- Г) абсолютной эозинофилии

**566. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО  
ПОРАЖЕНИЕ**

- А) шейного отдела позвоночника
- Б) поясничного отдела позвоночника
- В) крестцового отдела позвоночника
- Г) крестцово-подвздошных сочленений

**567. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО  
ПОРАЖАЮТСЯ \_\_\_\_\_ СУСТАВЫ**

- А) проксимальные межфаланговые
- Б) первый и второй пястно-фаланговый
- В) плечевые
- Г) дистальные межфаланговые

**568. ПОД ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ПОНИМАЮТ**

- А) пиковую скорость выдоха
- Б) остаточный объем
- В) дыхательный объем
- Г) жизненную емкость легких

**569. ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖЕТ БЫТЬ ТОЧНО УСТАНОВЛЕН ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ**

- А) более 20% бластных клеток в костном мозге
- Б) более 20% бластных клеток в периферической крови
- В) при сочетании температуры, анемии и кровоточивости
- Г) при наличии анемии в сочетании с тромбоцитопенией, болями в костях и температурой

**570. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) стрептокококк
- Б) микоплазма
- В) гемофильная палочка
- Г) клебсиелла пневмонии

**571. УРОВЕНЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ 3 СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, СООТВЕТСТВУЕТ (МЛ/МИН)**

- А) 30
- Б) 60
- В) 20
- Г) 15

**572. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) свободный газ в брюшной полости
- Б) высокое стояние диафрагмы
- В) пневматизация кишечника
- Г) «чаши» Клойбера

**573. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АГРАНУЛОЦИТОЗА ОТНОСЯТ**

- А) некротическую ангину
- Б) развитие сердечной недостаточности
- В) геморрагический синдром
- Г) тяжелую анемию

**574. ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- А) варикозное расширение вен пищевода
- Б) желтуха
- В) гипоальбуминемия
- Г) энцефалопатия

**575. СИНТЕЗ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛЕЗАХ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

- А) pariетальные клетки
- Б) главные клетки
- В) нейроэндокринные клетки
- Г) мукоциты

**576. ВСЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) гипохромными
- Б) гиперхромными
- В) нормохромными
- Г) макроцитарными

**577. ТРЕХРОСТКОВАЯ ЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) дефицита витамина В12
- Б) железодефицитной анемии
- В) гемолитической анемии
- Г) анемии хронического воспаления

**578. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ДВС-СИНДРОМА ЛЕЖИТ**

- А) генерализованное повреждение эндотелия микрососудов
- Б) повреждение адгезивных свойств тромбоцитов
- В) истощение и дефицит простатиклина Г)
- Г) выработка антител к тромбоцитам

**579. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ**

- А) сердечную недостаточность
- Б) боль в грудной клетке
- В) артериальную гипертензию
- Г) обмороки

**580. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ ВИТАМИНА В12 В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ**

- А) 4-5 лет
- Б) 5-8 месяцев
- В) 9-12 месяцев
- Г) 1-2 года

**581. «Д»-ДИМЕР ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДУКТОМ ЛИЗИСА**

- А) фибрина
- Б) X фактора
- В) тромбоцитов
- Г) тромбина

**582. ОРГАНAMI-МИШЕНИЯМИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМИСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) печень и мозг
- Б) почки и лёгкие
- В) печень и лёгкие
- Г) сердце и почки

**583. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эхокардиография
- Б) электрокардиография
- В) фонокардиография
- Г) рентгенография

**584. БОЛЬШОЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ, ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ, ШУМ ДЮРОЗЬЕ НА СОСУДАХ, БЫСТРЫЙ И ВЫСОКИЙ ПУЛЬС, ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ**

- А) недостаточности аортального клапана
- Б) врожденных пороков сердца
- В) митрального стеноза
- Г) триkuspidальной недостаточности

**585. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- А) эхокардиографии
- Б) ЭКГ с физической нагрузкой
- В) радионуклидного сканирования сердца
- Г) рентгенографии органов грудной клетки

**586. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ СЕРДЦА ВЛЕВО И ВНИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДИЛАТАЦИИ**

- А) левого желудочка
- Б) правого предсердия
- В) правого желудочка
- Г) левого предсердия

**587. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ СТЕНОКАРДИИ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С**

- А) стенозом основного ствола левой коронарной артерии
- Б) проксимальным поражением задней коронарной артерии
- В) дистальным поражением огибающей артерии
- Г) проксимальным поражением огибающей артерии

**588. ФЕНОМЕН «ПЛЯСКА КАРОТИД» ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**

- А) недостаточности аортального клапана
- Б) стенозе митрального клапана
- В) тетраде Фалло
- Г) болезни Аддисона

**589. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) депрессия ST более чем на 2 мм
- Б) подъем сегмента ST более чем на 2 мм
- В) уменьшение вольтажа всех зубцов
- Г) появление отрицательных зубцов Т

**590. НАРУШЕНИЕ КАНАЛЬЦЕВОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ УДЕЛЬНОМ ВЕСЕ МОЧИ В ПРОБЕ ПО ЗИМНИЦКОМУ 1012-1010 СООТВЕТСТВУЕТ**

- А) изостенурии
- Б) гипостенурии
- В) нормостенурии
- Г) гиперстенурии

**591. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМОДИАЛИЗУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уровень К крови более 6,5 ммоль/л
- Б) уровень Na крови более 135 ммоль/л
- В) клубочковая фильтрация менее 25 мл/мин
- Г) суточный диурез менее 50 мл

**592. ОПИСАНИЮ «FACIES NEPHRITICA» СООТВЕТСТВУЕТ**

- А) одутловатое, бледное лицо с отеками под глазами, припухшими веками, узкими глазными щелями
- Б) одутловатое, цианотичное лицо, с набуханием вен шеи, выраженным цианозом и отеком шеи
- В) выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей
- Г) мертвенно-бледное лицо с сероватым оттенком, запавшими глазами, заостренным носом, с каплями холодного профузного пота на лбу

**593. СИСТЕМНЫЙ КАПИЛЛЯРИТ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АЛЬВЕОЛ ЛЕГКИХ И БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН ГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧЕК ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ**

- А) синдроме Гудпасчера
- Б) системной красной волчанке
- В) болезни Рейно
- Г) синдроме Шегрена

**594. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ**

- А) дефицит  $\alpha 1$ -антитрипсина
- Б) острое заболевание дыхательной системы
- В) хроническая болезнь бронхолегочного аппарата Г)
- возрастная инволюция эластической ткани легких

**595. ПРИ СПИРОГРАФИИ ПАЦИЕНТА 58 ЛЕТ ВЫЯВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (ЖЕЛ 50% ОТ ДОЛЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ, ОФВ1 40% ОТ ДОЛЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ, ИНДЕКС ТИФФНО 50%) СООТВЕТСТВУЮТ**

- А) смешанному нарушению вентиляции
- Б) рестриктивному типу нарушения
- В) бронхиальной обструкции
- Г) варианту нормы

**596. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) ревматоидного фактора
- Б) HLA-B27
- В) антинейтрофильных цитоплазматических антител
- Г) антител к двуспиральной ДНК

**597. К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ**

- А) лейкопения
- Б) железодефицитная анемия
- В) лейкоцитоз
- Г) тромбоцитоз

**598. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

- А) эритематозных высыпаний
- Б) кольцевидной эритемы
- В) узловатой эритемы
- Г) папулезно-пустулезной сыпи

**599. К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ**

- А) артрит
- Б) диастолический шум над аортой
- В) узловатая эритема
- Г) sistолический шум на митральном клапане

**600. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) амилоидоз
- Б) общий атеросклероз сосудов
- В) нарушение углеводного обмена
- Г) порфирия

**601. МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) антинуклеарный фактор
- Б) ревматоидный фактор
- В) С-реактивный белок
- Г) HLA-B27 антиген

**602. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) телеангиэктазия
- Б) проксимальная миопатия
- В) поражение кишечника
- Г) поражение почек

**603. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз
- Б) «бабочка» на лице
- В) остеолиз ногтевых фаланг
- Г) деформация суставов

**604. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ**

- А) высокая активность креатинфосфокиназы
- Б) повышение уровня острофазовых белков
- В) умеренный лейкоцитоз
- Г) наличие гемолитической анемии

**605. НОСИТЕЛЬСТВО В27-АНТИГЕНОВ HLA СВОЙСТВЕННО**

- А) болезни Бехтерева
- Б) ревматоидному артриту
- В) синдрому Шегрена
- Г) дерматомиозиту

**606. СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ**

- А) артериите Такаясу
- Б) болезни Бюргера
- В) узелковом периартериите
- Г) геморрагическом васкулите

**607. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕ-ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У МУЖЧИНЫ 65 ЛЕТ, КУРЯЩЕГО, НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- А) обследования трахеи и гортани
- Б) цитологического исследования мокроты
- В) контрастного исследования пищевода
- Г) бронхоскопии

**608. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У 24-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ С ЛИХОРАДКОЙ, ОЗНОБОМ, БОЛЬЮ В ПОЯСНИЦЕ, УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА 7 Г/Л И ГАПТОГЛОБИНОМ НИЖЕ НОРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «внутрисосудистый гемолиз»
- Б) «острая интермиттирующая порфирия»
- В) «острая миоглобинурия»
- Г) «внесосудистый гемолиз»

**609. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У МУЖЧИНЫ 68 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ И ЛЕЙКОЦИТАМИ  $84 \times 10^9/\text{л}$  (П/Я 2, С/Я 18, Л 72, М 8) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «хронический лимфолейкоз»
- Б) «идиопатический миелофиброз»
- В) «хронический миелолейкоз»
- Г) «болезнь Ходжкина»

**610. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У БОЛЬНОЙ 28 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ, ЖАЖДУ, СТОЙКУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ, ГИПОКАЛИЕМИЮ, (РЕНИН ПЛАЗМЫ – 0) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «первичный альдостеронизм»
- Б) «реноваскулярная гипертензия»
- В) «хронический пиелонефрит, вторичный альдостеронизм»
- Г) «феохромоцитома»

**611. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
- Б) рвота желчью
- В) резонанс под пространством Траубе
- Г) видимая перистальтика

**612. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) амилазы
- Б) липазы
- В) глюкозы
- Г) щелочной фосфатазы

**613. ПРИ ГЕМОФИЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ**

- А) АЧТВ
- Б) протеина S
- В) протеина C
- Г) плазминогена

**614. ФИБРИЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) отсутствием зубцов Р
- Б) частотой желудочковых комплексов более 120 в минуту
- В) наличием преждевременных комплексов QRS Г)  
укорочением интервалов РQ

**615. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ**

- А) нарушения выделения урохромов
- Б) повышения прямого билирубина
- В) повышения непрямого билирубина
- Г) нарушения синтеза урохромов

**616. ПРИ ПОДЗРЕНИИ НА ОСУМКОВАННЫЙ ПЛЕВРИТ ПЕРЕД ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИЕЙ НУЖНО ПРОВЕСТИ**

- А) УЗИ
- Б) бронхоскопию
- В) рентгеноскопию
- Г) микроскопию мокроты

**617. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) синдроме Шегрена
- Б) системной красной волчанке
- В) ревматоидном артрите
- Г) системной склеродермии

**618. ЭОЗИНОФИЛИЯ ЧАЩЕ СОПУТСТВУЕТ**

- А) узелковому периартерииту
- Б) ревматоидному артриту
- В) склеродермии
- Г) подагре

**619. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б) антихолинэргические препараты
- В) муколитические препараты
- Г) бета-2-агонисты

**620. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ,  
ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Азитромицин
- Б) Цефтриаксон
- В) Гентамицин
- Г) Амоксициллин

**621. ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

- А) аминогликозиды
- Б) пенициллины
- В) цефалоспорины
- Г) макролиды

**622. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- А) ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сут
- Б) увеличение потребления хлорида натрия
- В) увеличение количества потребляемой жидкости
- Г) повышение потребления K+-содержащих продуктов

**623. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ С НАИМЕНЕЕ БЕЗОПАСНЫМ  
ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИАРИТМИЙ, ВЫЗВАННЫХ  
ДИГИТАЛИСНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Лидокаин
- Б) Прокайнамид
- В) Пропранолол
- Г) Верапамил

**624. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ МОРФИНА ЯВЛЯЕТСЯ А) отек**

- легкого
- Б) неукротимая рвота
- В) тахикардия
- Г) тромбоэмболия легочной артерии

**625. МЕТОТРЕКСАТ ВЫЗЫВАЕТ ДЕФИЦИТ**

- А) фолиевой кислоты
- Б) железа
- В) аскорбиновой кислоты
- Г) йода

**626. ПРИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЮТ**

- А) Фуросемиду
- Б) Маннитолу
- В) Спиронолактону
- Г) Гидрохлортиазиду

**627. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ  
ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
- Б) отёки
- В) артериальная гипертония
- Г) макрогематурия

**628. ПРИ ЛОКАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ КРУПНОЙ КОРОНАРНОЙ  
АРТЕРИИ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) транслюминальная ангиопластика коронарных артерий
- Б) консервативная терапия коронаролитическими препаратами
- В) разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
- Г) операция аортокоронарного шунтирования

**629. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ НА СРОКЕ 36 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ И НАРАСТАНИЕМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ**

- А) назначение кортикостероидов или иммуноглобулина
- Б) плазмаферез с замещением свежезамороженной плазмой
- В) назначение винкристина
- Г) терапию криопреципитатом

**630. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) спазмолитические средства
- Б) H2-блокаторы гистамина
- В) сукралфат и его аналоги
- Г) ингибиторы протоновой помпы

**631. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) холекинетики
- Б) антациды
- В) спазмолитики
- Г) ингибиторы протоновой помпы

**632. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ФАЗЕ КОНСОЛИДАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В СТАДИИ**

- А) ремиссии
- Б) рецидива
- В) развернутой
- Г) терминальной

**633. ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ НИТРОГЛИЦЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СВЯЗАН С**

- А) расширением периферической венозной системы
- Б) расширением периферических артерий
- В) увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения частоты сердечных сокращений
- Г) замедлением ЧСС и снижением потребности миокарда в кислороде

**634. ЭЛИМИНАЦИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- А) константа скорости элиминации
- Б) степень протеидизации
- В) биодоступность
- Г) объем распределения

**635. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ ВЛИЯЮТ НА ГЕМОДИНАМИКУ**

- А) уменьшая венозное давление
- Б) увеличивая венозное давление
- В) уменьшая артериальное давление
- Г) увеличивая конечное диастолическое давление

**636. АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДЕСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ БЛОКИРУЕТ ПЕТЛЕВОЙ ДИУРЕТИК**

- А) Торасемид
- Б) Фуросемид
- В) Этакриновая кислота
- Г) Маннитол

**637. СПИРОНОЛАКТОН ПРИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (МГ)**

- А) 100-300
- Б) 50-100
- В) 25-50
- Г) 12,5-25

**638. ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРИ**

- А) двустороннем стенозе почечных артерий
- Б) снижении уровня креатинина
- В) симптомной гипертензии
- Г) декомпенсации хронической сердечной недостаточности

**639. ЛИПОФИЛЬНО-ГИДРОФИЛЬНЫМ В1 АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Бисопролол
- Б) Карведилол
- В) Метопролол
- Г) Атенолол

**640. ОСНОВНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НИТРАТОВ ОБУСЛОВЛЕН**

- А) уменьшением венозного возврата к сердцу
- Б) увеличением венозного возврата к сердцу
- В) увеличением сократительной способности миокарда
- Г) уменьшением сократительной активности миокарда

**641. ВРЕМЯ «ИНТЕРВАЛЬНОЙ» ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)**

- А) 8-12
- Б) 14-16
- В) 18-20
- Г) 40-46

**642. МЕХАНИЗМОМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТАТИНОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИНГИБИТОРЫ**

- А) фермента ГМГ-КоА редуктазы
- Б) аденоцина
- В) фосфодиэстеразы
- Г) аденилатциклазы

**643. ПРИ КАПИЛЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) Этамзилат натрия
- Б) Варфарин
- В) Тиклопидин
- Г) Стрептолизин

**644. НЕСТЕРИОДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ УСИЛИВАЮТ ДЕЙСТВИЕ**

- А) Варфарина
- Б) Нифедипина
- В) Клонидина
- Г) Азитромицина

**645. К ОСНОВНОМУ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ СТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОТНОСЯТ**

- А) пермессивный
- Б) жаропонижающий
- В) антибактериальный
- Г) противовирусный

**646. ПРИ ЕЖЕДНЕВНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ УГНЕТЕНИЕ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ (ДЕНЬ)**

- А) 7–8
- Б) 2–3
- В) 4–5
- Г) 10–12

**647. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)**

- А) 4-6
- Б) 8-9
- В) 10-12
- Г) 24-48

**648. ПРЕПАРАТОМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К Ig E ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Омализумаб
- Б) Фенспирид
- В) Зафирлукаст
- Г) Монтелукаст

**649. БЛОКАТОРОМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Монтелукаст
- Б) Фенспирид
- В) Эбастин
- Г) Хлоропирамин

**650. ФАМОТИДИН БЛОКИРУЕТ**

- А) H<sub>2</sub>-рецепторы
- Б) M<sub>2</sub>-ионные каналы
- В) H<sub>1</sub>-рецепторы
- Г) D<sub>1</sub>-рецепторы

**651. ИНГИБИТОРЫ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОБЕСПЕЧИВАЮТ УРОВЕНЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО РН НА УРОВНЕ \_\_\_\_ И ВЫШЕ БОЛЕЕ 18 ЧАСОВ В СУТКИ**

- А) 3,0
- Б) 5,0
- В) 7,0
- Г) 7,5

**652. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА К ПРОВЕДЕНИЮ ПРИ СТЕАТОРЕИ БОЛЕЕ (Г/СУТ)**

- А) 15
- Б) 7
- В) 5
- Г) 2

**653. БИОДОСТУПНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МИКРОГРАНУЛАХ СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- A) 100
- Б) 75
- В) 50
- Г) 10

**654. АНТИСТАФИЛОКОККОВЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРОИЗВОДНЫМ ИЗ ОКСАЗОЛПЕНИЦИЛЛИНОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) Оксациллин
- Б) Ампициллин
- В) Амоксициллин
- Г) Тикарциллин

**655. ПРЕПАРАТОМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ АПЛАСТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) Хлорамфеникол
- Б) Гентамицин
- В) Амикацин
- Г) Мидекамицин

**656. ГАНЦИКЛОВИР С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В РЕЖИМЕ \_\_ Г 3 РАЗА В СУТКИ**

- A) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 5

**657. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В**

- А) кости
- Б) легкие
- В) печень
- Г) головной мозг

**658. ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) сильных опиоидов
- Б) слабых опиоидов
- В) неопиоидных анальгетиков
- Г) нейролептаналгезии

**659. ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ**

- А) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- Б) в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
- В) вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого либо другого неонкологического заболевания
- Г) в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером

**660. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФОЛЛИКУЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) радиоизотопа йода-131
- Б) Блеомицина
- В) Метотрексата
- Г) Митомицина С

**661. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) морфологический
- Б) лучевой
- В) лабораторный
- Г) лабораторно-инструментальный

**662. ПОНЯТИЕ «РАННИЙ РАК» ПОДРАЗУМЕВАЕТ**

- А) рак I-II стадий
- Б) тяжелую дисплазию
- В) рак II-III стадий
- Г) все стадии рака, кроме IV

**663. ПЕРВИЧНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

- А) смотровые кабинеты
- Б) кабинеты профилактики
- В) подростковые кабинеты
- Г) онкологические диспансеры

**664. СИНДРОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ РАКЕ**

- А) желудка, поджелудочной железы
- Б) почек, надпочечников
- В) шейки матки, раке эндометрия
- Г) кожи, меланоме

**665. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ**

- А) 5% за последние 6 мес.
- Б) 5% за последние 12 мес.
- В) 10% за последние 6 мес.
- Г) 10% за последние 12 мес.

**666. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) компьютерная томография
- Б) ультразвуковое исследование
- В) почечная ангиография
- Г) реносцинтиграфия

**667. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гепатомегалия
- Б) иктеричность кожных покровов
- В) лихорадка
- Г) синдром астении-кахексии

**668. ДЛЯ РАКА СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) частые тенезмы с отхождением крови и слизи
- Б) боли в правой подвздошной области и над лоном
- В) запоры и поносы
- Г) опухоль в правой подвздошной области, анемия

**669. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) фиброгастроскопию с биопсией
- Б) компьютерную томографию
- В) позитронно-эмиссионную томографию
- Г) ультразвуковое исследование

**670. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА ДОСТИГАЕТ (%)**

- А) 90-100
- Б) 70-80
- В) 40-50
- Г) 25-35

**671. ДЕПРЕССИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ В (%) СЛУЧАЕВ)**

А) 15-25

Б) 50-55

В) 80-85

Г) 90-100

**672. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ ОТНОСЯТ**

А) выживаемость, качество жизни

Б) продолжительность временной и стойкой нетрудоспособности

В) потери DALY

Г) критерий Манна-Уитни

**673. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) поражение эндотелия сосудов

Б) развитие отёка и набухания головного

мозга В) поражение миокарда и перикарда

Г) поражение эпителия верхних дыхательных путей

**674. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) геморрагическая звездчатая сыпь

Б) менингеальный синдром

В) гепатолиенальный синдром

Г) пятнисто-папулезная звездчатая сыпь

**675. ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) отёк головного мозга

Б) инфекционно-токсический шок

В) тромбогеморрагический синдром

Г) гиперпродукция ликвора

**676. МАЛЯРИЙНЫЙ ПАРОКСИЗМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМИ ФАЗАМИ**

- А) озноб – жар – пот
- Б) судороги – бред – кома
- В) сомноленция – сопор – кома
- Г) жар – пот – сон

**677. МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ МАЛЯРИИ В МАТЕРИАЛЕ ОТ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) микроскопия мазка крови
- Б) серологический
- В) паразитоовоскопический
- Г) биологический

**678. ОПОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) обнаружение маркеров вирусных гепатитов
- Б) определение уровня общего билирубина и его фракций
- В) определение активности АЛТ
- Г) исследование мочи на желчные пигменты

**679. К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЦИТОЛИЗА ГЕПАТОЦИТОВ ОТНОСЯТ**

- А) повышение активности АЛТ и АСТ
- Б) повышение уровня билирубина и желчных пигментов
- В) снижение суплевового титра и тимоловой пробы
- Г) гиперальбуминемию, гипопротромбинемию

**680. В РАЗВИТИИ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ**

- А) активация аденилатциклазы
- Б) незавершенный фагоцитоз
- В) гипосмолярность
- Г) внутриклеточная персистенция

**681. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиповолемический шок
- Б) инфекционно-токсический шок
- В) кардиогенный шок
- Г) коллапс

**682. ПРИ ХОЛЕРЕ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОИЗВОДЯТ ЗАБОР**

- А) испражнений, рвотных масс
- Б) крови, рвотных масс
- В) испражнений, крови
- Г) рвотных масс, мокроты

**683. ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лихорадка
- Б) жидкий стул
- В) боль внизу живота
- Г) брадикардия

**684. СЫПЬ У БОЛЬНЫХ БРЮШНЫМ ТИФОМ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ**

- А) 8-10
- Б) 5-7
- В) 12-14
- Г) 3-4

**685. ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гастроэнтерит
- Б) гастродуоденит
- В) панкреатит
- Г) энтероколит

**686. ДЛЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ХАРАКТЕРЕН КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

- А) дегидратационный
- Б) менингеальный
- В) миоплегический
- Г) катаральный

**687. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ КАЛ ИМЕЕТ ВИД**

- А) «болотной тины»
- Б) «малинового желе»
- В) «рисового отвара»
- Г) «горохового пюре»

**688. НАЧАЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лихорадочный
- Б) олигоурический
- В) полиурический
- Г) гиповолемический

**689. ПЕРЕДАЧА ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ЧУМЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- А) блохами
- Б) вшами
- В) комарами
- Г) клещами

**690. ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ РОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) антибиотики
- Б) противовоспалительные средства
- В) глюкокортикоиды
- Г) мазевые повязки

**691. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ГРИППА ПРОВОДИТСЯ ПРЕПАРАТАМИ**

- А) противовирусными
- Б) антибактериальными
- В) иммуносупрессорными
- Г) противовоспалительными

**692. ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛЁГКИМИ ФОРМАМИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) Глюкосолан
- Б) Хлосоль
- В) Дисоль
- Г) Трисоль

**693. ДЛЯ РЕГИДРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) кристаллоиды
- Б) энтеросорбенты
- В) коллоиды
- Г) плазмозаменители

**694. АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- А) ботулизма
- Б) балантидиаза
- В) сыпного тифа
- Г) боррелиоза

**695. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ А)**

- антибиотикотерапия
- Б) дегидратация
- В) десенсибилизация
- Г) регидратация

**696. ГЛАВНЫМ ПРИНЦИПОМ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ РОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полноценное лечение первичной рожи
- Б) повторный курс Бензилпенициллина через 10 дней
- В) санация очагов стафилококковой инфекции в организме
- Г) лечение хронической лимфовенозной недостаточности

**697. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНОГО, ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ОСОБО ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИЮ**

- А) изолирует его и, не выходя из помещения, извещает руководителя своего учреждения о выявленном больном
- Б) извещает органы Роспотребнадзора или вышестоящие инстанции
- В) изолирует его, а сам выходит из кабинета и срочно оповещает руководителя своего учреждения
- Г) заполняет экстренное извещение и оповещает всех медицинских работников данного учреждения

**698. ПОД САНИТАРНЫМИ ПОТЕРЯМИ ПОНИМАЮТ**

- А) пораженных (оставшихся в живых) в результате чрезвычайной ситуации
- Б) заболевших инфекционными заболеваниями в результате чрезвычайной ситуации
- В) пострадавших с нарушенным санитарным состоянием в зоне чрезвычайной ситуации
- Г) потери санитарного имущества при воздействии поражающих факторов вызвавших чрезвычайную ситуацию

**699. ВНЕЗАПНОЕ СОБЫТИЕ, ВЛЕКУЩЕЕ ЗА СОБОЙ РАЗРУШЕНИЕ ЗДАНИЙ, СООРУЖЕНИЙ И ГИБЕЛЬ ЛЮДЕЙ, НАЗЫВАЮТ**

- А) катастрофой
- Б) аварией
- В) чрезвычайной ситуацией
- Г) происшествием

**700. ПОВРЕЖДЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ  
ОДНОВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ  
НА ОРГАНИЗМ НЕСКОЛЬКИХ ПОРАЖАЮЩИХ ФАКТОРОВ,  
НАЗЫВАЮТ ПОРАЖЕНИЯМИ**

- А) комбинированными
- Б) изолированными
- В) множественными
- Г) сочетанными

**701. ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИЕЙ МЕЖМУНИЦИПАЛЬНОГО  
ХАРАКТЕРА НАЗЫВАЮТ ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ СИТУАЦИЮ, В РЕЗУЛЬТАТЕ  
КОТОРОЙ**

- А) зона ЧС затрагивает территорию двух и более поселений или межселенную территорию
- Б) зона ЧС затрагивает территорию двух и более субъектов РФ, пострадавших от 50 до 500 человек, материальный ущерб от 5 до 500 млн. руб.
- В) зона ЧС не выходит за пределы территории одного субъекта РФ, пострадавших от 50 до 500 человек, материальный ущерб от 5 до 500 млн. руб.
- Г) зона ЧС находится между различными муниципальными образованиями и имеет материальный ущерб до 100 тыс. руб.

**702. К ПРИЧИНам ГИБели БОльшинства ПОСТРАДАВШИХ ПРИ  
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ОТНОсят**

- А) несвоевременность оказания медицинской помощи
- Б) воздействие механического поражающего фактора В)
- недостаточное обеспечение средствами защиты Г)
- неорганизованные эвакуационные мероприятия

**703. БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) нештатными формированиями службы медицины катастроф
- Б) штатными формированиями Всероссийской службы медицины катастроф
- В) учреждениями Всероссийской службы медицины катастроф Российской Федерации
- Г) формированиями министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий

**704. РЕЖИМОМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) режим повседневной деятельности, повышенной готовности, чрезвычайной ситуации
- Б) локальный, муниципальный, региональный, федеральный режим деятельности
- В) функциональный, территориальный режим деятельности в чрезвычайной ситуации
- Г) режим повседневной деятельности, режим чрезвычайной деятельности в чрезвычайной ситуации

**705. ГЕМОРРАГИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОТИТЕ**

- А) гриппозном
- Б) скарлатинозном
- В) дифтеритическом
- Г) коревом

**706. ТОТАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НАЗЫВАЮТ**

- А) пансинусит
- Б) обострение хронического синусита
- В) сфеноидит
- Г) острый синусит

**707. ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ НОСА НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НЕОБХОДИМО**

- А) произвести переднюю тампонаду носа и назначить гипотензивную терапию
- Б) произвести переднюю тампонаду носа
- В) произвести заднюю тампонаду носа
- Г) положить больного в горизонтальное положение

**708. ОТОГЕННЫЙ СЕПСИС ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ А)**

тромбоза сигмовидного синуса Б) травмы височной кости В) серозного лабиринита

Г) обострения хронического гнойного мезотимпанита

**709. АДЕНОИДЫ ПРИВОДЯТ К**

А) нарушению носового дыхания и деформации лицевого скелета

Б) нарушению равновесия и умственного развития В)

деформации лицевого скелета и перегородки носа

Г) нарушению питания и деформации лицевого скелета

**710. ЛИХОРАДКА, ФАРИНГИТ, КОНЬЮНКТИВИТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНГИНЫ**

А) аденоавирусной

Б) герпетической

В) скарлатинозной

Г) коревой

**711. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»**

А) заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

Б) ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения

В) заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение

Г) заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

**712. ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ В ПУНКТЕ 19 УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПУНКТ**

- А) первичная врачебная медико-санитарная помощь Б)  
первичная доврачебная медико-санитарная помощь
- В) первичная специализированная медико-санитарная помощь
- Г) паллиативная медицинская помощь

**713. В ФОРМЕ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ**

- А) посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием
- Б) случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи
- В) обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации
- Г) случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях

**714. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ**

- А) медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у)
- Б) страхового медицинского полиса пациента
- В) СНИЛС пациента
- Г) талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025-1/у)

**715. УЧЕТНАЯ ФОРМА № 030-13/У «ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ» ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОТЧЕТНОГО ПЕРИОДА ПОДПИСЫВАЕТСЯ**

- А) врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета
- Б) главным врачом
- В) председателем врачебной комиссии
- Г) заместителем главного врача по организационно-методической работе

**716. «СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА №070/У), ВЫДАВАЕМАЯ ЛИЦУ, ИМЕЮЩЕМУ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ**

- А) председателя врачебной комиссии
- Б) лечащего врача
- В) главного врача
- Г) заместителя главного врача по организационно-методической работе

**717. ОБРАТНЫЙ (ОТРЕЗНОЙ) ТАЛОН «СПРАВКИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА № 070/У) ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ**

- А) лечащего врача и главного врача санаторно-курортной организации
- Б) заместителя главного врача по организационно-методической работе санаторно-курортной организации
- В) председателя врачебной комиссии
- Г) лечащего врача организации, направившей пациента на лечение

**718. ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (ПРИКАЗ МЗИСР РФ ОТ 22.11.2004 Г. № 255) В СХЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАТРОНАЖ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (МЕС.)**

- А) 3
- Б) 6
- В) 12
- Г) 1

**719. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ  
(ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ  
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ  
ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ  
В ФОРМУ N**

- А) 052-1/у «Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного»
- Б) 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
- В) 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
- Г) 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»

**720. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N  
057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ**

- А) заведующим отделением
- Б) главным врачом
- В) заместителем главного врача по лечебной работе
- Г) председателем врачебной комиссии

**721. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 039-1/У-06 «ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ  
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ» ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
СЕСТРОЙ УЧАСТКОВОЙ**

- А) ежедневно
- Б) раз в неделю
- В) раз в месяц
- Г) раз в квартал

**722. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТРАВМ),  
ОТРАВЛЕНИЙ И ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ  
ГРАЖДАНАМИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО  
ВЫДАЕТ ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

- А) сроком не более 15 дней
- Б) сроком не более 5 дней
- В) сроком не более 10 дней
- Г) на весь срок лечения

**723. РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА  
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) врачебной комиссией
- Б) лечащим врачом
- В) главным врачом
- Г) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

**724. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА  
ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

- А) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
- Б) инвалидам I группы
- В) детям-инвалидам
- Г) инвалидам по профессиональному заболеванию

**725. В СЛУЧАЯХ ТРАВМ, РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И ЛЕЧЕНИИ  
ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И  
ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ГРАЖДАНЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕ ПОЗДНЕЕ (МЕС.)**

- А) 12
- Б) 4
- В) 10
- Г) 3

**726. НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ МАЛИГНИЗАЦИИ \_\_\_\_\_  
ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА**

- A) аденоматозные
- Б) гиперпластические
- В) гиперплазиогенные
- Г) ювенильные

**727. ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОЗА ЖЕЛУДКА  
СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- A) 50
- Б) 60
- В) 25
- Г) 15

**728. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ  
НАЛИЧИИ**

- A) ворсинчатого полипа
- Б) запоров
- В) геморроя
- Г) болезни Крона

**729. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ РАК**

- A) узловой
- Б) маститоподобный
- В) рожистоподобный
- Г) Педжета

**730. РАК КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У**

- A) белого населения
- Б) монголоидов
- В) чернокожего населения
- Г) альбиносов

**731. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАКА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) инсоляция
- Б) гипертермия
- В) ионизирующая радиация
- Г) вирусная инфекция

**732. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК КОЖИ ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

- А) старше 65
- Б) 40-60
- В) 30-40
- Г) 0-14

**733. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ СДАВЛЕНИИ СПИННОГО МОЗГА ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- А) боль
- Б) потеря аппетита
- В) рвота
- Г) нарушение сна

**734. ПРИ СТРЕПТОДЕРМИИ ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) эпидермис и дерма
- Б) потовые железы
- В) сальные железы
- Г) волосяные фолликулы

**735. ПРИ СТАФИЛОДЕРМИИ ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) сально-волосяные фолликулы
- Б) волосы
- В) роговой и блестящий слои эпидермиса
- Г) ногти

**736. СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ ВЫРАЖАЮТСЯ**

- А) ночным зудом
- Б) жжением
- В) болью
- Г) чувством стягивания кожи

**737. ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА**

- А) исчезают бесследно
- Б) оставляют рубцы
- В) оставляют пигментацию
- Г) оставляют атрофию

**738. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ**

- А) розеолы
- Б) уртикарии
- В) бугорки
- Г) гуммы

**739. СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИИ ПРИ ГОНОРЕЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 1–10 дней
- Б) 14–21 день
- В) 10–12 часов
- Г) 7–8 часов

**740. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) триада Гетчинсона
- Б) седловидный нос
- В) саблевидные голени
- Г) «олимпийский лоб»

**741. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ СТРЕПТОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фликтена
- Б) фолликулит
- В) пятно
- Г) папула

**742. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ СТАФИЛОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фолликулит
- Б) фликтена
- В) пятно
- Г) папула

**743. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ НАЗНАЧАЮТ**

- А) мази с антибиотиками
- Б) 2 % салициловый спирт
- В) компрессы с борной кислотой
- Г) примочки с ихтиолом

**744. ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ ФОРМУ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ОТ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ОТЛИЧАЕТ**

- А) гепатосplenомегалия
- Б) рвота
- В) боли в животе
- Г) жидкий стул

**745. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) гиперемией и одутловатостью лица
- Б) бледностью кожных покровов
- В) розеолёзной сыпью
- Г) зудом кожи

**746. САМЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) мононуклеозоподобный синдром
- Б) длительная диарея
- В) саркома Капоши
- Г) кахексия

**747. К СЕРОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ, ОТНОСЯТ**

- А) anti-HAV IgM
- Б) HBsAg
- В) anti-Hbcor IgM
- Г) anti-HCV IgM

**748. ДЛЯ ОСТРОЙ ФОРМЫ АМЕБИАЗА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ**

- А) болей в правой подвздошной области и стула по типу «малинового желе»
- Б) болей в правой подвздошной области и жидкого стула В) рвоты и отсутствия болей в животе
- Г) высокой температуры тела и жидкого стула с прожилками крови

**749. ДЛЯ БОТУЛИЗМА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ**

- А) нарушения зрения и глотания
- Б) высокой температуры тела и частого жидкого стула В) высокой температуры тела и нарушения сознания Г) судорог мышц и жидкого стула

**750. ПРИ АЛГИДНОЙ ФОРМЕ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНА ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА НА (%)**

- А) 10 и более
- Б) 1-3
- В) 3-6
- Г) 6-9

**751. ДЛЯ БУБОННОЙ ФОРМЫ ЧУМЫ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) гиперемия кожи, периаденит и болезненность бубона при пальпации
- Б) четкая конфигурация лимфоузла и отсутствие изменений кожи
- В) обычная окраска кожи над бубоном и отсутствие болезненности при пальпации
- Г) гиперемия кожи над бубоном и отсутствие болезненности при пальпации

**752. СТУЛ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ДИЗЕНТЕРИИ**

- А) скудный, со слизью и прожилками крови
- Б) обильный водянистый
- В) обильный типа «мясных помоев»
- Г) типа «малинового желе»

**753. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) двигательные ядра продолговатого мозга
- Б) периферические нервы
- В) ганглии
- Г) участки коры головного мозга

**754. СТУЛ ПРИ ХОЛЕРЕ**

- А) обильный, водянистый, без калового запаха и окраски
- Б) обильный, водянистый, зловонный
- В) обильный, водянистый, зеленоватой окраски
- Г) водянистый с примесью крови

**755. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, ОТНОСЯТСЯ**

- А) тошнота, рвота, жидкий водянистый стул зеленоватого цвета, диффузные боли в животе, высокая температура тела
- Б) рвота без тошноты, без болей в животе, нормальная температура тела
- В) схваткообразные боли в животе, скудный стул, высокая температура тела
- Г) обильный водянистый стул типа «рисового отвара», без болей в животе, нормальная температура тела

**756. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПЕРВИЧНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ  
НАБЛЮДАЕТСЯ НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ**

А) 8-10

Б) 1-3

В) 4-7

Г) 12-14

**757. ДЛЯ СИБИРЕЯЗВЕННОГО КАРБУНКУЛА ХАРАКТЕРНО  
НАЛИЧИЕ**

А) черного, безболезненного струпа

Б) яркой гиперемии кожи

В) резкой болезненности

Г) гнойного отделяемого

**758. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА  
«МАЛЯРИЯ» ИССЛЕДУЕТСЯ**

А) кровь

Б) кал

В) моча

Г) желчь

**759. В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ БРЮШНОГО ТИФА ВОЗБУДИТЕЛЬ ЧАЩЕ ВСЕГО  
ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В СУБСТРАТЕ**

А) крови

Б) кала

В) мочи

Г) желчи

**760. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ**

- А) аланинаминотрансферазы
- Б) альбумина
- В) щелочной фосфатазы
- Г) холестерина

**761. КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) тахикардией, падением артериального давления
- Б) болями в животе
- В) положительным симптомом Щеткина
- Г) нарушением сознания

**762. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ**

- А) высокой температуры тела, головной боли, миалгии, трахеита, непродуктивного насморка
- Б) субфебрильной температуры тела, ларингита, ринита
- В) высокой температуры тела, увеличения миндалин, лимфатических узлов, фарингита
- Г) высокой температуры тела, конъюнктивита, фарингита

**763. ДЛЯ ПЛЕНЧАТОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) налёты, которые не выходят за пределы нёбных миндалин
- Б) налёты, распространяющиеся на дужки и мягкое нёбо
- В) грубые, распространенные налёты, отёк шейной клетчатки
- Г) гиперемия слизистой оболочки ротовой полости, гнойные фолликулы на миндалинах

**764. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ**

- А) лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров
- Б) нейтрофильный лейкоцитоз
- В) лейкопению с относительным лимфоцитозом
- Г) лейкопению, лимфоцитоз, моноцитоз

**765. СИНДРОМ ТРАХЕИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) гриппа
- Б) парагриппа
- В) риновирусной инфекции
- Г) аденоовирусной инфекции

**766. ОСЛОЖНЕНИЕ «ЛОЖНЫЙ КРУП» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) парагриппа
- Б) риновирусной инфекции
- В) аденоовирусной инфекции
- Г) гриппа

**767. ХРОНИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ**

- А) С Б) А В) В Г) Е

**768. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ЛИХОРАДКИ И**

- А) ангины, лимфоаденопатии, гепатосplenомегалии
- Б) лимфоаденопатии, болей в животе В) ангины, лимфоаденопатии, диареи Г) тошноты, рвоты

**769. ДЛЯ НАЧАЛА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА  
ХАРАКТЕРНЫ**

- А) быстрое повышение температуры, головная боль, рвота без болей в животе
- Б) постепенное начало, головная боль, рвота, жидкий стул
- В) высокая температура, рвота, боли в животе
- Г) высокая температура, головная боль, нарушение зрения

**770. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ  
ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Ципрофлоксацин
- Б) Пенициллин
- В) Азитромицин
- Г) Эритромицин

**771. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ  
НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) протеинурия с суточной потерей более 3,5 г
- Б) бактериурия
- В) лейкоцитурия
- Г) гипоизостенурия

**772. НА РАННИХ СТАДИЯХ АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ  
ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИЯ**

- А) слизистой прямой кишки
- Б) печени
- В) почек
- Г) кожи

**773. ПОД ПРОБОЙ НЕЧИПОРЕНКО ПОНИМАЮТ**

- А) подсчет количества форменных элементов в единице объема мочи
- Б) определение концентрационной функции почек
- В) определение количества форменных элементов в минутном объеме мочи
- Г) определение неорганических веществ в моче

**774. ОСНОВНЫМ ЦИТОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА**

- А) миелопероксидазу
- Б)  $\beta$ -глюкуронидазу
- В) АТФазу
- Г) кислую фосфатазу

**775. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПРИЗНАКАМИ ДОСТАТОЧНО НАДЕЖЕН ПРОЦЕНТ ЛИМФОЦИТОВ В МИЕЛОГРАММЕ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ БОЛЕЕ**

- А) 30
- Б) 20
- В) 10
- Г) 40

**776. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) хронического миелолейкоза
- Б) сублейкемического миелоза
- В) острого эритромиелоза
- Г) острого миеломоноцитарного лейкоза

**777. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН**

- А) плазмоцитами
- Б) лимфоцитами
- В) макрофагами
- Г) эозинофилами

**778. К ИЗМЕНЕНИЯМ В КОСТНОМ МОЗГЕ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОсят**

- А) снижение клеточности костного мозга, преобладание жировой ткани
- Б) преобладание кроветворного костного мозга над жировым В)
- очаговую пролиферацию лимфоцитов Г) сужение красного ростка

**779. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД**

- А) коронарографии
- Б) электрокардиографии
- В) велоэргометрии
- Г) чрезпищеводной стимуляции левого предсердия

**780. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦИПАЛА МЕТОД**

- А) холтеровского мониторирования ЭКГ
- Б) велоэргометрии
- В) чрезпищеводной стимуляции левого предсердия
- Г) электрокардиографии

**781. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение миокардиальных ферментов
- Б) лейкоцитоз крови
- В) ускорение скорости оседания эритроцитов
- Г) повышение иммуноглобулинов

**782. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) зубец QS
- Б) подъем интервала ST выше изолинии
- В) смещение интервала ST ниже изолинии
- Г) отсутствие патологического зубца Q

**783. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ**

- А) появлении боли или стеснения в груди в сочетании с депрессией сегмента ST более 1 мм
- Б) появлении одышки при достижении субмаксимальной ЧСС
- В) повышении САД до 180 мм рт.ст и ДАД до 110 мм рт.ст.
- Г) регистрации косовосходящей депрессии сегмента ST до 1 мм

**784. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение содержания тромбоцитов до  $50 \times 10^9/\text{л}$
- Б) повышение аланинаминотрансферазы
- В) наличие эозинофилии
- Г) повышение скорости оседания эритроцитов

**785. РЕЗКО ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И ГАММАГЛУТАМИНТРАНСПЕПТИДАЗЫ ПРИ**

- А) хроническом гепатите с явлениями холестаза и билиарном циррозе печени
- Б) гемахроматозе
- В) болезни Вильсона – Коновалова
- Г) описторхозе

**786. ФЕРМЕНТОМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИМ АЛКОГОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) алкогольдегидрогеназа
- Б) глюкозо-6-фосфатаза
- В) алкогольоксидаза
- Г) алкогольсинтетаза

**787. СТУПЕНЧАТЫЕ И МОСТОВИДНЫЕ НЕКРОЗЫ ПЕЧЕНИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) хроническом гепатите выраженной степени активности
- Б) гемохроматозе
- В) желчнокаменной болезни
- Г) жировой дистрофии печени

**788. СИМПТОМ ИЖОГИ ВЫРАЖЕН ПРИ**

- А) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- Б) хроническом холецистите
- В) хроническом пиелонефrite
- Г) хроническом панкреатите

**789. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) белковые препараты, мочегонные
- Б) антиагреганты, антикоагулянты, антибиотики
- В) глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты Г)
- глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики

**790. ПОКАЗАНИМИ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРЫЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня калия сыворотки 6,5 ммоль/л и более
- Б) высокая гипертензия
- В) олигурия
- Г) повышение уровня мочевины более 10 ммоль/л

**791. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) спленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз
- Б) лейкопения, тромбоцитопения
- В) плеторический синдром
- Г) эритромелалгия

**792. ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ФАКТОРА VIII ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Октанат
- Б) Бебулин
- В) Фактонин
- Г) Агемфил В

**793. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ**

- А) антагонисты кальция
- Б) Никорандил
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) ингибиторы АПФ

**794. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРИЁМУ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН**

- А) Ивабрадина гидрохлорид
- Б) Гидрохлоротиазид
- В) Эналаприл
- Г) Нифедипин

**795. ХАРАКТЕР ЭКСТРЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ТРОМБОЛИЗИС) ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) положением сегмента ST относительно изоэлектрической линии на электрокардиограмме
- Б) наличием зубца Q на электрокардиограмме
- В) наличием (-) зубца Т на электрокардиограмме
- Г) появлением экстрасистолы на электрокардиограмме

**796. АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТСЯ**

- А) Преднизолоном
- Б) Панкреатином
- В) Рибавирином
- Г) Интерфероном

**797. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ**

- А) ферменты (панкреатин)
- Б) кортикостероиды
- В) сосудистые препараты
- Г) ингибиторы АПФ

**798. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тяжелая дисплазия слизистой оболочки толстой кишки
- Б) прием глюокортикоидов
- В) развитие склерозирующего холангита
- Г) развитие псевдополипоза

**799. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) желудочковая тахикардия
- Б) стенокардия напряжения
- В) развитие сердечной недостаточности
- Г) полная блокада левой ножки пучка Гиса

**800. НЕПРЯМЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ**

- А) кардиоэмбологических осложнений
- Б) развития сердечной недостаточности
- В) возникновения пароксизмов фибрillation предсердий
- Г) прогрессирования стенокардии напряжения

**801. ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ ХОЛЕСТЕРИНА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ (ММОЛЬ/Л)**

- А) ХС ЛНП  $\leq$  2,0
- Б) общего холестерина  $\leq$  5,0
- В) ХС ЛВП  $\leq$  1,0
- Г) ХС ЛВП  $\geq$  1,0

**802. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМА ДИЕТА**

- А) фруктово-овощная
- Б) с исключением животных жиров
- В) углеводно-жировая
- Г) с повышенным содержанием белка

**803. ПРИ МЕЛКООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НАЗНАЧАЕТСЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ (АСПИРИН ПЛЮС КЛОПИДОГРЕЛЬ)**

- А) на 12 месяцев всем больным, независимо от вида лечения в остром периоде
- Б) на 3 месяца больным после установления металлического стента
- В) на 1 месяц больным, которым не проводилась перфузия коронарных артерий
- Г) на 6 месяцев больным после установки стента с лекарственным покрытием

**804. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- А) имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- Б) ограничение физической нагрузки В)  
длительный прием статинов
- Г) имплантация электрокардиостимулятора

**805. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА  
БОЛЬНОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ**

- А) антагонисты кальция
- Б) пролонгированные нитраты
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) Фибринолизин

**806. ГЕМИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) отравлении угарным газом
- Б) пневмонии
- В) сахарном диабете
- Г) отравлении цианидами

**807. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ И  
ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ (ТОРМОЗНОЙ ЖИДКОСТЬЮ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) этиловый спирт
- Б) гидрокарбонат натрия
- В) перманганат калия
- Г) атропин

**808. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ  
СОЕДИНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атропин
- Б) прозерин
- В) этиловый спирт
- Г) глюкоза

**809. ВЕРОЯТНОСТЬ ТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ  
КОМБИНАЦИИ ГЕНТАМИЦИНА С**

- А) Фуросемидом
- Б) Пенициллином
- В) метилксантинами
- Г) макролидами

**810. НАИБОЛЬШИМ УЛЬЦЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ**

- А) Кеторолак
- Б) Парацетамол
- В) Трамадол
- Г) Ибупрофен

**811. СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ**

- А) дозы
- Б) периода полувыведения
- В) способа приема
- Г) связи с белком

**812. ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А) противосудорожными препаратами
- Б)  $\beta$ 2-симпатомиметиками
- В) пенициллинами
- Г) глюкокортикоидами

**813. ВЕРОЯТНОСТЬ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) гипокалиемии
- Б) гипонатриемии
- В) гипокальциемии
- Г) гипермагниемии

**814. НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- А) аминогликозиды
- Б) макролиды
- В) нитрофураны
- Г)  $\beta$ -лактамы

**815. КРАЙНЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРИ ЛАКТАЦИИ**

- А) Тетрациклина
- Б) Пенициллина
- В) Цефтриаксона
- Г) Азитромицина

**816. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторам
- Б) дигидропиридиновым блокаторам кальциевых каналов
- В) петлевым диуретикам
- Г)  $\alpha$ -адреноблокаторам

**817. А1-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С**

- А) аденомой предстательной железы
- Б) стенокардией напряжения
- В) инфарктом миокарда в анамнезе
- Г) нарушениями ритма сердца

**818. НАИБОЛЬШЕЙ ОТОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- А) аминогликозиды
- Б) макролиды
- В) нитрофураны
- Г)  $\beta$ -лактамы

**819. НАИБОЛЬШЕЙ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) Парацетамол
- Б) Ацетилсалициловая кислота
- В) Ибuproфен
- Г) Кеторолак

**820. ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В) блокаторы кальциевых каналов
- Г) агонисты имидазолиновых рецепторов

**821. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ КОМБИНАЦИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И**

- А) Резерпина
- Б) диуретиков
- В) ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- Г) агонистов имидазолиновых рецепторов

**822. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СТАТИНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ЯВЛЕНИЕМ БЫВАЕТ**

- А) гепатотоксичность
- Б) ототоксичность
- В) нефротоксичность
- Г) нейротоксичность

**823. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С КАТАРАКТОЙ ХАРАКТЕРНА ЖАЛОБА НА**

- А) постепенное ухудшение остроты зрения
- Б) появление радужных кругов вокруг лампочки
- В) слезотечение
- Г) покраснение глаза

**824. ТРОМБОЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ ИЛИ ЕЕ ВЕТВЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ**

- А) гипертонической болезни
- Б) сахарного диабета
- В) хронического пиелонефрита
- Г) бронхиальной астмы

**825. СУБЪЕКТИВНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) внезапная потеря зрения
- Б) боль в глазу
- В) покраснение глаза
- Г) сужение полей зрения

**826. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) ангиопатия
- Б) атрофия зрительного нерва
- В) нейроретинопатия
- Г) дистрофия сетчатки

**827. ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ НЕОБХОДИМО ЗАКАПАТЬ В КОНЬЮНКТИВАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ГЛАЗА РАСТВОР**

- А) Пилокарпина 1%
- Б) Атропина 1%
- В) Адреналина 0,1%
- Г) Натрия хлорида 0,9%

**828. ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВКЛЮЧАЮТ**

- А) продолжительность и частоту схваток
- Б) излитие околоплодных вод
- В) интенсивность болевого синдрома
- Г) цвет околоплодных вод

**829. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ**

- А) пальпацию частей плода
- Б) отсутствие менструации
- В) увеличение размеров матки
- Г) тошноту, рвоту

**830. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение менструальной функции
- Б) боль внизу живота
- В) нарушение функции соседних органов
- Г) нарушение детородной функции

**831. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА СЧИТАЕТСЯ**

- А) продольное
- Б) косое
- В) поперечное с головкой плода, обращенной влево
- Г) поперечное с головкой плода, обращенной вправо

**832. НАЧАЛО РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) появлением регулярных схваток
- Б) отхождением околоплодных вод
- В) отхождением слизистой пробки
- Г) появлением схваток Брекстона-Гикса

**833. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) приливы жара, повышенная потливость
- Б) полидипсия и полиурия
- В) различные нарушения походки
- Г) полиартрит и мышечная слабость

**834. ИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БЫВАЕТ**

- А) вульвовагинит
- Б) сальпингофорит
- В) эндометрит
- Г) бартолинит

**835. ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА ПРОВОДИТСЯ**

- А) глюкокортикоидами
- Б) утеротониками
- В) антагонистами простагландинов
- Г) антагонистами кальция

**836. ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА В АСФИКСИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

- А) освободить дыхательные пути и желудок от содержимого
- Б) срочно провести первичный туалет новорожденного
- В) начать ИВЛ
- Г) ввести сердечные средства

**837. ГАРДАСИЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ**

- А) вируса папилломы человека
- Б) цитомегаловируса
- В) краснухи
- Г) кори

### **838. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ВЗРОСЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) диффузными эритематозно-сквамозными высыпаниями, ксерозом, расчесами и выраженным зудом
- Б) островоспалительными проявлениями на коже лица, локтевых и коленных сгибах, ягодиц, выраженным зудом
- В) островоспалительными проявлениями на коже лица, в межпальцевых промежутках, выраженным зудом
- Г) симптомом «медовых сот», ксерозом, расчесами и выраженным зудом

### **839. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ФОРМИРУЮТ**

- А) эфемерные волдыри, зуд в месте высыпаний
- Б) зуд, дермографизм красный
- стойкий В) зуд, диссеминированные узелки
- Г) эфемерные пузыри, зуд в месте высыпаний

### **840. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) парные элементы, «чесоточные ходы», расчесы, зуд, усиливающийся в вечерне-ночное время
- Б) чесоточные ходы, зостериiformное расположение высыпаний, сопровождающиеся зудом
- В) парные бугорки и узлы, расчесы, зуд, усиливающийся в вечерне-ночное время
- Г) распространенные папуло-сквамозные высыпания, зуд, усиливающийся в вечерне-ночное время

### **841. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОНИХОМИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) потеря прозрачности ногтевой пластины, крошащийся свободный край, онихолизис или подногтевой гиперкератоз
- Б) линейная исчерченность ногтевых пластин, линии Бо
- В) гнойное воспаление проксимального околоногтевого валика
- Г) подковообразная деформация ногтевой пластины и воспаление боковых околоногтевых валиков

**842. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Эсдепаллетрин
- Б) шампунь с кетоконазолом
- В) антигистаминные препараты
- Г) шампунь с миноксидилом

**843. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕДИКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) средства с пиретроидами
- Б) Эсдепаллетрин
- В) шампунь с кетоконазолом или миноксидилом
- Г) антигистаминные препараты

**844. К ГЕОГЕЛЬМИНТОЗАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) аскаридоз
- Б) тениоз
- В) энтеробиоз
- Г) трихинеллез

**845. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ЭФФЕКТАМИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) жаропонижающий и противовоспалительный
- Б) анальгетический и противоаллергический
- В) противовоспалительный и противорвотный
- Г) противошоковый и жаропонижающий

**846. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТНОСЯТ А)**

- остеопороз и гипергликемию
- Б) гипогликемию и тахикардию
- В) брадикардию и
- кахексию
- Г) кахексию и остеопороз

**847. ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ**

А) Метилдопа

Б) Клонидин

В) Резерпин

Г) Празозин

**848. ГЕПАРИН**

А) инактивирует тромбин (фактор II свертывания крови)

Б) является антикоагулянтом непрямого действия В)

повышает агрегацию тромбоцитов Г) эффективен при

приеме внутрь

**849. ПОД БИОДОСТУПНОСТЬЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ПОНИМАЮТ ЧАСТЬ ВВЕДЕНОЙ В ОРГАНИЗМ ДОЗЫ**

А) достигшей системного кровотока в неизмененном виде или в виде активных метаболитов

Б) подвергшейся биотрансформации

В) попавшей в больной орган

Г) оказывающей биологические эффекты

**850. К КОМБИНИРОВАННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ**

А) одновременное повреждение несколькими повреждающими факторами

Б) ранение нескольких областей тела

В) ранение несколькими снарядами

Г) повреждение нескольких органов

**851. ШОКОВЫМ ИНДЕКСОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕ**

А) частоты пульса к систолическому артериальному давлению

Б) частоты пульса к центральному венозному давлению

В) систолического артериального давления к частоте пульса

Г) систолического артериального давления к диастолическому артериальному давлению

**852. ЯДОВИТЫЕ ПРОДУКТЫ ГОРЕНИЯ И ДРУГИЕ ГАЗООБРАЗНЫЕ ОТРАВЛЯЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА ПРОНИКАЮТ В ОСНОВНОМ ЧЕРЕЗ**

- А) дыхательные пути
- Б) пищеварительный тракт
- В) кожу и слизистые оболочки
- Г) раневые поверхности

**853. МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОРАЖЕННЫХ НА ГРУППЫ**

- А) нуждающихся в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях
- Б) однородные по характеру поражения
- В) однородные по необходимости неотложной медицинской помощи
- Г) однородные по направлению в функциональные подразделения больницы

**854. К МЕТОДАМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ**

- А) наложение кровоостанавливающего зажима
- Б) сосудистая пластика
- В) перевязка сосуда на протяжении
- Г) перевязка сосуда в ране

**855. В ПОЗЕ ЛЯГУШКИ ТРАНСПОРТИРУЮТСЯ ПОСТРАДАВШИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА**

- А) перелом костей таза
- Б) проникающее ранение брюшной полости
- В) перелом бедренной кости
- Г) внутреннее кровотечение

**856. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)**

- А) 0,5
- Б) 1
- В) 1,5
- Г) 2

**857. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ (ЧАС)**

- А) 4-6
- Б) 1
- В) 2-3
- Г) 8

**858. ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА ПРОИЗВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ**

- А) на спине
- Б) на боку
- В) лежа на животе
- Г) сидя в кресле

**859. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЧАСТОТУ ИЛИ УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЯВЛЕНИЯ В СРЕДЕ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ДАННОЕ ЯВЛЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) интенсивный
- Б) экстенсивный
- В) соотношения
- Г) наглядности

**860. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СТРУКТУРУ, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ИЛИ ДОЛЮ ИЗУЧАЕМОГО ЯВЛЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) экстенсивный
- Б) интенсивный
- В) наглядности
- Г) соотношения

**861. ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА**

- А) новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний
- Б) частота всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения
- В) частота острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров
- Г) частота всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения

**862. МЕТОДАМИ УЧЁТА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) сплошной и специальный
- Б) сплошной и выборочный
- В) текущий и специальный
- Г) непосредственный и специальный

**863. К ФУНКЦИЯМ ОБЪЕКТА УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) планирование, организация, руководство, контроль
- Б) прогнозирование, организация, руководство, контроль
- В) организация, руководство, контроль, взыскание
- Г) руководство, контроль, взыскание, прогнозирование

**864. ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТОШНОТЕ, ИЗЖОГЕ, ОТРЫЖКЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) эзофагогастродуоденоскопию
- Б) клинический анализ крови
- В) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Г) компьютерную томографию органов брюшной полости

**865. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕР СТУЛА**

- А) обильный, кашицеобразный, блестящий
- Б) скудный, фрагментированный
- В) водянистый с хлопьями
- Г) жидкий, с примесью алой крови

**866. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЭКГ, ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ТЭЛА, ОТНОСЯТ**

- А) глубокий зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении
- Б) глубокий зубец Q в I отведении, глубокий зубец S в III отведении
- В) подъем сегмента ST и глубокий зубец Q в I отведении Г) полную блокаду левой ножки пучка Гиса

**867. АСЦИТ ПОЯВЛЯЕТСЯ РАНЬШЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПРИ**

- А) циррозе печени
- Б) митральных пороках сердца
- В) декомпенсированном хроническом легочном сердце
- Г) дилатационной кардиомиопатии

**868. АСЦИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОТЕКОВ ПРИ**

- А) прогрессировании сердечной недостаточности
- Б) циррозе печени
- В) туберкулезе брюшины
- Г) канцероматозе брюшины

**869. ВАРИАНТОМ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРАВИЛЬНОМ РИТМЕ НА ЭКГ С ЧСС 170 УДАРОВ В МИНУТУ (КОМПЛЕКСЫ QRS НЕ ИЗМЕНЕНЫ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- Б) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- В) синусовая тахикардия
- Г) ускоренный эктопический ритм

**870. ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА Р-К, РАВНОГО 0,26 СЕК., СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО БЛОКАДЫ**

- А) атриовентрикулярного проведения 1 степени
- Б) атриовентрикулярного проведения 2 степени
- В) атриовентрикулярного проведения 3 степени
- Г) синоатриального проведения

**871. ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТАЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА**

- А) нарушения бронхиальной проходимости
- Б) повышения воздушности легочной ткани
- В) уплотнения легочной ткани
- Г) полости в легком

**872. ЭКВИВАЛЕНТОМ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВЫСТУПАЕТ**

- А) пароксизмальный непродуктивный кашель
- Б) постоянный непродуктивный кашель
- В) кашель с отделением обильной слизистой мокроты
- Г) постоянная одышка

**873. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ИСПЛЬЗУЮТ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) отношение ОФВ1/ФЖЕЛ
- Б) отношение ФЖЕЛ/ОФВ1
- В) ФЖЕЛ
- Г) ОФВ1

**874. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫ ДАННЫЕ**

- А) эхокардиографии
- Б) электрокардиографии
- В) физикального исследования
- Г) сцинтиграфии

**875. «ШТАМПОВАННЫЕ» ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) подагры
- Б) остеоартроза
- В) ревматоидного артрита
- Г) анкилозирующего спондилита

**876. ДЛЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ УМЕРЕННЫЕ**

- А) лейкопения и тромбоцитопения
- Б) лейкопения и тромбоцитоз
- В) лейкоцитоз и тромбоцитопения
- Г) лейкоцитоз и тромбоцитоз

**877. ПРИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА**

- А) интенсивная гомогенная долевая инфильтрация
- Б) инфильтрация в форме треугольника с верхушкой, направленной к корню
- В) инфильтрация с ранним формированием полостей распада
- Г) прикорневая инфильтрация с полициклическим контуром

**878. СОЧЕТАНИЕ ПРОТЕИНУРИИ, ЭРИТРОЦИТУРИИ,  
ГИПОПРОТЕИНЕМИИ, ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) острого гломерулонефрита
- Б) мочекаменной болезни
- В) пиелонефрита
- Г) амилоидоза почек

**879. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ  
ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) колоноскопия с исследованием гистологического материала
- Б) виртуальная колоноскопия
- В) ректороманоскопия
- Г) ирригоскопия

**880. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ СОЧЕТАНИИ  
СПЛЕНОМЕГАЛИИ И**

- А) лейкопении, анемии, тромбоцитопении
- Б) лейкоцитоза, эритроцитоза, тромбоцитоза
- В) лейкоцитоза, анемии, тромбоцитопении
- Г) лейкопении, анемии, тромбоцитоза

**881. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА У ЛИЦ С ДИСКИНЕЗИЕЙ  
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) незначительная болезненность в правом подреберье
- Б) положительный симптом Ортнера
- В) мышечная защита правого подреберья
- Г) френикус-симптом

**882. ДОКАЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ  
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение уровня сывороточного железа
- Б) снижение общей железосвязывающей способности сыворотки
- В) повышение содержания ферритина в сыворотке
- Г) аизоцитоз и аизохромия

**883. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) антисекреторные препараты
- Б) спазмолитики
- В) прокинетики
- Г) ферменты

**884. ЛЕЧЕБНЫЙ ПАРАЦЕНТЕЗ БОЛЬНОМУ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С АСЦИТОМ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ**

- А) напряженном или рефрактерном к терапии асците
- Б) болях в животе
- В) нарастании желтухи
- Г) отсутствии артериальной гипотонии

**885. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОЦЕНКА**

- А) суточного диуреза
- Б) окружности живота
- В) уровней креатинина и мочевины в сыворотке
- Г) уровней калия и натрия в сыворотке крови

**886. ПРИ СОЧЕТАНИИ АСЦИТА И ОТЕКОВ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА СОСТАВЛЯЕТ (МЛ/СУТ)**

- А) 500-1000
- Б) 1100-1500
- В) 300-500
- Г) 100-300

**887. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ**

- А) выделении гнойной мокроты
- Б) появлении кровохарканья
- В) нарастании слабости
- Г) упорном кашле

**888. ТЕРАПИЮ БРОНХОДИЛАТАТОРАМИ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХОБЛ ПРОВОДЯТ ДЛЯ**

- А) улучшения переносимости физической нагрузки
- Б) подавления хронического воспаления
- В) улучшения эластической тяги легких
- Г) предупреждения дальнейшего снижения функции легких

**889. ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ ХОБЛ ПРИ**

- А) тяжелом течении частых обострений
- Б) крайне тяжелом течении
- В) легком течении
- Г) любой степени тяжести

**890. КОЛХИЦИН ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ**

- А) купирования острого артрита
- Б) снижения гиперурикемии
- В) профилактики и лечения нефропатии
- Г) рассасывания подкожных тофусов

**891. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО СТРЕПТОКОККАМИ, ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) пенициллины и аминогликозиды
- Б) фторхинолоны и аминогликозиды
- В) макролиды и аминогликозиды
- Г) макролиды и фторхинолоны

**892. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ  
ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нефротический синдром
- Б) гематурия
- В) почечная недостаточность
- Г) артериальная гипертензия

**893. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ  
ПЕЧЕНИ ДИЕТИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ КАСАЮТСЯ**

- А) белков
- Б) жиров
- В) углеводов
- Г) поваренной соли

**894. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО  
ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Преднизолон
- Б) Интерферон альфа
- В) Рибавирин
- Г) Урсодезоксихолевая кислота

**895. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ  
ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ  
ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- А) высокодозные микрогранулированные
- Б) высокодозные таблетированные
- В) низкодозные микрогранулированные
- Г) низкодозные таблетированные

**896. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ВНУТРЬ СЛЕДУЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ УЧИТЬВАТЬ СОДЕРЖАНИЕ В НИХ**

- А) двухвалентного железа
- Б) трехвалентного железа
- В) компонентов, усиливающих всасывание железа
- Г) компонентов, ускоряющих высвобождение железа

**897. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА КРАСНОЙ КРОВИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА РАНЬШЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ**

- А) количества ретикулоцитов
- Б) количества эритроцитов
- В) уровня гемоглобина
- Г) цветового показателя

**898. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) боль в области тазобедренного сустава
- Б) симптом Гирголава
- В) симптом «прилипшей пятки»
- Г) наружная ротация стопы

**899. НАЛИЧИЕ ПОДКОЖНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ**

- А) легкого
- Б) ребер
- В) диафрагмы
- Г) средостения

**900. ОБЪЕМ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМЕ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) обезболивание, транспортную иммобилизацию, инфузионную терапию
- Б) обезболивание, транспортную иммобилизацию, антибиотикотерапию
- В) транспортную иммобилизацию, иммунопрофилактику, инфузионная терапию
- Г) обезболивание, иммунопрофилактику, антибиотикотерапию

**901. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ  
ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ**

- А) общая
- Б) местная
- В) проводниковая
- Г) регионарная

**902. КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммобилизация гипсовой повязкой
- Б) компрессионно-дистракционный
- В) остеосинтез
- Г) эндопротезирование

**903. ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНАЯ СЫВОРОТКА С ЦЕЛЬЮ  
ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СТОЛБНЯКА ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ (АЕ)**

- А) 3 000
- Б) 10 000
- В) 2 000
- Г) 50 000

**904. ДЛЯ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ  
ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ**

- А) микроальбуминурии
- Б) массивной протеинурии
- В) лейкоцитурии
- Г) гематурии

**905. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПРОВОДИТСЯ**

- А) анализ мочи на микроальбуминурию
- Б) бактериальный посев мочи
- В) анализ мочи по Нечипоренко
- Г) проба по Зимницкому

**906. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ КОНЦЕНТРАЦИИ**

- А) тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона
- Б) антител к тканевой пероксидазе и тиреоглобулину
- В) холестерина
- Г) глюкозы

**907. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛИГНИЗАЦИЮ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ**

- А) пункционную биопсию
- Б) радиоизотопное сканирование
- В) ультразвуковое исследование
- Г) компьютерную томографию

**908. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение эхогенности и неоднородная эхоструктура
- Б) наличие единичного узлового образования
- В) наличие множественных узловых образований
- Г) увеличение объёма

**909. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГОРМОНОВ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение тиреотропного гормона и снижение тироксина
- Б) повышение тиреотропного гормона и повышение тироксина
- В) повышение тиреотропного гормона и снижение тироксина Г)  
снижение тиреотропного гормона и повышение тироксина

**910. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГОРМОНОВ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение тиреотропного гормона и снижение тироксина Б)
- повышение тиреотропного гормона и повышение тироксина В)
- снижение тиреотропного гормона и снижение тироксина Г)
- снижение тиреотропного гормона и повышение тироксина

**911. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ**

- А) вес, деленный на рост в метрах в квадрате
- Б) вес, деленный на рост в метрах
- В) рост, деленный на вес в килограммах в квадрате
- Г) рост, деленный на вес в килограммах

**912. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОЖИРЕНИЯ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (КГ/М<sup>2</sup>)**

- А) 30-34,9
- Б) 35-40
- В) 20-24,9
- Г) 25-29,9

**913. В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УРОВЕНЬ В КРОВИ**

- А) инсулиноподобного фактора роста-1
- Б) тиреотропного гормона
- В) лuteинизирующего гормона
- Г) фолликулостимулирующего гормона

**914. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРОВОДИТСЯ**

- А) анализ мочи по Зимницкому
- Б) анализ мочи по Нечипоренко
- В) двухстаканная проба
- Г) тест с нагрузкой глюкозой

**915. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ИНФОРМАТИВНО  
ИССЛЕДОВАНИЕ В СУТОЧНОЙ МОЧЕ**

- А) свободных метанефрина и норметанефрина
- Б) альдостерона
- В) кортизола
- Г) калия и натрия

**916. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ОПТИМАЛЬНЫМ  
МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) остеоденситометрия
- Б) рентгенография крупных суставов
- В) рентгенография трубчатых костей
- Г) определение уровней кальциемии и кальциурии

**917. УРОВНИ ГЛИКЕМИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ МЕСЯЦА  
ХАРАКТЕРИЗУЮТ**

- А) гликированный гемоглобин
- Б) оральный тест глюкозотolerантности
- В) гликемию натощак
- Г) постпрандиальную гликемию

**918. В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) препараты инсулина
- Б) бигуаниды
- В) инкретины
- Г) препараты сульфонилмочевины

**919. К ПРЕПАРАТАМ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ОТНОСИТСЯ**

- А) Гликлазид
- Б) Акарбоза
- В) Метформин
- Г) Вилдаглиптин

**920. ПРИ ПОДСЧЕТЕ ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ УЧИТЫВАЕТСЯ**

- А) кефир
- Б) сливочное масло
- В) творог
- Г) капуста

**921. К ИНГИБИТОРАМ НАТРИЙ-ЗАВИСИМОГО ПЕРЕНОСЧИКА 2 ТИПА ОТНОСИТСЯ**

- А) Канаглифлозин
- Б) Метформин
- В) Глибенкламид
- Г) Вилдаглиптин

**922. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ГЛЮКОЗУ И**

- А) Преднизолон, Глюкагон
- Б) Преднизолон, Альбумин
- В) Глюкагон, Гепарин
- Г) Дексаметазон, Адреналин

**923. АНТИТИРЕОДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В ЛЕЧЕНИИ**

- А) диффузного токсического зоба
- Б) острого тиреоидита
- В) подострого тиреоидита
- Г) гипотиреоза

**924. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ТИРЕОСТАТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лейкопения
- Б) тромбоцитоз
- В) миокардиодистрофия
- Г) надпочечниковая недостаточность

**925. К ТИРЕОСТАТИКАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Пропилтиоурацил
- Б) Левотироксин
- В) Пропранолол
- Г) Бисопролол

**926. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Сибутрамин
- Б) Активированный уголь
- В) Гипотиазид
- Г) препараты сенны

**927. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Орлистат
- Б) Спиронолактон
- В) Левотироксин
- Г) Калия йодид

**928. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) аналоги соматостатина
- Б) препараты гормона роста
- В) диуретики
- Г) глюкокортикоиды

**929. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИМЕНЯЮТСЯ**

- А) препараты десмопрессина
- Б) препараты инсулина продлённого действия
- В) глюкокортикоиды
- Г) аналоги соматостатина

**930. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕДНИЗОЛОН И**

- А) Флудрокортизон, Гидрокортизон
- Б) Флудрокортизон, Левотироксин
- В) Калия хлорид, Адреналин
- Г) Дексаметазон, Кордиамин

**931. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) 10% раствор хлорида кальция
- Б) 40% раствор глюкозы
- В) 10% раствор хлористого натрия
- Г) 10% раствор хлористого калия

**932. В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ**

- А) бисфосфонатов
- Б) кальция
- В) витамина D
- Г) кальцитонина

**933. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фактора
- Б) диуретики
- В) препараты калия и магния
- Г) препараты витамина D

**934. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ**

- А) Гидрокортизон
- Б) Адреналин
- В) препараты калия и магния
- Г) препараты витамина D

**935. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тахикардия
- Б) гипотония
- В) олигурия
- Г) брадикардия

**936. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ТЭЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) симптом S1-Q3
- Б) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- В) синусовая брадикардия
- Г) удлинение интервала PQ

**937. АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ, СОГЛАСНО ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЛЕРГОЛОГОВ, НАЗЫВАЮТ АНАФИЛАКСИЮ СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ СНИЖЕНИЕМ**

- А) систолического АД ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного
- Б) среднего АД ниже 100 мм рт.ст. или на 25% от исходного
- В) систолического АД ниже 70 мм рт.ст.
- Г) среднего АД на 50% от исходного

**938. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

- А) могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов
- Б) всегда имеются уртикарные высыпания
- В) всегда имеются ангиоотёки
- Г) всегда имеется гиперемия кожи лица

**939. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА КЕТОРОЛАКОМ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (СУТКИ)**

- A) 5
- Б) 7
- В) 10
- Г) 14

**940. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРАЯ**

- А) язва желудка
- Б) сердечно-сосудистая недостаточность
- В) дыхательная недостаточность
- Г) печеночная недостаточность

**941. ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ ПРИЕМА**

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б) сердечных гликозидов
- В) антагонистов кальция
- Г) бензодиазепинов

**942. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) 0,9% раствор хлорида натрия
- Б) раствор гидроксиэтилкрахмала
- В) 5% раствор глюкозы
- Г) эритроцитарная масса

**943. МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ**

А) 100

Б) 90

В) 80

Г) 70

**944. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ У ВЗРОСЛЫХ НАЧИНАЕТСЯ С ПРОВЕДЕНИЯ**

А) 30 компрессий грудной клетки

Б) 5 искусственных вдохов

В) 15 компрессий грудной клетки

Г) 3 искусственных вдохов

**945. ОБЪЕМ ИСКУССТВЕННОГО ВДОХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)**

А) 500-600

Б) 700-800

В) 300-400

Г) 1000-1100

**946. ВРЕМЯ, ЗАТРАЧИВАЕМОЕ НА ОДИН ИСКУССТВЕННЫЙ ВДОХ, ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (СЕК.)**

А) 1

Б) 2

В) 3

Г) 4

**947. КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НЕ СЛЕДУЕТ ПРЕРЫВАТЬ БОЛЕЕ ЧЕМ НА (СЕК.)**

А) 10

Б) 15

В) 20

Г) 5

**948. ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УКУСАХ ЗМЕЙ НЕОБХОДИМО**

А) придать полную неподвижность укушенной конечности

Б) отсосать кровь из ранки

В) наложить турникет выше места укуса

Г) сделать надрезы ранки для улучшения оттока крови

**949. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) эндоскопический с биопсией

Б) рентгенологический

В) ультразвуковой

Г) исследование кала на скрытую кровь

**950. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) механическая желтуха

Б) боль в эпигастрии и спине

В) частая рвота

Г) потеря веса

**951. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) морфологический метод
- Б) маммография
- В) УЗИ молочной железы
- Г) пальпация молочной железы

**952. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) хирургическое лечение
- Б) химиотерапевтическое лечение
- В) лучевая терапия
- Г) комбинированное лечение

**953. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хирургическое вмешательство
- Б) лучевая терапия
- В) химиотерапия
- Г) иммунотерапия

**954. САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хирургический
- Б) химио-гормональный
- В) лучевой
- Г) иммунотерапия

**955. НУЖДАЕТСЯ ЛИ БОЛЬНОЙ, КОТОРОМУ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЫПОЛНЕНА РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА, В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВОЗНИКОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА?**

- А) да, по прошествии 10 лет после операции
- Б) да, в течение первых 10 лет
- В) да, в течение первых 5 лет после операции
- Г) нет

**956. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА, ПРИ ГЛАДКОМ ТЕЧЕНИИ И ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ЯВИТЬСЯ НА КОНТРОЛЬНЫЙ ОСМОТР ЧЕРЕЗ (МЕС.)**

- А) 3
- Б) 1
- В) 6
- Г) 12

**957. РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ**

- А) с момента постановки диагноза
- Б) в процессе проведения специальной терапии
- В) после окончания специальной терапии
- Г) спустя 2 года после окончания специального лечения

**958. К МЕТОДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) плазмаферез
- Б) диетотерапия
- В) заместительная энзимотерапия
- Г) лечебная физкультура

**959. ДЛЯ КЛИНИКИ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ**

- А) попарно расположенных папуло-везикул
- Б) бугорков
- В) узлов
- Г) волдырей

**960. ВУЛЬГАРНЫЕ БОРОДАВКИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА**

- А) руках и лице
- Б) волосистой части головы
- В) нижних конечностях
- Г) гениталиях

**961. ИСТОЧНИКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ТРИХОМОНИАЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) больные люди
- Б) кошки
- В) собаки
- Г) птицы

**962. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ КРАПИВНИЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) волдырь
- Б) пузырь
- В) бугорок
- Г) пузырек

**963. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) обнаружение гонококка при микроскопии
- Б) воспаление уретры
- В) выделение из уретры
- Г) резь при мочеиспускании

**964. ДЛЯ ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) быстрый регресс после устранения раздражающего фактора
- Б) красный дермографизм
- В) белый дермографизм
- Г) симметричность высыпаний

**965. ВАГИНАЛЬНЫМ ДИСБИОЗОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- А) бактериальный вагиноз
- Б) гонорея
- В) трихомониаз
- Г) сифилис

**966. В КОЖЕ ПОД ДЕЙСТВИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ ЛУЧЕЙ СИНТЕЗИРУЕТСЯ ВИТАМИН**

- А) D
- Б) A
- В) C
- Г) B2

**967. ВУЛЬГАРНЫЕ БОРОДАВКИ ВЫЗЫВАЕТ**

- А) папилломавирус человека
- Б) вирус Эпштейна-Барра
- В) ВПГ-1 или ВПГ-2
- Г) фильтрующийся вирус

**968. БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ \_\_\_\_\_ СИФИЛИСА**

- А) третичного
- Б) вторичного
- В) первичного
- Г) врожденного

**969. ПОРАЖЕНИЕ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПРИ СИФИЛИСЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) очаговым разрежением волос
- Б) гиперемией кожи головы
- В) обламыванием волос в очаге
- Г) отсутствием роста волос после лечения

**970. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СИФИЛИСЕ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ (НЕДЕЛЯ)**

- А) 3-4
- Б) 1-2
- В) 7-8
- Г) 11-12

**971. ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕРПЕСА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пузырек
- Б) узел
- В) узелок
- Г) волдырь

**972. ОСЛОЖНЕНИЕМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ЯВЛЯЕТСЯ А)**

- гангренизация Б) шанкр-амигдалит
- В) индуративный отек
- Г) шанкр-панариций

**973. В ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) антигистаминных препаратов
- Б) противовирусных средств
- В) антибиотиков
- Г) антимикотиков

**974. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Цефтриаксон
- Б) Офлоксацин
- В) Левофлоксацин
- Г) Доксициклина моногидрат

**975. ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ ДИЕТА ДОЛЖНА НАЗНАЧАТЬСЯ БОЛЬНЫМ**

- А) экземой, атопическим дерматитом
- Б) псориазом
- В) буллезными дерматозами
- Г) склеродермией

**976. В НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ**

- А) стероидов
- Б) антибиотиков
- В) антимикотиков
- Г) ретиноидов

**977. БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ**

- А) имидазола
- Б) цефалоспоринов
- В) тетрациклина
- Г) аминогликозидов

**978. ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ МЕСТНО ПОВЯЗКА С**

- А) чистым ихтиолом
- Б) анилиновыми красителями
- В) желе Солкосерил
- Г) мазью Ацикловир

**979. В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) Джозамицина
- Б) Пенициллина
- В) Цефалоспорина
- Г) Метронидазола

**980. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Флуконазол
- Б) Азатиоприн
- В) Офлоксацин
- Г) Фексофенадин

**981. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) атипичной стенокардией
- Б) типичной стенокардией
- В) кардиалгией
- Г) ангинозным статусом

**982. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) типичной стенокардией
- Б) атипичной стенокардией
- В) кардиалгией
- Г) ангинозным статусом

**983. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ ИЛИ  
ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНА  
ДЛЯ \_\_\_\_\_ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**

- A) II
- Б) I
- В) III
- Г) IV

**984. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ СПОКОЙНОЙ  
ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 100–200 МЕТРОВ ИЛИ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО  
ЛЕСТНИЦЕ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_  
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**

- A) III
- Б) I
- В) II
- Г) IV

**985. ОБЫЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕ ВЫЗЫВАЕТ  
УСТАЛОСТИ, СЕРДЦЕБИЕНИЯ И ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С \_\_\_\_\_  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- A) I
- Б) II
- В) III
- Г) IV

**986. СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ В  
ПОКОЕ И РЕЗКО ВОЗРАСТАЮТ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ  
АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С \_\_\_\_\_  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) IV
- Б) I
- В) II
- Г) III

**987. ПРИЗНАКИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ ТОЛЬКО В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ \_\_\_\_\_ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

А) IIА

Б) I

В) IIБ

Г) III

**988. ТЯЖЕЛАЯ ТРАНСМУРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ**

А) элевацией сегмента ST

Б) депрессией сегмента ST

В) появлением зубца Q

Г) инверсией зубца T

**989. ТЯЖЕЛАЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ**

А) депрессией сегмента ST

Б) элевацией сегмента ST

В) появлением зубца Q

Г) инверсией зубца T

**990. ПРИЧИНОЙ СПОНТАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОЖЕТ СТАТЬ**

А) коронарный тромбоз, спровоцированный разрывом бляшки

Б) тяжелая гиперхолестеринемия

В) резкое снижение артериального давления

Г) эмболия коронарных артерий

**991. ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ**

- А) депрессией сегмента PQ
- Б) депрессией ST в отведениях от противоположной стенки
- В) зазубриной на нисходящем колене зубца R Г)
- появлением патологического зубца Q

**992. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ПРИНЦИПИАЛЬНО ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата
- Б) температуры тела пациента выше 38 °C
- В) гнойной мокроты
- Г) лейкоцитоза

**993. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ**

- А) плюснефаланговых
- Б) пястнофаланговых
- В) голеностопных
- Г) коленных

**994. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эндоскопическое
- Б) рентгенологическое
- В) гистологическое
- Г) pH-метрическое

**995. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНУЮ РЕФЛЮКСНУЮ БОЛЕЗНЬ В ФОРМЕ**

- А) гастроэзофагеального рефлюкса с эзофагитом
- Б) кандидозного эзофагита
- В) синдрома Мэллори-Вейса
- Г) диффузного эзофагоспазма

**996. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ Н. PYLORI ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выявление диагностического титра антител к Н. pylori
- Б) быстрый уреазный тест в биоптате
- В) микробиологический тест
- Г) цитологический тест в мазке-отпечатке

**997. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение протромбинового индекса, повышение билирубина, снижение альбумина
- Б) снижение протромбинового индекса, снижение билирубина, повышение трансамина
- В) повышение билирубина, повышение трансамина, повышение холестерина
- Г) повышение протромбинового индекса, повышение билирубина, повышение трансамина

**998. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ**

- А) нарастание желтухи, геморрагический синдром
- Б) желтуха, слабость
- В) геморрагический синдром, похудание
- Г) нарастание слабости, желтуха

**999. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ И ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ СЛУЖИТ**

- А) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Б) эндоскопическое исследование пищевода и желудка
- В) биохимическое исследование крови на содержание билирубина, щелочной фосфатазы
- Г) биохимическое исследование крови на содержание АЛТ и АСТ

**1000. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ВАЖНО ИССЛЕДОВАНИЕ**

- А) уровня сывороточного гастрин
- Б) антител H. pylori
- В) калия и натрия крови
- Г) уровня инсулина и С-пептида

**1001. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОсят**

- А) полифекалию
- Б) сахарный диабет
- В) кахексию
- Г) «панкреатическую холеру»

**1002. САМЫМ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) спонтанный бактериальный асцит-перитонит
- Б) пупочная грыжа
- В) одышка
- Г) развитие венозных коллатералей на брюшной стенке

**1003. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дивертикулит
- Б) рак толстой кишки
- В) язвенный колит
- Г) запор

**1004. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ИССЛЕДОВАНИЕ**

- А) кала на токсины A и B Cl. difficile
- Б) копрограммы на амилорею и стеаторею
- В) обзорной рентгенограммы органов брюшной полости
- Г) клинического анализа крови

**1005. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДВУСТОРОННЕЕ  
УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) отека почек
- Б) хронической почечной недостаточности
- В) гидронефроза
- Г) мочекаменной болезни

**1006. ДЛЯ НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК  
ХАРАКТЕРНА**

- А) гипостенурия
- Б) лейкоцитурия
- В) протеинурия
- Г) гематурия

**1007. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ  
НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АСПИРИНА И**

- А) бронхиальной астмы, полипов носа
- Б) тухоухости, полипов носа
- В) конъюнктивита, вазомоторного ринита
- Г) саркоидоза легких, хронического отита

**1008. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ЛЕЙКОФОРМУЛЕ МОКРОТЫ  
ХАРАКТЕРНО ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ**

- А) эозинофилов
- Б) макрофагов
- В) лимфоцитов
- Г) нейтрофильных лейкоцитов

**1009. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ  
СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) нитраты
- В) ингибиторы If-каналов синусового узла (Ивабрадин)
- Г) дигидропиридиновые антагонисты кальция

**1010. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКТОРОВ СЛУЖИТ**

- А) бронхиальная астма
- Б) хроническая обструктивная болезнь легких
- В) атеросклероз сосудов нижних конечностей
- Г) атриовентрикулярная блокада I степени

**1011. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СЛУЖАТ**

- А) бензотиазепиновые антагонисты кальция
- Б) нитраты
- В) ингибиторы If-каналов синусового узла (Ивабрадин)
- Г) дигидропиридиновые антагонисты кальция

**1012. У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (УД/МИН)**

- А) 60-65
- Б) 50-55
- В) 55-60
- Г) 65-70

**1013. ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ НАЗНАЧАЮТ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ (МГ)**

- А) 75-125
- Б) 150-200
- В) 250-300
- Г) 400-500

**1014. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)**

А) 12

Б) 3

В) 6

Г) 1

**1015. ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ В ТЕЧЕНИЕ (МЕС.)**

А) 6

Б) 1

В) 3

Г) 12

**1016. У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ (ММОЛЬ/Л)**

А) 5,0

Б) 4,5

В) 4,0

Г) 3,5

**1017. У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ (ММОЛЬ/Л)**

А) 4,5

Б) 4,0

В) 3,5

Г) 3,0

**1018. ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВЫЙ РАЗ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ (МЕС.)**

А) 1-1,5

Б) 3-4

В) 2-3

Г) 5-6

**1019. ЛЕЧЕНИЕ СТАТИНАМИ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ, ЕСЛИ АКТИВНОСТЬ ТРАНСАМИНАЗ ПРЕВЫШАЕТ НОРМУ В (РАЗ)**

А) 3

Б) 2,5

В) 2

Г) 1,5

**1020. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЕТ (МГ)**

А) 250

Б) 75

В) 100

Г) 500

**1021. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЕТ (МГ)**

А) 300

Б) 75

В) 150

Г) 225

**1022. ПРИ ОТСУТСВИИ НА ФОНЕ ПРИЁМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НЕОБХОДИМОГО СНИЖЕНИЯ ЧСС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СИНУСОВЫМ РИТМОМ К ТЕРАПИИ МОЖНО ДОБАВИТЬ**

А) Ивабрадин

Б) Дигоксин

В) Верапамил

Г) Дилтиазем

**1023. ДИУРЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАЧИНАЮТ НА СТАДИИ**

А) IIА

Б) IIБ

В) I

Г) III

**1024. ПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ИЛИ ЭМБОЛЭКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СЛУЖАТ**

А) шок или артериальная гипотензия

Б) признаки перегрузки правого желудочка

В) положительные результаты Д-димер теста

Г) положительные результаты тропонинового теста

**1025. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЦЕЛЕВОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ НОРМАЛИЗОВАННОЕ ОТНОШЕНИЕ РАВНО**

А) 2,0–3,0

Б) 1,5–2,5

В) 2,5–3,5

Г) 3,0–4,0

**1026. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЦЕЛЕВОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ НОРМАЛИЗОВАННОЕ ОТНОШЕНИЕ РАВНО**

А) 2,0-3,0

Б) 1,5-2,0

В) 2,5-3,5

Г) 3,0-4,0

**1027. КАРДИОВЕРСИЮ БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ БОЛЕЕ (ЧАС)**

А) 48

Б) 36

В) 24

Г) 12

**1028. ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЕЕ 48 ЧАСОВ ДО ПРОВЕДЕНИЯ КАРДИОВЕРСИИ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ЭФФЕКТИВНУЮ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ НЕ МЕНЕЕ (НЕДЕЛЯ)**

А) 3

Б) 2

В) 4

Г) 6

**1029. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ (НЕДЕЛЯ)**

А) 4

Б) 2

В) 3

Г) 6

**1030. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ  
ПРЕДСЕРДИЙ ОБЫЧНО ЭФФЕКТИВНА, ЕСЛИ ОТ НАЧАЛА ПАРОКСИЗМА  
ПРОШЛО НЕ БОЛЕЕ (СУТКИ)**

- А) 2
- Б) 7
- В) 14
- Г) 30

**1031. У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ  
ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА  
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Пропафенон
- Б) Ликодайн
- В) Верапамил
- Г) сердечные гликозиды

**1032. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ  
ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ  
СИНУСОВОГО РИТМА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Амиодарон
- Б) Верапамил
- В) Прокайнамид
- Г) сердечные гликозиды

**1033. ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ДЛЯ  
ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ  
С ТЯЖЕЛОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА РЕКОМЕНДУЕТСЯ  
НАЗНАЧАТЬ**

- А) Амиодарон
- Б) бета-адреноблокаторы
- В) Верапамил
- Г) Прокайнамид

**1034. ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ**

- А) макролиды
- Б) тетрациклины
- В) цефалоспорины III поколения
- Г) респираторные фторхинолоны

**1035. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ (СУТКИ)**

- А) 2-3
- Б) 4-5
- В) 6-7
- Г) 8-10

**1036. САМЫМ ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ СЛУЖИТ**

- А) исчезновение легочного инфильтрата
- Б) нормализация или выраженное снижение температуры тела
- В) уменьшение степени гнойности мокроты
- Г) нормализация лейкоцитарной формулы

**1037. КРИТЕРИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ТЕРАПИИ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЙКАЯ НОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ (СУТКИ)**

- А) 3–5
- Б) 1–2
- В) 6–7
- Г) 8–10

**1038. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta_2$ -агонисты короткого действия
- Б) антихолинэргические препараты
- В) ингаляционные глюокортикоиды
- Г) системные глюокортикоиды

**1039. ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В КОМБИНАЦИИ С**

- А) пролонгированными бронхолитиками
- Б)  $\beta_2$ -агонистами короткого действия
- В) антихолинэргическими препаратами
- Г) системными глюокортикоидами

**1040. ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ**

- А) тиазидных диуретиков
- Б) ингибиторов АПФ
- В)  $\beta$ -адреноблокаторов
- Г) антагонистов кальция

**1041. В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Флуконазол
- Б) Висмута трикалия дицитрат
- В) Омепразол
- Г) Алгелдрат + Магния гидроксид

**1042. НАИБОЛЬШИЙ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ**

- А) Омепразол
- Б) Ранитидин
- В) Висмута трикалия дицитрат
- Г) Алгелдрат + Магния гидроксид

**1043. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ВХОДИТ**

- А) Амоксициллин
- Б) Левофлоксацин
- В) Тетрациклин
- Г) Ципрофлоксацин

**1044. В ЛЕЧЕНИИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ**

- А) ингибиторы протонной помпы
- Б) блокаторы H2-гистаминовых рецепторов
- В) антациды
- Г) препараты висмута

**1045. ЭРАДИКАЦИЯ H. PYLORI КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА И БЕЗОПАСНА**

- А) до начала терапии НПВП
- Б) в пределах полугода от начала терапии НПВП
- В) при появлении болей в животе или диспепсии
- Г) при эндоскопической верификации НПВП-гастропатии

**1046. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тяжелое течение гепатита
- Б) анамнестическое указание на употребление наркотиков
- В) развитие алкогольного делирия
- Г) выраженная слабость

**1047. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТА-ПЕРИТОНИТА ОПТИМАЛЬНА КОМБИНАЦИЯ**

- А) цефалоспоринов и альбумина
- Б) цефалоспоринов и диуретиков
- В) альбумина и диуретиков
- Г) диуретиков и гепатопротекторов

**1048. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Месалазин
- Б) Преднизолон
- В) Амоксициллин
- Г) Дротаверин

**1049. ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ В ЛЕЧЕНИИ**

- А) болезни Крона
- Б) дизентерии
- В) синдрома раздраженного кишечника
- Г) дивертикулярной болезни кишечника

**1050. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИДАЕТСЯ**

- А) ингибиторам протонной помпы
- Б) антибиотикам
- В) спазмолитикам
- Г) антацидам

**1051. К ПРИЧИНАМ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ОТНОСЯТ**

- А) гиперпаратиреоз
- Б) гиперфосфатемию
- В) жировую эмболию
- Г) рабдомиолиз

**1052. ПРИЧИНОЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипопаратиреоз
- Б) длительная иммобилизация
- В) болезнь Педжета
- Г) передозировка витамина D

**1053. ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ**

- А) рождения плода
- Б) рождения головки плода
- В) пересечения пуповины плода
- Г) полного открытия маточного зева

**1054. ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ**

- А) комбинированных оральных контрацептивов
- Б) презервативов
- В) спермицидов
- Г) прерванного полового акта

**1055. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРОВОДИТСЯ АНАЛИЗ НА АТИПИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ С КРАТНОСТЬЮ**

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) 1 раз в 2 года
- Г) 3 раза в год

**1056. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА МАРФАНА ОТНОСЯТ**

- А) подвыпих хрусталика, гиперподвижность суставов, воронкообразное вдавление грудины, высокий рост, зубные аномалии
- Б) умственная отсталость, макроорхизм, длинное лицо, высокий лоб, массивный подбородок, оттопыренные уши
- В) отставание в психомоторном развитии, микроцефалия, гипопигментация
- Г) снижение осмотической стойкости эритроцитов

**1057. ДИЕТОТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ЛЕЧЕНИИ**

- А) фенилкетонурии, галактоземии
- Б) гемофилии, нейрофиброматоза
- В) мукополисахаридозов
- Г) синдрома Патау, синдрома Эдвардса

**1058. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) комплексом мероприятий, направленных на предупреждение рождения или зачатия детей с наследственными заболеваниями
- Б) комплексом мероприятий, направленных на предотвращение развития унаследованного заболевания
- В) фенотипической коррекцией дефекта
- Г) комплексом мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования наследственного заболевания

**1059. ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА**

- А) заболеваний, обусловленных изменением числа и структуры хромосом
- Б) мультифакториальных заболеваний
- В) наследственных заболеваний обмена веществ
- Г) наследственных заболеваний соединительной ткани

**1060. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В СЕМЬЕ С ВЫСОКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ РИСКОМ ПРИ ОТКАЗЕ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ**

- А) при наличии медицинских показаний и при желании семьи вне зависимости от отношения к прерыванию беременности
- Б) как можно раньше, чтобы оказать больному ребенку возможную медицинскую помощь
- В) в третьем триместре беременности
- Г) только при оплате процедуры

**1061. ЯРКАЯ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ,  
НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ В СОЧЕТАНИИ С ЛИХОРАДКОЙ СВОЙСТВЕННА**

- А) роже
- Б) абсцессу
- В) флегмоне
- Г) плоскому лишаю

**1062. ЛИХОРАДКА, МИАЛГИИ, ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИЯ  
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) трихинеллеза
- Б) аскаридоза
- В) клонорхоза
- Г) трихоцефалеза

**1063. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА 35 ЛЕТ НЕСПОРТИВНОГО  
ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ РАВНЫЙ  $34,0 \text{ кг}/\text{м}^2$  СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ  
ОЖИРЕНИЯ**

- А) I
- Б) II
- В) III
- Г) IV

**1064. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И ЗНАЧИМЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ  
ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО  
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) биопсия почек
- Б) анализ мочи по Нечипоренко
- В) УЗИ почек
- Г) позитронно-эмиссионная томография почек

**1065. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ**

- А) уровень сывороточного ферритина
- Б) уровень трансферрина
- В) общая железосвязывающая способность сыворотки
- Г) уровень сывороточного железа

**1066. ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) аденовирусной инфекции
- Б) гриппа
- В) менингита
- Г) парагриппа

**1067. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Б) блокаторы бета-адренорецепторов
- В) блокаторы ренина
- Г) диуретики

**1068. ПРИ СОЧЕТАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) Атенолол
- Б) Верапамил
- В) Каптоприл
- Г) Празозин

**1069. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) введение гриппозных вакцин
- Б) закаливание организма
- В) приём больших доз аскорбиновой кислоты
- Г) приём поливитаминных препаратов

**1070. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и диуретики
- Б) блокаторы бета-адренорецепторов и блокаторы медленных кальциевых каналов
- В) блокаторы альфа-адренорецепторов и препараты раувольфия
- Г) препараты центрального действия и агонисты имидазолиновых рецепторов

**1071. В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ**

- А) гликированного гемоглобина
- Б) постпрандиальной гликемии
- В) гликемии натощак
- Г) глюкозурии

**1072. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ III СТАДИИ, ХСН II А (2 Ф. КЛ.) ПОКАЗАНО**

- А) в местных кардиологических санаториях вне курортов
- Б) на климатических курортах
- В) на бальнеологических курортах
- Г) на курортах с особыми лечебными факторами

**1073. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМИ ПО АНГИНЕ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1**

- А) месяца
- Б) недели
- В) квартала
- Г) года

**1074. ПАЦИЕНТУ, СТРАДАЮЩЕМУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПРИСТУПАМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ, ПОКАЗАНО САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- А) в местном санатории вне курорта
- Б) на бальнеологическом курорте
- В) на климатическом курорте
- Г) на курорте с особыми лечебными факторами

**1075. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЕЕ ЧЕМ \_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ**

- А) II
- Б) III
- В) I
- Г) IV

**1076. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРОВ КРИТЕРИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ \_\_\_\_\_ ММ РТ.СТ. И ВЫШЕ ИЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ \_\_\_\_\_ ММ РТ.СТ. И ВЫШЕ**

- А) 140 / 90
- Б) 130 / 80
- В) 160 / 95
- Г) 160 / 90

**1077. К МЕТОДАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ОТНОСИТСЯ**

- А) вакцинация
- Б) закаливание организма
- В) применение Амантадина
- Г) применение лейкоцитарного интегрона

**1078. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиперчувствительность к яичному белку
- Б) иммуносупрессия
- В) дисфункция почек
- Г) инсулинзависимый сахарный диабет

**1079. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСЯТ**

- А) курение
- Б) женский пол
- В) высокое содержание липопротеидов холестерина высокой плотности
- Г) злоупотребление алкоголем

**1080. ФАКТОРОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «средиземноморская» диета
- Б) курсовое голодание
- В) плазмаферез
- Г) занятия «большим» спортом

**1081. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ**

- А) устранение причин развития заболевания
- Б) раннее выявление заболевания
- В) своевременное начало лечения заболевания
- Г) паллиативная медицинская помощь

**1082. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОСРЕДСТВОМ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) скрининг
- Б) мониторинг
- В) первичная профилактика
- Г) диспансеризация

**1083. ОТНОШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, К СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ВЫРАЖЕННОЕ В ПРОМИЛЛЕ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) общая заболеваемость
- Б) первичная заболеваемость
- В) патологическая поражённость
- Г) исчерпанная заболеваемость

**1084. К КАТЕГОРИИ ОТДЕЛЬНЫХ «СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ БОЛЕЗНЕЙ», ПОДЛЕЖАЩИХ СПЕЦИАЛЬНОМУ УЧЕТУ, ОТНОСИТСЯ**

- А) наркомания
- Б) гипотиреоз
- В) описторхоз
- Г) муковисцидоз

**1085. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УРОВЕНЬ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

- А) повышается
- Б) снижается на 50%
- В) снижается на 70%
- Г) находится в пределах референсных значений

**1086. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА ХАРАКТЕРИЗУЮТ БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА?**

- А) гиперкалиемия
- Б) гипернатриемия
- В) гипокалиемия
- Г) гиперхлоремия

**1087. В АКТИВНОЙ ФАЗЕ АКРОМЕГАЛИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) инсулиноподобного фактора роста-1
- Б) адренокортикотропного гормона
- В) тиреотропного гормона
- Г) вазопрессина

**1088. В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА**

- А) оральный глюкозотолерантный тест
- Б) ортостатическая
- В) с водной нагрузкой
- Г) сухоедением

**1089. ПРИ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ КОЛЕБЛЯЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ**

- А) 1001-1005 (при количестве мочи 5 - 20-40 литров)
- Б) 1003-1009 (при количестве мочи 5 - 20-30 литров)
- В) 1022-1043 (при количестве мочи 2-3 литра)
- Г) 1013-1028 (при количестве мочи 5-20 литров)

**1090. НОРМА КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ В ЦЕЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПРИЁМА 75 Г ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ДО (ММОЛЬ/Л)**

- А) 7,8
- Б) 10,1
- В) 9,2
- Г) 8,6

**1091. НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) образование аневризм сосудов сетчатки
- Б) пролиферативные изменения сетчатки
- В) новообразование сосудов сетчатки
- Г) наличие кровоизлияний

**1092. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дегидратация
- Б) судорожный синдром
- В) быстрое развитие комы
- Г) нормальный или повышенный тонус глазных яблок

**1093. К ОСНОВНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СИМПТОМУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОсят**

- А) частый жидкий стул с примесью крови
- Б) боли в эпигастрции
- В) запоры
- Г) рвоту, приносящую облегчение

**1094. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием
- Б) фиброгастроэнтероскопия
- В) дуоденальное зондирование
- Г) ирригоскопия

**1095. К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОсят**

- А) наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки
- Б) наличие пролиферативной активности фибробластов
- В) эозинофильную инфильтрацию слизистой оболочки кишки
- Г) рубцовые изменения слизистой оболочки

**1096. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) длительное применение антибиотиков
- Б) пищевая токсикоинфекция
- В) злоупотребление алкоголем
- Г) *Helicobacter pylori*

**1097. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение давления в портальной вене
- Б) снижение гемоглобина крови
- В) высокая вирусная нагрузка
- Г) желтуха

**1098. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ**

- А) циррозом печени
- Б) желчнокаменной болезнью
- В) острым лейкозом
- Г) амилоидозом

**1099. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) нарушения синтетической функции гепатоцитов
- Б) нарушения всасывания белков из кишечника
- В) портальной гипертензии
- Г) диспротеинемии

**1100. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСТУПАЕТ**

- А) внутрипеченочный блок при циррозе печени
- Б) внепеченочный блок в результате тромбоза селезеночной вены
- В) синдром Бадда-Киари
- Г) внутрипеченочный блок при жировом гепатозе

**1101. ФЕНОТИП ХОБЛ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ  
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С \_\_ И БОЛЕЕ  
ОБОСТРЕНИЕМ/ОБОСТРЕНИЯМИ В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ГОДА**

А) 2

Б) 1

В) 3

Г) 4

**1102. ХОБЛ ТЯЖЁЛОГО И КРАЙНЕ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ  
(ПОСТБРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ОФВ1<50% ОТ ДОЛЖНОЙ) С  
ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ  
СООТВЕТСТВУЕТ ГРУППЕ**

А) D

Б) А

В) В

Г) С

**1103. ИНТЕРСИЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ  
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

А) двухсторонней диссеминацией

Б) отсутствием диссеминации

В) наличием очаговых образований

Г) наличием полостных образований

**1104. К АЛЬВЕОЛИТАМ ОТНОСИТСЯ**

А) токсический альвеолит

Б) саркоидоз легких

В) гемосидероз легких

Г) диссеминированный туберкулез легких

**1105. ПРИ ДИФФУЗНОМ ПРОЦЕССЕ В ЛЕГКИХ НЕЯСНОЙ ПРИРОДЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ БРОНХОСКОПИЮ И СДЕЛАТЬ**

- А) щипцовую биопсию
- Б) соскабливание
- В) пункцию лимфоузлов
- Г) смыв бронхоальвеолярной жидкости

**1106. ОБРАТИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) бронхиальной астмы
- Б) тромбоэмболии легочной артерии
- В) обструктивной эмфиземы легких
- Г) хронической обструктивной болезни легких

**1107. ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОСТРОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОТРАВЛЕНИЯ) НАПРАВЛЯЕТСЯ В УПРАВЛЕНИЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)**

- А) 24
- Б) 48
- В) 72
- Г) 36

**1108. ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ В ПОСТОЯННОМ КОНТАКТЕ С ПРОМЫШЛЕННЫМИ АЭРОЗОЛЯМИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ \_\_\_\_\_ ХАРАКТЕРА**

- А) атрофического
- Б) геморрагического
- В) гранулематозного
- Г) пролиферативного

**1109. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ УЗЕЛКОВОЙ ФОРМЕ СИЛИКОЗА ОТНОсят**

- А) узелковые тени размером от 1,5 до 10 мм
- Б) диффузное усиление и деформацию лёгочного рисунка в верхних отделах лёгких
- В) интенсивные гомогенные затемнения лёгочной ткани от 5 до 10 см в диаметре Г) затемнения лёгочной ткани более 1 см в диаметре

**1110. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) β-адреноблокаторы
- В) диуретики
- Г) сердечные гликозиды

**1111. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ СОСТОИТ В**

- А) усилении высвобождения инсулина из поджелудочной железы
- Б) восстановлении физиологической чувствительности бета-клеток к гликемии
- В) снижении количества неэстерифицированных жирных кислот и глицерина
- Г) усилении утилизации глюкозы в печени и мышцах

**1112. БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б) нестероидные противовоспалительные препараты
- В) холинолитики
- Г) антибиотики

**1113. ПРИСТУП УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ КУПИРУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ**

- А) Сальбутамола
- Б) Теофиллина
- В) Сальметерола
- Г) Беклометазона

**1114. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ АТИПИЧНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) макролиды
- Б) карбапенемы
- В) защищенные пенициллины
- Г) аминогликозиды

**1115. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) коринобактерия
- Б) стафилококк
- В) листерия
- Г) стрептококк

**1116. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО СТРАДАЕТ ОТ ДИФТЕРИЙНОГО ЭКЗОТОКСИНА СИСТЕМА**

- А) сердечно-сосудистая
- Б) органов пищеварения
- В) органов дыхания
- Г) органов мочевыделения

**1117. С РАСПРОСТРАНЁННОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЧАЩЕ ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ**

- А) ожог слизистой ротоглотки (термический, химический)
- Б) герпетическую ангину
- В) ящур
- Г) синдром Бехчета

**1118. К ХАРАКТЕРИСТИКАМ ДИФТЕРИИ НОСА ОТНОСЯТ**

- А) сукровичные выделения из носового хода
- Б) обильную серозную ринорею
- В) затруднение носового дыхания без выделений
- Г) гнойные обильные выделения из носовых ходов

**1119. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бактериологическое
- Б) серологическое
- В) бактериоскопическое
- Г) аллергологическое

**1120. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) геморрагическая сыпь звёздчатой формы
- Б) розеолёзно-папулёзные высыпания
- В) элементы в виде пузырей с геморрагическим содержимым
- Г) элементы, сходные с узловатой эритемой

**1121. ИЗМЕНЕНИЕМ В ЛИКВОРЕ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нейтрофилез (до 80-90%)
- Б) большое количество эритроцитов
- В) лимфоцитоз (до 80%)
- Г) примерно одинаковое количество нейтрофилов и лимфоцитов

**1122. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) острая пневмония
- Б) отит
- В) острый пиелонефрит
- Г) острый серозный менингит

**1123. ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эпи-мезогастральная область
- Б) левая подвздошная область
- В) правое подреберье
- Г) левое подреберье

**1124. К СИМПТОМАМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ ФОРМУ САЛЬМОНЕЛЛЁЗА ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ, ОТНОСЯТ**

- А) гепатосplenомегалию
- Б) разлитые боли в животе
- В) выраженное обезвоживание
- Г) жидкий стул более 10 раз в сутки

**1125. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ**

- А) обильный, водянистый, пенистый, зеленоватого цвета
- Б) обильный, водянистый, типа «рисового отвара» с хлопьями слизи
- В) жидкий, скудный, со слизью и прожилками крови
- Г) кашицеобразный, глинистый, светлого цвета (обесцвеченный).

**1126. ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРЮШНЫМ ТИФОМ И ПАРАТИФАМИ ПРИМЕНЯЕТСЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- А) крови
- Б) ликвора
- В) мочи
- Г) кала

**1127. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ШИГЕЛЛЁЗНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) колитический
- Б) гастритический
- В) гастроэнтеритический
- Г) гастроэнтероколитический

**1128. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ РИККЕТСИЯ**

- А) Провачека
- Б) Музера
- В) Акари
- Г) Бернета

**1129. ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А ВЕРИФИЦИРУЕТСЯ**

- А) обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig M
- Б) повышением активности АЛТ
- В) повышением уровня билирубина сыворотки крови
- Г) обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig G

**1130. ПРИ ОБЕЗВОЖИВАНИИ З СТЕПЕНИ ПРОЦЕНТ ПОТЕРИ МАССЫ ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- А) 7-9
- Б) 4-6
- В) 1-3
- Г) свыше 10

**1131. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОЛЕРЫ МОЖЕТ БЫТЬ**

- А) гиповолемический шок
- Б) перфорация язвы кишечника
- В) кишечное кровотечение
- Г) мезаденит

**1132. К СОЧЕТАНИЮ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ХОЛЕРЫ, ОТНОСЯТ**

- А) обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, отсутствие тошноты
- Б) тошноту, рвоту
- В) жидкий, зелёный стул, боли вокруг пупка
- Г) водянистый зловонный стул

**1133. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) *Yersinia enterocolitica*
- Б) *Yersinia pestis*
- В) *Yersinia pseudotuberkulosis*
- Г) *Coxiella burnetii*

**1134. ЧУМНОЙ БУБОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) резкой болезненностью, спаянностью с окружающими тканями
- Б) четкостью контуров
- В) отсутствием изменений кожи над лимфатическими узлами
- Г) отсутствием склонности к нагноению

**1135. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ КОЖНО-БУБОННОЙ ЧУМЫ ОТНОСЯТ**

- А) резкую болезненность первичного аффекта, наличие регионарного бубона
- Б) полиаденопатию
- В) безболезненную язву
- Г) быстрое рубцевание язвы

**1136. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БУБОНА ПРИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) незначительная болезненность и чёткие контуры
- Б) спаянность с окружающими тканями
- В) нагноение лимфоузлов в ранние сроки
- Г) синюшность и блеск кожи над бубоном

**1137. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АНГИНОЗНО-БУБОННОЙ ФОРМЫ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) односторонняя некротическая ангина, умеренная боль в горле при глотании, малоболезненный бубон в углочелюстной области до 5 см в диаметре
- Б) отёк миндалин на поражённой стороне, резкая боль в горле при глотании
- В) распространённый фибринозный налёт на миндалинах, отёк подкожной шейной клетчатки
- Г) рыхлый, жёлтый налёт на обеих миндалинах, на дужках, резко болезненный бубон в углочелюстной области до 5 см в диаметре

**1138. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) боль внизу живота, слизь и кровь в испражнениях, тенезмы
- Б) учащённый водянистый стул, боли вокруг пупка, тошнота, рвота
- В) тошнота, рвота, жидкий скудный стул
- Г) боли в эпигастрии, рвота, тенезмы

**1139. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- А) паралитический
- Б) интоксикационный
- В) дегидратационный
- Г) болевой

**1140. ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) противодифтерийная сыворотка
- Б) антибиотики
- В) плазмofерез
- Г) глюкокортикоиды

**1141. ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЁЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) регидратационная терапия и реминерализация
- Б) введение антитоксической сыворотки
- В) дезинтоксикационная терапия
- Г) химиотерапия

**1142. ПРЕПАРАТОМ, ОБЛАДАЮЩИМ УНИВЕРСАЛЬНЫМ АМЁБОЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ (ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВСЕХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ АМЕБИАЗА И НОСИТЕЛЬСТВА), ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Метронидазол
- Б) Левомицетин
- В) Тетрациклин
- Г) Фуразолидон

**1143. К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ БОТУЛИЗМА ОТНОСЯТ**

- A) сыворотку
- Б) антибиотики
- В) спазмолитики
- Г) анальгетики

**1144. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ДИФТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ (СУТКИ)**

- A) 2-10
- Б) 1-2
- В) 7-14
- Г) 10-21

**1145. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ**

- A) 3 месяцев
- Б) 7 лет
- В) 16 лет
- Г) 1 месяца

**1146. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (СУТКИ)**

- A) 3-10
- Б) 1-3
- В) 10-21
- Г) 7-14

**1147. ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИОБРЕТЁННЫЙ \_\_\_\_\_ ВИД ИММУНИТЕТА**

- A) искусственный активный
- Б) естественный активный
- В) естественный пассивный
- Г) искусственный пассивный

**1148. СРОКИ ИЗОЛЯЦИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЧУМУ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)**

- А) 6
- Б) 8
- В) 10
- Г) 40

**1149. СХЕМОЙ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ (КОКАВ) ПРИ УКУСЕ ЖИВОТНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БЕШЕНСТВО ЯВЛЯЕТСЯ (ДЕНЬ)**

- А) 0–3–7–14–30–90
- Б) 1–10–20–30
- В) 0–7–10–30–90
- Г) 0–3–14–30–90

**1150. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ У ПАЦИЕНТА ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ**

- А) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- Б) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов
- В) журнал учёта инфекционных заболеваний Г) листок ежедневного учёта работы врача

**1151. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) постепенным удлинением PQ с периодическим выпадением QRS
- Б) редким правильным ритмом
- В) периодическим выпадением P и QRS
- Г) постоянным интервалом PQ с периодическим выпадением QRS

**1152. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) дилатационной кардиомиопатии
- Б) гипертрофической кардиомиопатии
- В) дефекта межпредсердной перегородки
- Г) перикардита

**1153. АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) гипертрофической кардиомиопатии
- Б) дилатационной кардиомиопатии
- В) артериальной гипертензии
- Г) аортальном стенозе

**1154. ДЛЯ КРУПНОЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) подъем сегмента ST
- Б) инверсия зубцов Т
- В) депрессия сегмента ST
- Г) увеличение амплитуды зубца Т

**1155. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ВЫСТУПАЕТ**

- А) уменьшение сердечного выброса
- Б) снижение сосудистого тонуса
- В) уменьшение объёма циркулирующей крови
- Г) венозный застой

**1156. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ШУМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) реноваскулярной артериальной гипертензии
- Б) ренопаренхиматозной артериальной гипертензии
- В) недостаточности аортального клапана
- Г) феохромоцитоме

**1157. ЖИРОВАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) сахарного диабета
- Б) хронической сердечной недостаточности
- В) системной красной волчанки
- Г) саркоидоза с поражением печени

**1158. О НАЛИЧИИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- А) повышение уровня щелочной фосфатазы
- Б) повышение уровней аминотрансфераз
- В) повышение уровня гамма-глобулинов
- Г) снижение уровня липопротеидов

**1159. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Clostridium difficile
- Б) Escherichia coli
- В) неспецифическая кокковая флора
- Г) неустановленный микроорганизм

**1160. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) панцитопения
- Б) гипохромия эритроцитов
- В) аизо-пойкилоцитоз
- Г) макроцитоз эритроцитов

**1161. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО АНЕМИИ И ТРОМБОЦИТОПЕНИИ, БЛАСТОЗА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О**

- А) остром лейкозе
- Б) апластической анемии
- В) В12-дефицитной анемии
- Г) системной красной волчанке

**1162. В III СТАДИИ ДВС-СИНДРОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) тромбоцитопения
- Б) тромбоцитоз
- В) нормокоагуляция
- Г) гиперкоагуляция

**1163. БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА С ПОМОЩЬЮ**

- А) спирографии
- Б) бронхоскопии
- В) исследования газов крови
- Г) рентгенологического исследования

**1164. ГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ**

- А) через 48 и более часов после поступления в стационар
- Б) в момент поступления в стационар и позднее
- В) через 12 и более часов после поступления в стационар
- Г) через 24 и более часов после поступления в стационар

**1165. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) волдырь
- Б) экскориация
- В) пятно
- Г) лихенификация

**1166. СИМПТОМОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипопротеинемия
- Б) гиперпротеинемия
- В) гематурия
- Г) артериальная гипертензия

**1167. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРОТЕИНУРИИ 7 Г/СУТКИ, АНЕМИИ, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИИ И ПОВЫШЕНИИ СОЭ ДО 68 ММ/ЧАС НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- А) миеломную болезнь
- Б) амилоидоз почек
- В) хронический гломерулонефрит
- Г) опухоль почки

**1168. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ НАЛИЧИИ**

- А) 100000 бактерий/мл мочи и более
- Б) 100 бактерий/мл мочи и более
- В) 500 бактерий в утренней порции мочи
- Г) 10000 бактерий в суточной моче

**1169. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение продукции эритропоэтина
- Б) дефицит витамина В12
- В) дефицит железа
- Г) кровопотеря

**1170. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА**

- А) к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте
- Б) антигладкомышечные
- В) антинуклеарные
- Г) к цитоплазме нейтрофилов

**1171. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ПРОБУ КУМБСА, СЛУЖИТ**

- А) гемолиз
- Б) кровотечение
- В) подавление красного ростка
- Г) дефицит внутреннего фактора Кастла

**1172. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) остеартроза
- Б) подагрического артрита
- В) ревматоидного артрита
- Г) реактивного артрита

**1173. ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) депрессия сегмента ST
- Б) патологический зубец Q
- В) полная блокада ножек пучка Гиса
- Г) удлинение интервала PQ

**1174. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ С РАЗВИВАЮЩИМИСЯ НОЧЬЮ ПРИСТУПАМИ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЁМ СЕГМЕНТА ST, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «вариантная стенокардия»
- Б) «острый миокардит»
- В) «прогрессирующая стенокардия»
- Г) «острый тромбоэндокардит»

**1175. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ВЫСТУПАЕТ**

- А) нагрузочный тест
- Б) электрокардиография
- В) эхокардиография
- Г) рентгенография сердца

**1176. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ В КРОВИ ТРОПОНИНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ**

- А) до 14 дней
- Б) до 12 часов
- В) 1 день
- Г) 1 месяц

**1177. ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗЕ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ II СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) микроальбуминурия
- Б) снижение удельного веса
- В) повышение удельного веса
- Г) лейкоцитурия

**1178. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) смещение вверх верхней границы и сглаживание «талии» сердца
- Б) смещение вправо правой границы
- В) треугольная форма сердца
- Г) смещение левой границы влево

**1179. МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) стенозе устья аорты
- Б) недостаточности митрального клапана
- В) стенозе митрального клапана
- Г) недостаточности трикуспидального клапана

**1180. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ**

- А) острым коронарном синдроме с подъемом ST
- Б) острым коронарном синдроме без подъема ST
- В) любом остром коронарном синдроме Г)
- нестабильной стенокардии

**1181. К ТРОМБОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ**

- А) Тенектеплазу
- Б) Бивалирудин
- В) Фондапаринукс
- Г) Эноксапарин

**1182. ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА БЕЗ ПОДГОТОВКИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ВОЗМОЖНО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МЕНЕЕ**

А) 48 часов

Б) 7 суток

В) 30 суток

Г) 12 часов

**1183. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Б) диуретики

В) блокаторы кальциевых каналов

Г) агонисты имидазолиновых рецепторов

**1184. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО**

А) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли менее 3 г/сут

Б) применение диеты с ограничением белка

В) начинать терапию петлевыми диуретиками в максимальных терапевтических дозах

Г) доведение суточного диуреза до 2-3 литров

**1185. БОЛЬНЫЕ С ЦЕЛИАКИЕЙ МОГУТ УПОТРЕБЛЯТЬ**

А) картофель

Б) макаронные изделия

В) черный хлеб

Г) колбасные изделия

**1186. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАРФАРИНА ТРЕБУЕТСЯ  
ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ**

- А) международного нормализованного отношения
- Б) активированного частичного тромбопластинового времени
- В) агрегации тромбоцитов
- Г) уровня фибриногена

**1187. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ  
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ**

- А) непрерывно
- Б) в период обострения заболевания
- В) в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов
- Г) весной и осенью

**1188. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ  
ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Сальбутамол
- Б) Ипратропия бромид
- В) Флутиказон
- Г) Натрия кромогликат

**1189. ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОМ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Флутиказон
- Б) Гидрокортизон
- В) Преднизолон
- Г) Дексаметазон

**1190. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ  
ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПERTЕНЗИЮ, ОТНОсят**

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Б) бета-адреноблокаторы
- В) диуретики
- Г) статины

**1191. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ НАПРАВЛЕНИЮ БОЛЬНОГО С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГЕМОДИАЛИЗ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) высокая гиперкалиемия
- Б) выраженная олигурия
- В) анасарка
- Г) тяжелая гипертония

**1192. ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Аторвастатин
- Б) Эналаприл
- В) Торасемид
- Г) Ацетилсалициловая кислота

**1193. К АНТИАГРЕГАНТАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Клопидогрел
- Б) Изосорбигид динитрат
- В) Бисопролол
- Г) Эналаприл

**1194. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕПАРИНА ТРЕБУЕТСЯ ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ**

- А) активированного частичного тромбопластинового времени
- Б) международного нормализованного отношения
- В) агрегации тромбоцитов
- Г) уровня фибриногена

**1195. ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ В ВИДЕ ОТЁКА ЛОДЫЖЕК И СТОП МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ**

- А) Амлодипин
- Б) Метопролол
- В) Эналаприл
- Г) Дигоексин

**1196. ТЯЖЕСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПУТЕМ**

- А) исследования функции внешнего дыхания
- Б) аусcultации легких
- В) перкуссии легких
- Г) бронхографии

**1197. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) спирография
- Б) рентгеноскопия
- В) ларингоскопия
- Г) электрокардиография

**1198. МОКРОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ**

- А) имеет слизистый характер и белесоватый цвет
- Б) имеет гнойный характер и при стоянии  
расслаивается
- В) очень скудная и трудно поддается  
оценке
- Г) белая, пенистая, обильная

**1199. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТНОсят**

- А) сухие басовые хрипы
- Б) влажные средне- или крупнопузырчатые хрипы
- В) стридорозное дыхание
- Г) амфорическое дыхание

**1200. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО НАЛИЧИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ**

- А) ослаблением голосового дрожания
- Б) усилением бронхопневмонии
- В) сухими хрипами
- Г) усилением голосового дрожания

**1201. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НОГТЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК («ЧАСОВЫЕ СТЕКЛА») ПРИ НЕАТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО**

- А) эмфиземы лёгких
- Б) пневмоторакса
- В) острого респираторного заболевания
- Г) пневмонии

**1202. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уменьшение скорости прогрессирования болезни
- Б) устранение бактериовыделения с мокротой
- В) обратное развитие эмфиземы
- Г) подготовка пациента к хирургическому лечению

**1203. ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЫЗВАН**

- А) перерастяжением легкого
- Б) плевральным выпотом
- В) повышением температуры тела
- Г) бронхоспазмом

**1204. ПОКАЗАНИЕМ К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ОБЪЕМЕ 4 СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тяжелая персистирующая бронхиальная астма
- Б) тяжелая интермиттирующая бронхиальная астма
- В) бронхиальная астма физического усилия
- Г) легкая интермиттирующая бронхиальная астма

**1205. ПРОЯВЛЕНИЕМ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА III СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипоксическая кома
- Б) свистящее дыхание
- В) амфорическое дыхание
- Г) немое легкое

**1206. К ПРИЗНАКАМ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

- А) приступы бронхоспазма на определенные аллергены
- Б) возникновение бронхиальной астмы в пожилом возрасте
- В) приступы удушья при обострении хронического бронхита
- Г) частые ночные приступы бронхоспазма

**1207. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

- А) свистящие хрипы на выдохе
- Б) бронхиальное дыхание
- В) амфорическое дыхание
- Г) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы

**1208. ТЕРАПИЯ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ**

- А) эфмиземе легких
- Б) эхинококкозе легких
- В) абсцессе легких
- Г) приступе бронхиальной астмы

**1209. ЗВУК РАЗЛИПАНИЯ АЛЬВЕОЛ, ВЫСЛУШИВАЕМЫЙ НА ВЫСОТЕ ВДОХА ПРИ ЭКССУДТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) крепитацией
- Б) флотацией
- В) бронхофонией
- Г) шумом трения плевры

**1210. ПОД ТЕРМИНОМ «ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ»  
ПРИНЯТО ПОНИМАТЬ НАРУШЕНИЕ**

- А) вентиляции, транспорта и утилизации кислорода в легких
- Б) газотранспортной функции крови В) тканевого
- метаболизма кислорода Г) бронхиальной проходимости

**1211. ТРЕХСЛОЙНОСТЬ МОКРОТЫ ПОСЛЕ ОТСАИВАНИЯ  
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) абсцесса легкого и бронхоэктазов
- Б) саркоидоза
- В) экзогенного аллергического альвеолита
- Г) хронический обструктивный бронхит

**1212. ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ**

- А) пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами
- Б) пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации
- В) вирусную бронхопневмонию
- Г) эозинофильный инфильтрат

**1213. НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ПНЕВМОНИЮ,  
ВОЗНИКШУЮ**

- А) позднее 48 часов после госпитализации
- человека Б) у ранее не леченного человека
- В) у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания
- Г) у беременной женщины после 20 недель беременности

**1214. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АБСЦЕССА ЛЁГКИХ  
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ С**

- А) кавернозным туберкулезом лёгких
- Б) хроническим бронхитом
- В) синдромом Хаммена – Рича
- Г) бронхиальной астмой

**1215. МОКРОТА У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЭКТАЗАМИ**

- А) имеет гнойный характер и при стоянии расслаивается
- Б) всегда содержит свежую алую кровь
- В) имеет слизистый характер и белесоватый цвет
- Г) белая, пенистая, обильная

**1216. ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ СУХОМ КАШЛЕ  
ЗАСТАВЛЯЕТ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПОДОЗРЕВАТЬ**

- А) рак бронхов
- Б) кавернозную форму туберкулеза легких
- В) бронхоэктатическую болезнь
- Г) пневмокониоз

**1217. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) Амоксициллин, Кларитромицин
- Б) Ципрофлоксацин, Пефлоксацин, Офлоксацин
- В) Эритромицин, Азитромицин
- Г) Стрептомицин, Гентамицин

**1218. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО  
ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) одышка
- Б) повышение температуры тела
- В) похудание
- Г) общая слабость

**1219. ВАРИАНТ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ  
СИМПТОМАТИКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) цереброваскулярным
- Б) ангинозным
- В) аритмическим
- Г) астматическим

**1220. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) постепенное удлинение интервала P-Q при каждом сердечном цикле с последующим выпадением комплекса QRS
- Б) выпадение комплекса QRS при нормальной продолжительности интервала P-Q
- В) отсутствие зубца Р перед выпадением комплекса QRS
- Г) выпадение каждого второго комплекса QRS

**1221. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выраженная синусовая брадикардия
- Б) фибрилляция предсердий
- В) предсердная экстрасистолия
- Г) атриовентрикулярная блокада 1 степени

**1222. АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) гипертрофией межжелудочковой перегородки
- Б) концентрической гипертрофией левого желудочка
- В) гипертрофией правого желудочка
- Г) гипертрофией обоих желудочков

**1223. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) легочная артериальная гипертензия
- Б) венозный застой в малом круге кровообращения
- В) повышение внутригрудного давления
- Г) снижение сердечного выброса

**1224. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ВАЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ**

- А) метанефрины в крови или в моче
- Б) содержание кортизола в плазме
- В) активность ренина плазмы
- Г) суточную экскрецию альдостерона с мочой

**1225. ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИМЕТ МЕСТО**

- А) ортопноэ
- Б) набухание шейных вен
- В) асцит
- Г) увеличение печени

**1226. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ПРОВОДИМОСТЬ УДЛИНЯЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ**

- А) Дигоксина
- Б) Этмозина
- В) Хинидина
- Г) Лидокаина

**1227. РАЗВИТИЕ АСИСТОЛИИ ВОЗМОЖНО ПРИ КОМБИНАЦИИ ПРОПРАНОЛОЛА С**

- А) Верапамилом
- Б) Каптоприлом
- В) Фенобарбиталом
- Г) Фуросемидом

**1228. УВЕЛИЧЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА F (ИЛИ A2) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) талассемии
- Б) серповидно-клеточной анемии
- В) пароксизмальной ночной гемоглобинурии
- Г) наследственном сфероцитозе

**1229. У БОЛЬНОГО 44 ЛЕТ С ПОСТОЯННЫМИ НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЯМИ НА КОНЧИКАХ ПАЛЬЦЕВ РУК, ЯЗЫКЕ И ДЕСНАХ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО**

- А) болезнь Рандю-Ослера
- Б) острый лейкоз
- В) хронический миелолейкоз
- Г) апластическая анемия

**1230. ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЭРИТРЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ В ОСНОВНОМ**

- А) гиперемией кожных покровов, головными болями
- Б) увеличением объема циркулирующей крови В)
- полным и напряженным пульсом Г) лейкоцитозом со сдвигом влево

**1231. БЕЛОК БЕНС-ДЖОНСА В МОЧЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**

- А) миеломной болезни
- Б) хроническом гломерулонефrite
- В) нефротическом синдроме
- Г) макроглобулинемии Вальденстрема

**1232. КЛЕТКИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ**

- А) хроническом лимфолейкозе
- Б) хроническом миелолейкозе
- В) миеломной болезни
- Г) острым миелобластном лейкозе

**1233. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) макролиды
- Б) цефалоспорины
- В) аминогликозиды
- Г) защищенные аминопенициллины

**1234. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ КИШКА**

- А) прямая
- Б) ободочная
- В) слепая
- Г) тощая

**1235. У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКИХ ЗАОСТРЕННЫХ ЗУБЦОВ Т, БРАДИКАРДИИ ВЕРОЯТНА**

- А) гиперкалиемия
- Б) гипергликемия
- В) гипокалиемия
- Г) гиперкальциемия

**1236. ДЛЯ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) алиментарный
- Б) водный
- В) контактный прямой
- Г) бытовой

**1237. В ОСНОВЕ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ ЛЕЖИТ**

- А) регидратационная терапия полионными растворами
- Б) экстренное введение кортикостероидов и Полиглюкина
- В) введение Реланиума
- Г) введение раствора глюкозы или физиологического раствора

**1238. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЁЗЕ, ОСЛОЖНЁННОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИМ ШОКОМ, НЕОБХОДИМО**

- А) струйное введение полионных растворов
- Б) экстренное введение кортикостероидов
- В) введение реополиглюкина и плазмы до стабилизации гемодинамики
- Г) проведение интенсивной антибиотикотерапии

**1239. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ**

- А) регидратационная
- Б) дезинтоксикационная
- В) дегидратационная
- Г) антибактериальная

**1240. ПРИ ВНЕКИШЕЧНОМ АМЁБИАЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ АБСЦЕССЫ**

- А) печени
- Б) мозга
- В) лёгких
- Г) почек

**1241. ОБРАЗОВАНИЕ АБСЦЕССОВ В ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) амёбиаза
- Б) вирусного гепатита
- В) лептоспироза
- Г) иерсиниоза

**1242. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) иммуноферментный анализ
- Б) реакцию Хоффа-Бауэра
- В) реакцию Кумбса
- Г) реакции Райта, Хеддельсона

**1243. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) паразитологический
- Б) полимеразная цепная реакция
- В) биологический
- Г) иммунологический

**1244. ПРИ МАЛЯРИИ ИЗ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) эритроциты
- Б) тромбоциты
- В) эозинофилы
- Г) нейтрофилы

**1245. ПРИ ГРИППЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- А) геморрагического отёка легких
- Б) истинного крупa
- В) ателектазов лёгких
- Г) острой печёночной недостаточности

**1246. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) трахеита
- Б) фарингита
- В) ларингита
- Г) бронхита

**1247. КЛИНИКА ЛАРИНГИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) парагриппа
- Б) аденоvирусной инфекции
- В) гриппа
- Г) риновирусной инфекции

**1248. БРОНХИ, БРОНХИОЛЫ И ЛЕГКИЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ**

- А) респираторно-синцитиальной инфекции
- Б) парагриппе
- В) аденоvирусной инфекции
- Г) риновирусной инфекции

**1249. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПРОВОДИТСЯ ПРИ**

- А) гриппе
- Б) адено-вирусной инфекции
- В) парагриппе
- Г) РС-вирусной инфекции

**1250. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГА РОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) нижние конечности
- Б) спина и шея
- В) живот и грудь
- Г) верхние конечности

**1251. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЁЗЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ**

- А) опорно-двигательный аппарат
- Б) система органов дыхания
- В) пищеварительная система
- Г) эндокринная система

**1252. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЁЗА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) реакции Райта и Хеддльсона
- Б) иммунный блоттинг
- В) реакцию Вассермана
- Г) микроскопию мазка и толстой капли крови

**1253. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нейтрофильный плеоцитоз
- Б) ксантохромия
- В) высокий уровень глюкозы
- Г) опалесценция

**1254. К ХАРАКТЕРНОМУ СИМПТОМУ БРЮШНОГО ТИФА  
ОТНОСИТСЯ**

- А) розеолёзная сыпь
- Б) ларинготрахеит
- В) зуд кожи
- Г) одышка

**1255. ОСНОВНЫМ ПЕРЕНОСЧИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ СЫПНОГО ТИФА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) платяная вошь
- Б) головная вошь
- В) постельный клоп
- Г) блоха человека

**1256. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА  
ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Ципрофлоксацин
- Б) Эритромицин
- В) Пенициллин
- Г) Стрептомицин

**1257. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТОКСИЧЕСКОЙ  
ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отёк подкожной клетчатки шеи
- Б) распространение налётов за пределы миндалин
- В) поражение отделов верхних дыхательных
- путей Г) гипертермия

**1258. ОТЁК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ,  
РАСПРОСТРАНЯЮЩИЙСЯ НИЖЕ КЛЮЧИЦ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) токсической дифтерии ротоглотки III степени
- Б) тяжёлого течения скарлатины
- В) инфекционного мононуклеоза
- Г) лакунарной ангины стрептококковой этиологии

**1259. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ**

- А) герпесвирусом
- Б) энтеровирусом
- В) пикорнавирусом
- Г) ортомиксовирусом

**1260. К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА КОРИ ОТНОСЯТ**

- А) пятна Филатова-Коплика
- Б) выраженные катаральные симптомы
- В) одутловатость и гиперемию лица
- Г) энантему на твёрдом нёбе

**1261. СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ В СОЧЕТАНИИ С ДВУХСТОРОННЕЙ ПРИПУХЛОСТЬЮ В ОКОЛОУШНЫХ ОБЛАСТИХ УКАЗЫВАЕТ НА**

- А) паротитную инфекцию
- Б) туберкулез
- В) лептоспироз
- Г) инфекционный мононуклеоз

**1262. СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) ложным полиморфизмом
- Б) этапностью появления
- В) появлением на гиперемированном фоне
- Г) локализацией по ходу нервных окончаний

**1263. К ХАРАКТЕРНОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СКАРЛАТИНЫ ОТНОСЯТ**

- А) гломерулонефрит
- Б) стоматит
- В) круп
- Г) менингит

**1264. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) антибактериальная терапия
- Б) вакцинотерапия
- В) десенсибилизирующая терапия
- Г) дезинтоксикационная терапия

**1265. ПРИ ГЕПАТИТЕ А В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) anti-HAV IgM
- Б) anti-HBcor IgM
- В) anti-HEV IgM
- Г) anti-HCV

**1266. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) anti-HBs
- Б) anti-HBcore IgM
- В) anti-HBcore IgG
- Г) anti-HBe

**1267. ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) геморрагический синдром
- Б) кожный зуд
- В) уртикарная сыпь
- Г) артриты

**1268. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЁЗДОЧКИ», «ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА» ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ**

- А) хронического гепатита
- Б) острой печёночной энцефалопатии
- В) синдрома холестаза
- Г) синдрома Жильбера

**1269. СКАРЛАТИНОПОДОБНАЯ СЫПЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) псевдотуберкулèзе
- Б) брюшном тифе
- В) краснухе
- Г) менингококцемии

**1270. ЛИХОРАДКА, БОЛЬ В МЫШЦАХ ПРИ ДВИЖЕНИИ И В ПОКОЕ, ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА, ЭЗИНОФИЛИЯ В КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) трихинеллèза
- Б) цистицеркоза
- В) аскаридоза
- Г) трихоцефалèза

**1271. ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ ВОЗНИКАЕТ**

- А) волдырь
- Б) пузырек
- В) пятно
- Г) пузырь

**1272. К ПРИЗНАКУ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ОТНОСИТСЯ**

- А) склонность к рецидивированию
- Б) хроническое длительное течение без периодов ремиссий
- В) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте
- Г) возникновение рецидивов на фоне антибиотикотерапии

**1273. В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПРОСТОМ ГЕРПЕСЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ**

- А) пузырьки, эрозии, корки
- Б) гнойнички, язвы
- В) узелки, чешуйки
- Г) папулы, волдыри

**1274. БОЛЬНОЙ С КАНДИДОЗОМ ПАХОВЫХ СКЛАДОК,  
ПРОХОДИВШЕЙ ЛЕЧЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ БЕЗ УЛУЧШЕНИЯ,  
ПРОВОДЯТ**

- А) исследование крови и мочи на сахар
- Б) исследование мазков на гонококки и трихомонады
- В) ректороманоскопию
- Г) рентгенографию желудка

**1275. ИЗ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ  
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ РАЗВИВАЕТСЯ**

- А) кандидоз
- Б) эпидермофития стоп
- В) эритразма
- Г) микроспория

**1276. РАЗВИТИЕ КАНДИДОЗА МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАНО  
ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЁМОМ БОЛЬШИХ ДОЗ**

- А) кортикоステроидов
- Б) антигистаминных препаратов
- В) противомалярийных препаратов
- Г) десенсибилизирующих препаратов

**1277. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) безболезненная эрозия или язва с плотным инфильтратом в основании
- Б) мягкая язва
- В) гнойное отделяемое
- Г) болезненная язва

**1278. В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ  
БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) исследование нативных препаратов в темном поле
- Б) окраска метиленовым синим
- В) культивирование на питательных средах
- Г) серебрение по Морозову

**1279. ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА МОЖНО СЧИТАТЬ  
ХАРАКТЕРНЫМ**

- А) сгруппированные бугорки
- Б) папулы ладоней и подошв
- В) широкие кондиломы промежности
- Г) мелкоочаговое облысение

**1280. ТРИАДУ ГЕТЧИНСОНА СОСТАВЛЯЮТ ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА И**

- А) «лабиринтная глухота», паренхиматозный кератит
- Б) «лабиринтная глухота», седловидный нос
- В) паренхиматозный кератит, седловидный нос
- Г) паренхиматозный кератит, сифилитический гепатит

**1281. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНОМ МОЖЕТ  
ОСЛОЖНЯТЬСЯ**

- А) анафилактическим шоком
- Б) эмболией легкого
- В) некрозом на месте инъекции
- Г) полиневритом

**1282. СРОЧНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО ТРЕБУЕТСЯ ПРИ  
ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА**

- А) на верхней губе
- Б) на задней поверхности шеи
- В) в пояснично-крестцовой области
- Г) на животе

**1283. ОПАСНОСТЬ ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗВИТИИ**

- А) тромбоза кавернозного синуса
- Б) рожистого воспаления лица
- В) флегмоны шеи
- Г) заглоточного абсцесса

**1284. БОЛЬНОМУ С ФУРУНКУЛОМ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НАЗНАЧАЮТ**

- А) антибиотики внутрь
- Б) повязку с мазью Вишневского
- В) немедленное вскрытие фурункула
- Г) согревающий компресс

**1285. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ФУРУНКУЛЕЗОМ МОЖЕТ СУЩЕСТВЕННО ОПТИМИЗИРОВАТЬ**

- А) исследование иммунного статуса
- Б) исследование печени
- В) определение наличия белка в моче
- Г) кожно-аллергическая проба

**1286. ПРИ ОБЫКНОВЕННОМ ПСОРИАЗЕ ВЫСЫПАНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА КОЖЕ**

- А) разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов
- Б) сгибательной поверхности предплечий
- В) лица
- Г) туловища

**1287. ДИСКОИДНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА**

- А) открытых участках кожи
- Б) коже ладоней и подошв
- В) коже сгибательных поверхностей конечностей Г)
- коже разгибательных поверхностей конечностей

**1288. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) минутный объем сердца
- Б) артериальное давление
- В) центральное венозное давление
- Г) общее периферическое сопротивление

**1289. ФОРСИРОВАННЫЙ ДИУРЕЗ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ОТРАВЛЕНИИ**

- А) этанолом
- Б) Аминазином
- В) Amitriptylinom
- Г) карбофосом

**1290. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ударный и минутный объем сердца
- Б) артериальное давление
- В) центральное венозное давление
- Г) общее периферическое сопротивление

**1291. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) газовый состав крови
- Б) дыхательный объем
- В) минутный объем дыхания
- Г) частота дыхания

**1292. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОЧАГОВЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ОТНОСЯТ**

- А) мидриаз на стороне гематомы и гемипарез на противоположной стороне
- Б) гемипарез на стороне гематомы и мидриаз на противоположной стороне
- В) гемипарез и мидриаз на стороне гематомы
- Г) гемипарез и мидриаз на стороне, противоположной гематоме

**1293. СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) менингеальным синдромом
- Б) утратой сознания
- В) зрачковыми расстройствами
- Г) двусторонними пирамидными знаками

**1294. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПРИПАДОК ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) нарушением сознания
- Б) клоническими судорогами во всех конечностях В)
- тоническими судорогами во всех конечностях Г)
- генерализованными сенсорными эквивалентами

**1295. НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ ПРИ СПИННОЙ СУХОТКЕ ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) сенситивной атаксией
- Б) вялыми параличами нижних конечностей
- В) мозжечковой атаксией
- Г) табетической артропатией

**1296. ДЛЯ ПОЛИОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ**

- А) передних рогов спинного мозга
- Б) передних корешков спинного мозга
- В) задних корешков спинного мозга
- Г) подкорковых узлов

**1297. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) выраженные общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы
- Б) расстройства чувствительности по корешковому типу
- В) постепенное начало и отсутствие расстройств сознания
- Г) предшествующие преходящие нарушения мозгового кровообращения

**1298. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, УТРАТА СОЗНАНИЯ, ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, СТРИДОРОЗНОЕ ДЫХАНИЕ, БРАДИКАРДИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ГЕМИПЛЕГИЯ, ПАРАЛИЧ ВЗОРА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) кровоизлияния в головной мозг
- Б) эмболии мозговых сосудов
- В) менингоэнцефалита
- Г) субарахноидального кровоизлияния

**1299. БАЗОВЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) исследование ликвора
- Б) электроэнцефалография
- В) электронейромиография
- Г) ангиография

**1300. НОЧНЫЕ ПОВТОРЯЮЩИЕСЯ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ С ТОШНОТОЙ, ИНОГДА РВОТОЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИ**

- А) синдроме внутричерепной гипертензии
- Б) инсульте
- В) невралгии тройничного нерва
- Г) синдроме вегетативной дистонии

**1301. ХАРАКТЕРНЫМ ЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ ДЛЯ ЭЗОЗИНОФИЛЬНОЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) акромегалия
- Б) адипозо-генитальная дистрофия
- В) кахексия
- Г) гипофизарный нанизм

**1302. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) прозериновый тест
- Б) биопсия мышц
- В) компьютерная томография головного мозга
- Г) исследование глазного дна

**1303. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) электроэнцефалография
- Б) краниография
- В) компьютерная томография
- Г) ангиография

**1304. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атеросклероз
- Б) фиброзно-мышечная дисплазия
- В) эмболия мозга
- Г) гипертензионная гиперплазия интимы

**1305. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) назначение противосудорожных препаратов
- Б) лечение курсами 1-2 месяца
- В) физиотерапевтическое лечение
- Г) назначение Прозерина

**1306. К ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) оперативное лечение
- Б) терапия коагулянтными и дегидратирующими препаратами
- В) терапия антикоагулянтными и дегидратирующими препаратами
- Г) консервативная терапия антихолинэстеразными препаратами

**1307. К ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ**

- А) Бензонал
- Б) Пенициллин
- В) Преднизолон
- Г) Стугeron

**1308. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) терапию коагулянтными и дегидратирующими препаратами
- Б) оперативное лечение
- В) терапию антикоагулянтными и дегидратирующими препаратами
- Г) консервативную терапию антихолинэстеразными препаратами

**1309. ДЛЯ СНЯТИЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Реланиум
- Б) Аспирин
- В) Анальгин
- Г) антибиотики

**1310. ДИАЗЕПАМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ИЗ-ЗА ЕГО СПОСОБНОСТИ**

- А) быстро действовать при внутривенном введении
- Б) подавлять на 24 часа приступы после однократного введения
- В) не угнетать дыхание
- Г) не влиять на функции печени

**1311. К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА ОТНОсят**

- А) Ацикловир
- Б) Циклофосфамид
- В) Амфотерицин В
- Г) гамма-глобулин

**1312. МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КОНОВАЛОВА – ВИЛЬСОНА (ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ) ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Д-пеницилламинА
- Б) Мидантана
- В) L-ДОФА
- Г) Циклодола

**1313. ПРИЗНАКОМ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиповолемия
- Б) гипокалиемия
- В) гиперволемия
- Г) гипертермия

**1314. ОЖОГ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) отслойкой эпидермиса
- Б) гиперемией кожного покрова
- В) гибелью всех слоев дермы
- Г) поражением кожи до ростковой зоны

**1315. ОЖОГ III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) некрозом поверхностных слоев кожи
- Б) поражением всех слоев дермы
- В) некрозом кожи и расположенных под ней тканей
- Г) гиперемией и отеком кожного покрова

**1316. ОЖОГ ПЬЕ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) некрозом всех слоев дермы
- Б) поражением поверхностных слоев кожи
- В) некрозом кожи и расположенных под ней тканей
- Г) гиперемией и отеком кожного покрова

**1317. ГЛАВНОЙ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ОПАСНОСТЬЮ ДЛЯ БОЛЬНОГО ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиповолемия
- Б) дефицит гемоглобина
- В) гипопротеинемия
- Г) коагулопатия

**1318. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА 80 Г/Л И УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА РЕТИКУЛОЦИТОВ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ**

- А) постгеморрагической анемии
- Б) апластической анемии
- В) анемии при хронической почечной недостаточности
- Г) острой лейкемии

**1319. ОТКРЫТЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЛОМ КОСТИ С**

- А) раной мягких тканей, сообщающейся с областью перелома
- Б) образованием обширных фликтен над областью перелома
- В) раной мягких тканей, не сообщающейся с областью перелома
- Г) обширной гематомой поврежденного сегмента конечности

**1320. ПЕРВУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТ**

- А) любой медицинский работник на месте происшествия
- Б) только врач
- В) только фельдшер бригады скорой помощи
- Г) только врач-хирург

**1321. ПЕРВОЕ СКРИНИНГОВОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СРОКЕ (НЕДЕЛЯ)**

- A) 11-14
- Б) 10-11
- В) 7-8
- Г) 7-10

**1322. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) полным раскрытием маточного зева и рождением ребенка
- Б) раскрытием маточного зева до 6 см
- В) рождением последа
- Г) началом регулярной родовой деятельности

**1323. ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) отделением плаценты и рождением последа
- Б) рождением плода
- В) раскрытием маточного зева
- Г) регулярной родовой деятельностью

**1324. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В (ММ РТ.СТ.)**

- А) 140/90
- Б) 130/80
- В) 120/80
- Г) 135/85

**1325. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В (ММ РТ.СТ.)**

- А) 160/110
- Б) 150/100
- В) 150/95
- Г) 155/95

**1326. ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ В СУТОЧНОЙ ПРОБЕ (24 ЧАСА) ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л)**

А) более 5

Б) до 5

В) до 3

Г) более 2

**1327. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ИССЛЕДУЕТСЯ**

А) плазма венозной крови

Б) капиллярная кровь

В) суточная моча

Г) миелограмма

**1328. АНТИРЕЗУСНЫЕ АНТИТЕЛА У ПЛОДА РАЗРУШАЮТ**

А) эритроциты

Б) лимфоциты

В) тромбоциты

Г) лейкоциты

**1329. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ К ПЛОДУ ПУТЕМ**

А) трансплацентарным

Б) восходящим

В) аспирационным

Г) лимфогенным

**1330. ПЕРИОДОМ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА СЧИТАЕТСЯ**

А) возраст от 40-45 лет до наступления менопаузы

Б) стойкое прекращение менструации в течение 12

месяцев В) возраст от 45 лет и последующие 5 лет

менопаузы Г) время после наступления менопаузы

**1331. СВОЕВРЕМЕННАЯ МЕНОПАУЗА НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)**

- A) 46-54
- Б) 40-45
- В) до 40
- Г) после 55

**1332. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭНДОМЕТРИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) ультразвуковая диагностика
- Б) магнитно-резонансная томография
- В) колоноскопия
- Г) определение уровня онкомаркеров

**1333. ПРИЧИНОЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) вирус папилломы человека
- Б) вирус Эпштейна-Барра
- В) стафилококк
- Г) хламидия трахоматис

**1334. ОСНОВНЫМ СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) цитологическое исследование мазков по Папаниколау
- Б) бимануальное исследование
- В) кольпоскопия
- Г) ультразвуковое исследование органов малого таза

**1335. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ПРЕДСТАВЛЕНА**

- A) обильными белями с неприятным запахом
- Б) хроническими тазовыми болями
- В) диспареунией и болезненным мочеиспусканием
- Г) контактными кровянистыми выделениями

**1336. ПОДОЗРЕНИЕ НА ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ  
ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ**

- А) госпитализации в стационар
- Б) повторного исследования уровня хорионического гонадотропина
- В) ультразвукового исследования в динамике Г)
- Г) ежедневного амбулаторного наблюдения

**1337. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) восходящий
- Б) гематогенный
- В) лимфогенный
- Г) контактный

**1338. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОНКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) интраканаликулярный
- Б) лимфогенный
- В) гематогенный
- Г) периневральный

**1339. ИСПРАВЛЕНИЯ В УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ**

- А) подписью врача, заполняющего карту
- Б) подписью главного врача
- В) подписью заведующего отделением
- Г) решением врачебной комиссии

**1340. «МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА (ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ)» (ФОРМА № 086/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ**

- А) несовершеннолетних 15 - 17 лет, поступающих на работу
- Б) лиц, регистрирующихся на бирже труда
- В) работающих пенсионеров
- Г) инвалидов III группы

**1341. ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПУТЕМ УГЛУБЛЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском
- Б) передача граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском под наблюдение соответствующего узкого специалиста
- В) направление граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском на санаторно-курортное лечение
- Г) направление граждан с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском в стационар

**1342. РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение АЛТ
- Б) повышение активности альдолазы
- В) повышение протромбинового индекса
- Г) гипоальбуминемия

**1343. К ВИТАМИН К-ЗАВИСИМЫМ ФАКТОРАМ СВЕРТЫВАНИЯ  
ОТНОСЯТСЯ**

- А) второй, седьмой, девятый, десятый
- Б) первый, пятый, шестой, восьмой
- В) первый, третий, четвёртый, шестой
- Г) третий, четвертый, одиннадцатый, двенадцатый

**1344. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ  
СТРЕСС-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аортальный стеноз тяжелой степени
- Б) недостаточность митрального клапана
- В) стабильная стенокардия
- Г) брадиаритмия

**1345. УЧАСТКОВЫЙ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПМСП  
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП ОБСЛУЖИВАЕМОГО  
КОНТИНГЕНТА**

- А) по признаку проживания (пребывания) на определенной территории
- Б) по работе на предприятиях, находящихся на данной территории
- В) по признаку регистрации
- Г) по желанию пациента

**1346. ОТБОР БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ  
ПРОВОДИТСЯ ПО ПРЕДСТАВЛЕНИЮ**

- А) врачей-терапевтов участковых и специалистов поликлиники
- Б) заведующих отделениями поликлиники
- В) врачей дневного стационара поликлиники
- Г) врачебной комиссии поликлиники

**1347. НА ЛИСТЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ ЗНАКОМ (+) ОТМЕЧАЮТСЯ**

- А) острые заболевания, даже возникающие несколько раз в год
- Б) ранее диагностированные хронические заболевания
- В) каждое обострение хронического заболевания
- Г) каждый профилактический медицинский осмотр

**1348. К ПЕРВИЧНЫМ БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПО РЕЙТИНГУ ВОЗ ОТНОСИТСЯ**

- А) гиподинамия
- Б) инфекционное заболевание
- В) злоупотребление алкоголем
- Г) неполноценное питание

**1349. УЧЕТ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВЕДЕТСЯ ПО МЕСТУ**

- А) жительства ребенка
- Б) смерти ребенка
- В) жительства матери
- Г) жительства отца

**1350. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ОБЯЗАН**

- А) обеспечить раннее выявление заболевания
- Б) ежедневно посещать пациента на дому без показаний
- В) оказывать помощь всем нуждающимся родственникам пациента Г)
- в последующем выполнять активные вызовы к пациенту

**1351. ОБЪЕКТОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) все жители территории
- Б) реконвалесценты острых заболеваний
- В) больные хроническими заболеваниями
- Г) жители в трудоспособном возрасте

**1352. ПАЦИЕНТАМИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА МОГУТ БЫТЬ**

- А) все возрастно-половые группы населения
- Б) все взрослые
- В) взрослые, кроме беременных
- Г) взрослые и подростки

**1353. ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ НА ВТОРОМ УРОВНЕ ПРОВОДИТСЯ**

- А) заведующим отделением
- Б) заместителем главного врача по лечебной работе
- В) заместителем главного врача по клинико-экспертной работе
- Г) главным врачом медицинской организации

**1354. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ПОЛИКЛИНИК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД**

- А) экспертных оценок
- Б) статистический
- В) медико-экономического анализа
- Г) социологический

**1355. К ВИДАМ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОТНОСЯТ**

- А) федеральную, территориальную
- Б) муниципальную, территориальную
- В) внутриучрежденческую, муниципальную
- Г) хозрасчетную, государственную

**1356. БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС**

- А) является частью программы государственных гарантий
- Б) включает программу государственных гарантий
- В) является частью территориальной программы государственных гарантий
- Г) включает территориальную программу государственных гарантий

**1357. ВЕЛИЧИНА ДОПЛАТЫ ЗА КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПУТЕМ**

- А) умножения базового оклада на повышающий коэффициент
- Б) деления базового оклада на повышающий коэффициент В)
- сложения базового оклада и повышающего коэффициента Г)
- вычитания из базового оклада повышающего коэффициента

**1358. ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТЫХ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) остановку кровотечения, закрытие раны стерильной повязкой, транспортную иммобилизацию
- Б) введение обезболивающих средств, внутривенное введение кровезаменяющих растворов
- В) введение антибиотиков
- Г) новокаиновую блокаду области перелома

**1359. К ВИДАМ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ ОТНОСЯТ**

- А) социальную, профессиональную
- Б) общественную
- В) детскую
- Г) взрослую

**1360. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ В ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) ЛФК
- Б) озокерита
- В) парафина
- Г) УВЧ

**1361. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗОЛЯЦИИ ЛИЦ,  
КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ ЧУМОЙ (ТРУПОМ), СОСТАВЛЯЕТ  
(СУТКИ)**

- A) 6
- Б) 3
- В) 10
- Г) 15

**1362. ОТВЕТСТВЕННЫМИ ЗА НАЗНАЧЕНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ  
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ БЕШЕНСТВА  
ЯВЛЯЮТСЯ**

- A) врачи-травматологи и (или) врачи-хирурги
- Б) врачи прививочного кабинета детской поликлиники
- В) врачи-инфекционисты
- Г) врачи-эпидемиологи

**1363. ДЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШИГЕЛЛЕЗАМИ ХАРАКТЕРНА**

- A) летне-осенняя сезонность
- Б) весенняя сезонность
- В) зимняя сезонность
- Г) всесезонность

**1364. МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ИМЕЮЩИХ КОНТАКТ С  
КРОВЬЮ И ЕЕ КОМПОНЕНТАМИ, НА HBSAG ОБСЛЕДУЮТ**

- A) 1 раз в год
- Б) 1 раз в 2 года
- В) ежеквартально
- Г) при поступлении на работу

**1365. РЕЖИМНО-ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В  
ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, НАХОДИВШИХСЯ В КОНТАКТЕ С ЗАБОЛЕВШИМИ  
ЛЮДЬМИ, ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ**

- А) чумы
- Б) клещевого энцефалита
- В) туляремии
- Г) бруцеллеза

**1366. К ЧИСЛУ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ  
СЕРЬЕЗНО ОСЛОЖНИТЬ ОБСТАНОВКУ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ОТНОСЯТ**

- А) наводнения
- Б) лесные пожары
- В) торнадо
- Г) нашествие саранчи

**1367. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ОБЯЗАН**

- А) направить извещение о больном в ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»
- Б) выявить всех контактных
- В) определить границы эпидемического очага
- Г) сообщить о контактных лицах по месту работы

**1368. ФОНЕНДОСКОП, ЗАГРЯЗНЕННЫЙ КРОВЬЮ ИЛИ  
ВЫДЕЛЕНИЯМИ БОЛЬНЫХ, ОБРАБАТЫВАЮТ**

- А) 6% перекисью водорода
- Б) кипячением в содовом растворе
- В) 6% раствором карбофоса
- Г) в автоклаве

**1369. ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА,  
ЗАГРЯЗНЕННЫХ КРОВЬЮ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ,  
ИСПОЛЬЗУЮТ ЭТИЛОВЫЙ \_\_\_\_% СПИРТ**

А) 70

Б) 40

В) 80

Г) 60

**1370. КАРДИНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

А) увеличение диаметра роговицы

Б) мелкая передняя камера

В) преципитаты на задней поверхности роговицы

Г) нормальное внутриглазное давление

**1371. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ КАТАРАКТЫ ОТНОСЯТ**

А) область зрачка серого цвета

Б) слезотечение

В) светобоязнь

Г) боли в глазу

**1372. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕЙ РАНЫ  
РОГОВИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) выпадение радужки

Б) эрозия роговицы

В) повышение внутриглазного давления

Г) гипопион

**1373. К СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ УДАЛЕНИЯ КАТАРАКТЫ  
ОТНОСЯТ**

А) факоэмульсификацию

Б) криоэкстракцию

В) реклинацию

Г) рассасывающую терапию

**1374. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хирургическое лечение
- Б) лазерная терапия
- В) применение биогенных стимуляторов
- Г) физиотерапевтическое лечение

**1375. ОСМОТР ПАЦИЕНТА С ГЛАУКОМОЙ У ОКУЛИСТА  
НЕОБХОДИМ 1 РАЗ В**

- А) 2-3 месяца
- Б) месяц
- В) 4-5 месяцев
- Г) 6 месяцев

**1376. К АТИПИЧНЫМ НЕЙРОЛЕПТИКАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Клозапин
- Б) Зуклопентиксол
- В) Перфеназин
- Г) Трифлуоперазин

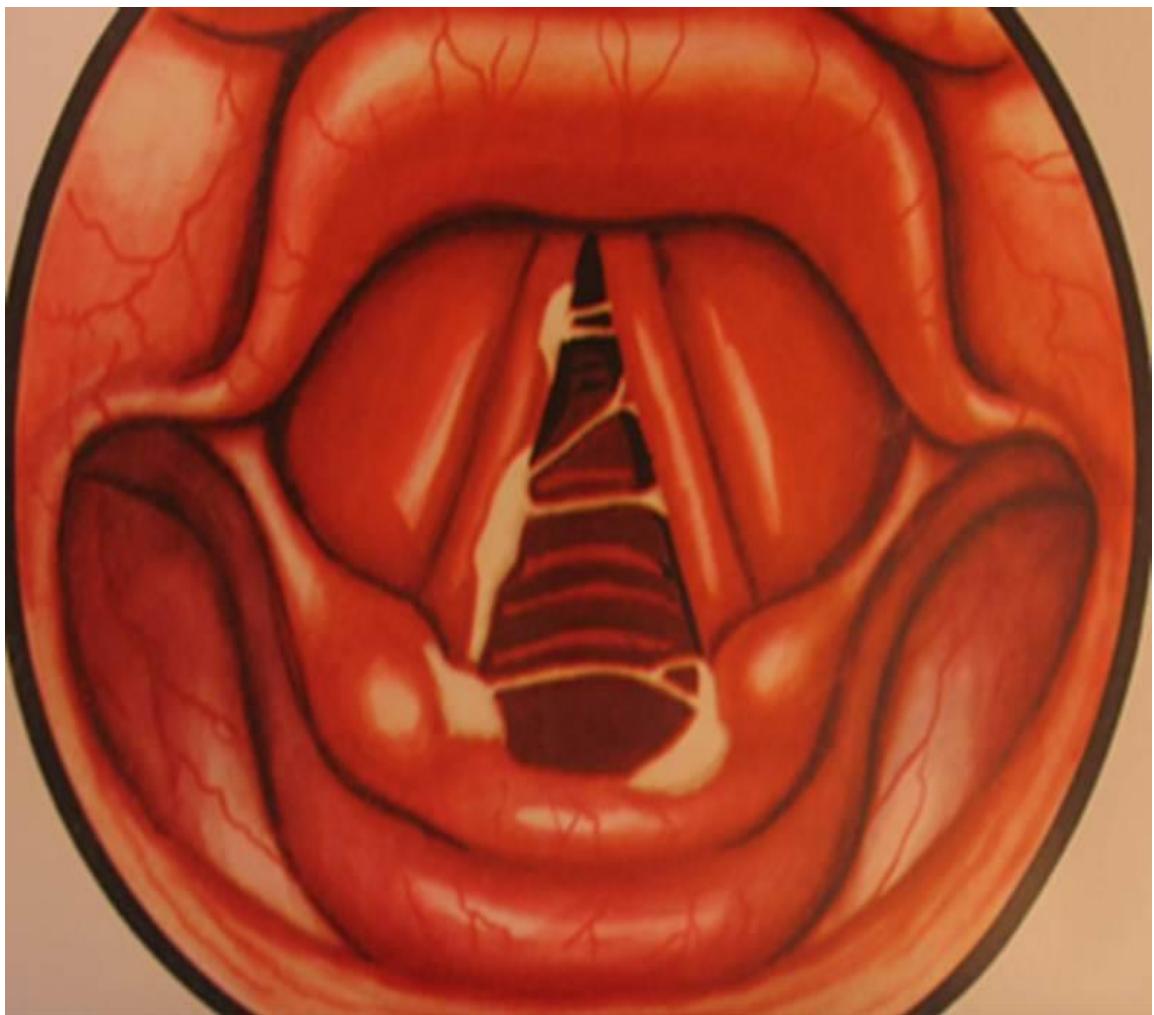
**1377. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 16 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ  
НА БОЛЬ В УХЕ, УСИЛИВАЮЩУЮСЯ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА  
И НАДАВЛИВАНИИ НА КОЗЕЛОК, БУДЕТ**

- А) «наружный отит»
- Б) «средний отит»
- В) «экзема уха»
- Г) «стоматит»

**1378. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА СО СНИЖЕНИЕМ  
СЛУХА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНТАМИЦИНОМ БУДЕТ**

- А) «сенсоневральная тугоухость»
- Б) «острый средний отит»
- В) «серная пробка»
- Г) «атрезия слухового прохода»

**1379. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 26 ЛЕТ С  
ЖАЛОБАМИ НА КАШЕЛЬ, ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА И ДАННОЙ  
ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**



**БУДЕТ**

- A) «острый ларингит»
- Б) «инородное тело»
- В) «ожог гортани»
- Г) «паралич гортани»

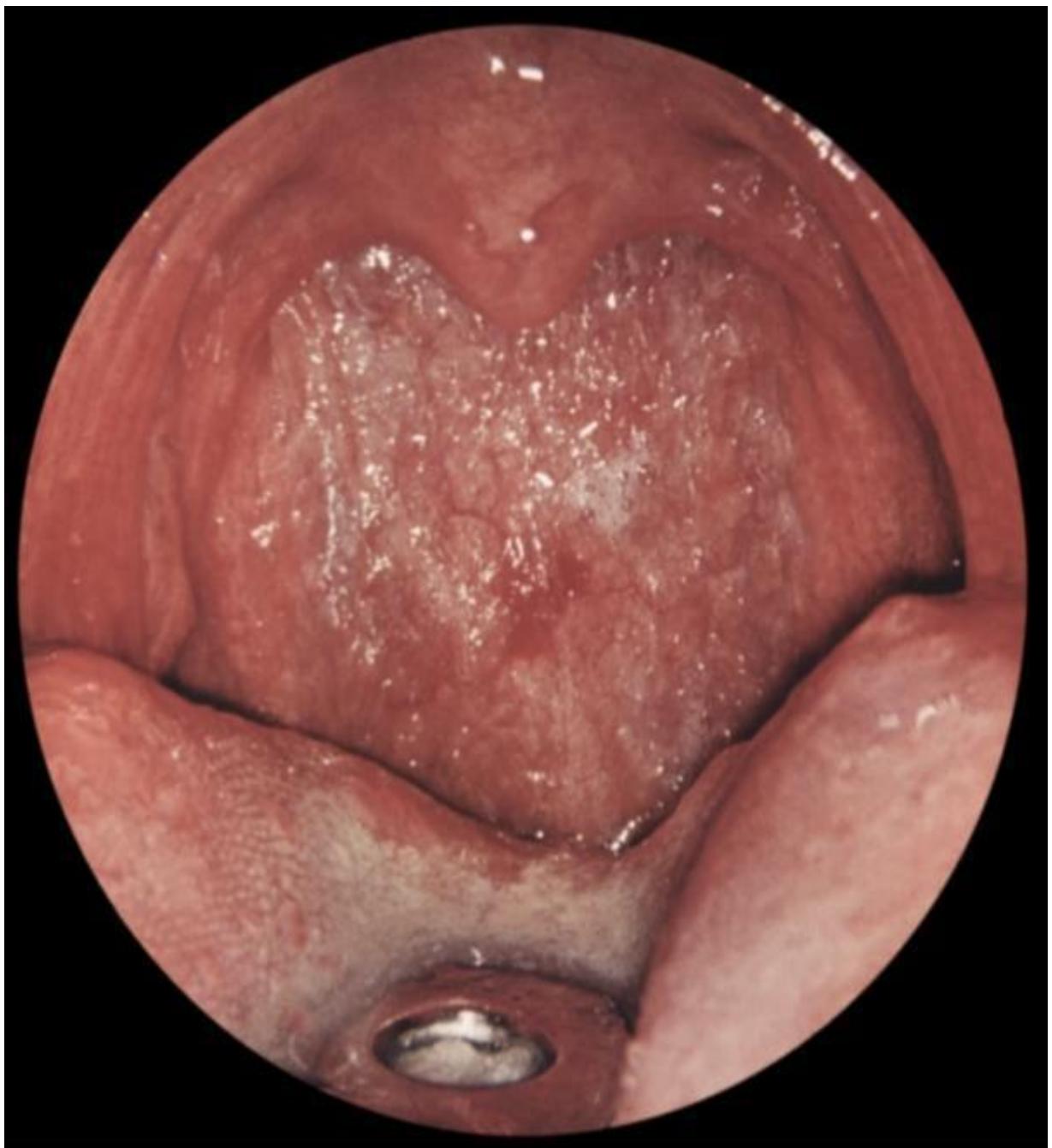
**1380. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 30 ЛЕТ С ЧАСТЫМИ АНГИНАМИ, УВЕЛИЧЕНИЕМ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ И НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ ИЗО РТА И ДАННОЙ ФАРИНГОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**



**БУДЕТ**

- A) «хронический тонзиллит»
- Б) «дифтерия глотки»
- В) «гипертрофия миндалин»
- Г) «кариес зубов»

**1381. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 56 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ПЕРШЕНИЕ И СУХОСТЬ В ГОРЛЕ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ И ДАННОЙ ФАРИНОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**



**БУДЕТ**

- A) «хронический фарингит»
- Б) «злокачественная опухоль миндалин»
- В) «хронический тонзиллит»
- Г) «паратонзиллярный абсцесс»

**1382. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 27 ЛЕТ С  
РЕЗКИМИ БОЛЯМИ В ГОРЛЕ ПРИ ГЛОТАНИИ И ДАННОЙ  
ФАРИНГОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**



**БУДЕТ**

- А) «афтозный стоматит»
- Б) «ветряная оспа»
- В) «лакунарная ангина»
- Г) «паратонзиллярный абсцесс»

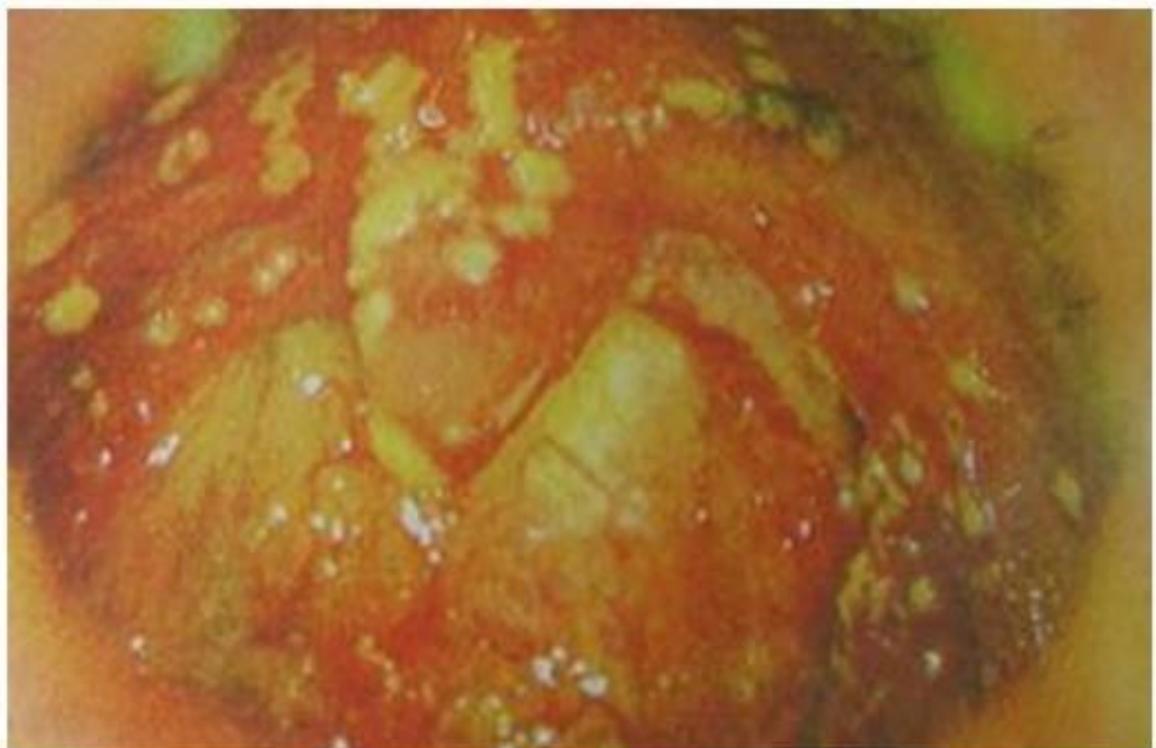
**1383. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 22 ЛЕТ С  
ВЫРАЖЕННЫМИ БОЛЯМИ В ГОРЛЕ, ФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА В  
ТЕЧЕНИЕ 2 ДНЕЙ И ДАННОЙ ФАРИНГОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**



**БУДЕТ**

- A) «лакунарная ангина»
- Б) «дифтерия глотки»
- В) «инфекционный мононуклеоз»
- Г) «гипертрофия миндалин»

**1384. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 26 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАВШЕГО АНТИБИОТИКИ ПО ПОВОДУ ПНЕВМОНИИ И ИМЕЮЩЕГО ДАННУЮ КАРТИНУ В ГЛОТКЕ**



**БУДЕТ**

- A) «кандидомикоз глотки»
- Б) «лакунарная ангина»
- В) «дифтерия глотки»
- Г) «паратонзиллярный абсцесс»

**1385. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА 28 ЛЕТ С НАСМОРКОМ, КАШЛЕМ И ДАННОЙ ФАРИНГОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ**



**БУДЕТ**

- A) «острый ринофарингит»
- Б) «острый тонзиллит»
- В) «афтозный стоматит»
- Г) «дифтерия глотки»

**1386. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ СУБФЕБРИЛИТЕТ, БОЛЕЗНЕННАЯ ПРИПУХЛОСТЬ КОНЧИКА НОСА ПРИ ОСМОТРЕ**



**БУДЕТ**

- А) «фурункул носа»
- Б) «травма носа»
- В) «гематома носа»
- Г) «острый ринит»

**1387. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ ФРОНТИТ» НУЖНО ПРОВЕСТИ**

- А) рентгенографию пазух носа
- Б) магнитно-резонансное исследование пазух носа
- В) бактериологическое исследование из полости носа
- Г) риноцитограмму

**1388. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИФТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С НАЛЕТАМИ В ГЛОТКЕ НЕОБХОДИМО**

- А) взять мазки из зева и носа на дифтерию
- Б) провести вакцинацию от дифтерии
- В) ввести противодифтерийную сыворотку
- Г) взять мазки из зева на флору и чувствительность

**1389. ЗАПОДОЗРИТЬ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ГОРТАНИ МОЖНО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ**

- А) затруднения дыхания и нарушения голоса
- Б) покраснения в области гортани и шеи
- В) сухого кашля и затруднения глотания
- Г) болей в горле и поперхивании при еде

**1390. ПРИЧИНAMI НОСОВОГО КРОVОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ БЫВАЮТ**

- А) травмы носа, повышение артериального давления, заболевания крови
- Б) заболевания сердца, длительный прием антибиотиков, переохлаждение тела
- В) кортикостероиды при ингаляциях, длительная иммобилизация тела, длительная искусственная вентиляция легких
- Г) слабительные и мочегонные препараты, заболевания соединительной ткани, ожирение

**1391. ПРИЗНАКАМИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ В СТАДИИ КОМПЕНСАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) инспираторная одышка при физической и психоэмоциональной нагрузке, урежение дыхания, обычный цвет кожи
- Б) экспираторная одышка при физической и психоэмоциональной нагрузке, учащение дыхания, акроцианоз
- В) втяжение уступчивых мест грудной клетки, учащение дыхания, бледность кожных покровов
- Г) вынужденное положение тела, отсутствие дыхания, цианоз кожи

**1392. ПРИЗНАКАМИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ В СТАДИИ НЕПОЛНОЙ КОМПЕНСАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) инспираторная одышка и втяжение уступчивых мест грудной клетки в покое, учащение дыхания, бледность кожи
- Б) экспираторная одышка при физической и психоэмоциональной нагрузке, учащение дыхания, акроцианоз
- В) инспираторная одышка при физической и психоэмоциональной нагрузке, урежение дыхания, обычный цвет кожи
- Г) вынужденное положение тела, отсутствие дыхания, цианоз кожи

**1393. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) скарификационные кожные тесты, исследование IgE в крови и цитологию носового секрета
- Б) рентгенографию околоносовых пазух, общий анализ мочи и кала на яйца глистов
- В) специфическую иммунотерапию, рентгенографию органов грудной клетки и функцию внешнего дыхания
- Г) провокационные тесты, пробное лечение гормональными препаратами и бактериологическое исследование полости носа

**1394. ПРИЧИНAMI СНИЖЕНИЯ ОБОНИЯНИЯ МОГУТ БЫТЬ**

- А) затруднение носового дыхания, травма или опухоль мозга
- Б) учащение носового дыхания или парез лицевого нерва В)  
особенности питания и эндокринная патология
- Г) избыточно влажный или загрязненный воздух, болезни крови

**1395. СТОЙКУЮ И ДЛИТЕЛЬНУЮ ДИСФОНИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ**

- А) папилломатоз или паралич гортани
- Б) пневмония или туберкулез легких
- В) вдыхание ингаляционных кортикоидов или  
курение Г) мутация голоса или голосовая нагрузка

**1396. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СИНУСИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) затруднение носового дыхания, насморк, лицевые боли и снижение обоняния
- Б) припухлость щеки, боли и увеличение лимфатических узлов шеи
- В) затрудненное болезненное дыхание через нос, кашель и чихание
- Г) отсутствие носового дыхания, выделения из носа гнойно-кровянистые с запахом

**1397. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО ВО ВРЕМЯ НАСМОРКА ЗАБОЛЕЛО УХО, ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

- А) деконгестанты в нос и обезболивающие капли в ухо
- Б) антибиотики в ухо и внутрь
- В) парацентез и антибиотики внутрь
- Г) антибиотики и обезболивающие препараты внутрь

**1398. УДАЛИТЬ СЕРНУЮ ПРОБКУ У ПАЦИЕНТА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ**

- А) промывания теплой водой из шприца
- Б) специального ушного крючка
- В) штыкового ушного пинцета
- Г) ушных парафиновых свечей

**1399. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ ФУРУНКУЛ НОСА, ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

- А) антибиотики и антиагреганты
- Б) компресс и десенсибилизацию организма
- В) противовирусные препараты и физиолечение
- Г) капли в нос и обезболивание

**1400. ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В УХЕ, СУБФЕБРИЛИТЕТОМ И ПРИПУХЛОСТЬЮ ЗА УШНОЙ РАКОВИНОЙ НЕОБХОДИМО СРОЧНО НАПРАВИТЬ К**

- А) врачу-оториноларингологу
- Б) врачу-дерматологу
- В) врачу-хирургу
- Г) врачу-педиатру

**1401. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ЗАЛОЖЕННОСТИ НОСА НА ФОНЕ ОСТРОГО РИНИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

- А) гипертонические солевые растворы или деконгестанты в виде капель нос
- Б) прогревание пазух носа и луковый сок в нос
- В) антибиотики или антисептики в виде капель в нос
- Г) промывание носа солевым раствором из шприца или груши

**1402. АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ**

- А) антибиотики внутрь, солевые растворы или деконгестанты в нос
- Б) физиолечение, иглорефлексотерапию и массаж
- В) пункцию верхнечелюстных пазух с введением антисептиков
- Г) гормональные препараты и антисептики в нос

**1403. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АЛЛЕРГИЕЙ НА ПЫЛЬЦУ БЕРЕЗЫ В ВИДЕ РИНИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

- А) антигистаминные средства, топические кортикоиды и антигенспецифическую иммунотерапию
- Б) диету, частое проветривание помещений и деконгестанты
- В) иглорефлексотерапию, массаж и закаливание
- Г) гипербарическую оксигенацию и дезинтоксикационную терапию

**1404. ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕГОСЯ НЕОДНОКРАТНЫМИ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫМИ АБСЦЕССАМИ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) тонзиллэктомию
- Б) тонзиллотомию
- В) лакунотомию
- Г) септопластику

**1405. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА 24 ЛЕТ С ЛАКУНАРНОЙ АНГИНОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

- А) антибиотики внутрь в виде растворимых форм, анальгетики и орошение глотки антисептиками
- Б) санацию нёбных миндалин путем промывания лакун, иммунные препараты и диету
- В) физиотерапию, активное смазывание миндалин растворами антисептиков и голосовой режим
- Г) противовирусные препараты, санацию зубов и рассасывание таблеток с антисептиками

**1406. ДИФФУЗНЫЙ НАРУЖНЫЙ ОТИТ МОЖНО ЛЕЧИТЬ**

- А) физиотерапией и антибактериальными препаратами
- Б) антигистаминными и жаропонижающими препаратами
- В) ватными палочками и иммуномодуляторами
- Г) обезболивающими и секретолитическими препаратами

**1407. РЕАКЦИИ НА ТУБЕРКУЛИН РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ (ЧАС)**

- А) 48-72
- Б) 6-12
- В) 12-24
- Г) 24-48

**1408. ПРОБА МАНТУ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ РАЗМЕРАХ ПАПУЛЫ БОЛЕЕ (ММ)**

- А) 5
- Б) 1
- В) 3
- Г) 12

**1409. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аэрогенный
- Б) внутриутробный
- В) алиментарный
- Г) чрезкожный

**1410. РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПРИ НАЛИЧИИ КОНТАКТОВ**

- А) внутрисемейных
- Б) внутриквартирных
- В) производственных
- Г) случайных

**1411. ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕГКИХ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ И НАЛИЧИЕМ ОЧАГОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**

- А) туберкулёме
- Б) раке легкого
- В) эхинококке
- Г) пневмонии

**1412. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ТЕНЬ В ЛЕГКИХ С ДОРОЖКОЙ К КОРНЮ И ПОЛИМОРФНЫМИ ОЧАГАМИ ВОКРУГ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) туберкулезнной каверны
- Б) кисты легкого
- В) опухоли с распадом
- Г) абсцесса

**1413. НАЛИЧИЕ В ЛЕГКИХ ТОНКОСТЕННОЙ ПОЛОСТИ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ БЕЗ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ОКРУЖАЮЩЕЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) кисты легкого
- Б) туберкулезнай каверны
- В) аспергиллемы
- Г) эхинококка

**1414. ЗАТЕМНЕНИЕ С БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ И ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ, ОТСУТСТВИЕМ ОЧАГОВ ВОКРУГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ЛЁГКИХ ПРИ**

- А) опухоли с распадом
- Б) туберкулезнай каверне
- В) абсцессе
- Г) кисте

**1415. ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЛЕВРИТЕ СВЯЗАНО С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В \_\_\_\_\_ ОБЛАСТИ**

- А) междолевой
- Б) верхушечной
- В) костальной
- Г) парамедиастенальной

**1416. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЭКССУДТИВНОГО ПЛЕВРИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- А) плевральную пункцию с микробиологическим и цитологическим исследованием экссудата
- Б) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза
- В) радиоизотопное исследование легких
- Г) торакоскопию с биопсией плевры

**1417. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БИОПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) клеток Пирогова – Лангханса
- Б) эпителиоидных клеток
- В) лимфоцитов
- Г) макрофагально-гистиоцитарных элементов

**1418. МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОКРАШЕННОГО ПРЕПАРАТА ПО**

- А) Цилю – Нельсену
- Б) Романовскому – Гимзе
- В) Лейшману
- Г) Граму

**1419. К ПЕРВИЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ**

- А) туберкулезнная интоксикация у детей и подростков
- Б) туберкулёма
- В) очаговая форма
- Г) фиброзно-кавернозная форма

**1420. К ОСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕМУ ТУБЕРКУЛЁЗУ ЛЁГКИХ ОТНОСИТСЯ**

- А) миллиарный
- Б) очаговый
- В) туберкулёма
- Г) кавернозный

**1421. ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) флюорография
- Б) бронхоскопия
- В) спирография
- Г) сцинтиграфия

**1422. ДОСТОВЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ФИБРИНОЗНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) шум трения плевры
- Б) наличие мелкопузырчатых влажных хрипов
- В) наличие рассеянных сухих хрипов
- Г) отсутствие дыхания

**1423. ЛУЧИСТОСТЬ КОНТУРА ОКРУГЛОГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) периферического рака
- Б) туберкулёмы
- В) ретенционной кисты
- Г) эхинококка легкого

**1424. ПРАВИЛЬНОСТЬ УСТАНОВКИ БОЛЬНОГО НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ**

- А) по одинаковому расстоянию между медиальными контурами ключиц и остистыми отростками позвонков
- Б) по одинаковым межреберным промежуткам
- В) по симметричности легочных полей
- Г) когда тени лопаток не налагаются на легочные поля

**1425. ПРИЗНАКОМ ОПТИМАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ РЕНТГЕНОГРАММЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отчетливость первых трех-четырех грудных позвонков
- Б) визуализация всех грудных позвонков
- В) видимость всего позвоночного столба
- Г) хорошая видимость ключиц

**1426. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях
- Б) флюорографии в прямой и боковой проекциях
- В) рентгеноскопии в различных проекциях
- Г) томографии легких в прямой и боковой проекциях

**1427. ПРИ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ  
РАЗМЕРЫ ОЧАГОВ ДО (ММ)**

- А) 3
- Б) 6
- В) 10
- Г) 12

**1428. РАЗВИТИЮ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЧАСТО  
ПРЕДШЕСТВУЕТ**

- А) очаговый туберкулез легких
- Б) очаг Гона
- В) диссеминированный туберкулез легких
- Г) кавернозный туберкулез легких

**1429. ПРИ ФИБРОЗНОМ СМОРЩИВАНИИ ЛЕГКОГО  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ**

- А) уменьшение величины легочного поля, смещение средостения в пораженную сторону
- Б) однородное затемнение легочного поля, смещение средостения в здоровую сторону
- В) опущение купола диафрагмы и корня легкого с больной стороны Г)  
симметричное расширение и бесструктурность корней легких

**1430. ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ФУРУНКУЛА НОСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сахарный диабет
- Б) хронический гастрит
- В) тиреотоксикоз
- Г) хронический гипертрофический ринит

**1431. РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ \_\_\_\_\_ РИНите**

- А) атрофическом
- Б) вазомоторном
- В) гипертрофическом
- Г) катаральном

**1432. ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) пансинуситом
- Б) полисинуситом
- В) гемисинуситом
- Г) риносинуситом

**1433. К РАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФУРУНКУЛА НОСА ОТНОсят**

- А) вскрытие фурункула, дренирование, антибиотикотерапию, дегидратационную терапию
- Б) вскрытие фурункула, дренирование, симптоматическую терапию и физиолечение
- В) антибиотикотерапию, симптоматическую терапию и физиолечение Г)
- Г) антибиотикотерапию, дегидратационную терапию, физиолечение

**1434. ДЛЯ СИМПТОМА ОЗЕНЫ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) зловонный насморк
- Б) пароксизмальное чихание
- В) какосмия
- Г) перемежающаяся заложенность носа

**1435. ДЛЯ ГЕМИСИНУСИТА ХАРАКТЕРНО**

- А) лево- или правостороннее воспаление всех пазух на одноименной стороне
- Б) воспаление всех околоносовых пазух
- В) поражение нескольких околоносовых пазух
- Г) поражение одной околоносовой пазухи

**1436. РАЗЛИТАЯ ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) остром фарингите
- Б) катаральной ангине
- В) лакунарной ангине
- Г) ангине Симановского – Венсана – Плаута

**1437. ДИАГНОЗ «МОНОЦИТАРНАЯ АНГИНА» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- А) крови
- Б) мочи
- В) бактериологического
- Г) цитологического

**1438. НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА МИНДАЛИНАХ ВОЗНИКАЮТ ПРИ**

- А) агранулоцитозе
- Б) фарингите
- В) гриппе
- Г) кори

**1439. БОЛЬНОГО С АНГИНОЙ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТ В ОТДЕЛЕНИЕ**

- А) инфекционное
- Б) оториноларингологическое
- В) терапевтическое
- Г) хирургическое

**1440. РАСПОЛАГАЮЩИЕСЯ В НЕБНЫХ МИНДАЛИНАХ ПОД ЭПИТЕЛИЕМ ЖЕЛТЫЕ «ПРОСЯНЫЕ» ТОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНГИНЫ**

- А) фолликулярной
- Б) лакунарной
- В) дифтеритической
- Г) агранулоцитарной

**1441. АДЕНОИДАМИ НАЗЫВАЕТСЯ ГИПЕРТРОФИЯ МИНДАЛИНЫ**

- А) глоточной
- Б) трубной
- В) язычной
- Г) небной

**1442. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) фарингитом
- Б) ларингитом
- В) тонзиллитом
- Г) ринитом

**1443. К ВУЛЬГАРНЫМ АНГИНАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) фолликулярная
- Б) моноцитарная
- В) агранулоцитарная
- Г) септическая

**1444. НАЛЁТ НА МИНДАЛИНАХ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЗА ЕЁ ПРЕДЕЛЫ ПРИ**

- А) дифтерии глотки
- Б) лакунарной ангине
- В) язвенно-некротической ангине
- Г) катаральной ангине

**1445. ЭРИТЕМАТОЗНУЮ ФОРМУ СИФИЛИСА ГОРТАНИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

- А) катаральным ларингитом
- Б) аллергическим отеком
- В) атрофическим ларингитом
- Г) гиперпластическим ларингитом

**1446. ПРЕДПОСЫЛКОЙ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОГО КРУПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) экссудативный диатез
- Б) пневмония
- В) острый ринит
- Г) ангина

**1447. ПОСТОЯННЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) перфорация барабанной перепонки
- Б) боль в ухе
- В) повышение температуры тела
- Г) нарушение фланговой походки

**1448. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ИЗ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА БУДЕТ**

- А) контактный
- Б) лимфогенный
- В) гематогенный
- Г) лабиринтный

**1449. СИМПТОМ КЕРНИГА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) менингите
- Б) лабиринтите
- В) арахноидите
- Г) сифилисе

**1450. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОЗЕ «РУЖЕЙНОГО КУРКА» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) менингите
- Б) отосклерозе
- В) лабиринтите
- Г) аэроотите

**1451. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ РАВНОВЕСНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА НЕОБХОДИМО РЕГУЛЯРНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ ПЕРИОДОВ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ**

- А) 5
- Б) 2
- В) 10
- Г) 12

**1452. ПРИ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ, ВЫЗВАННОМ STAPHYLOCOCCUS AUREUS И BACTEROIDES FRAGILIS, ПОКАЗАН**

- А) Моксифлоксацин
- Б) Оксациллин
- В) Цефазолин
- Г) Ко-тримаксозол

**1453. ПРИ «ДИАРЕЕ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ» У БОЛЬНОГО С АЛЛЕРГИЕЙ К ФТОРХИНОЛОНАМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ**

- А) Рифаксимин
- Б) Левомицетин
- В) Тетрациклин
- Г) Метронидазол

**1454. ПРОТИВОВИРУСНЫМ СРЕДСТВОМ, АКТИВНЫМ В  
ОТНОШЕНИИ ШТАММОВ ГРИППА А, В, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Озельтамивир

Б) Ремантадин

В) Ламивудин

Г) Интерферон

**1455. БЕТА-ИНТЕРФЕРОНЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ**

А) рассеянном склерозе

Б) гепатите С

В) инфекционном мононуклеозе

Г) опоясывающем герпесе

**1456. ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
КАНДИДОЗОВ ПРИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, ОБЛАДАЮЩИМ ВЫСОКОЙ  
БИОДОСТУПНОСТЬЮ И БОЛЬШИМ ПЕРИОДОМ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ,  
ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Флуконазол

Б) Клотrimазол

В) Амфотерицин В

Г) Нистатин

**1457. АМОКСИЦИЛЛИН ВНУТРЬ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ  
ИНФЕКЦИИ**

А) не показан

Б) показан всегда

В) показан в сочетании с Фталазолом

Г) показан в сочетании с Лоперамидом

**1458. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ**

- А) Ганцикловир
- Б) Валганцикловир
- В) Ацикловир
- Г) Рибавирин

**1459. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ПРИ MRSA (МЕТИЦИЛЛИН РЕЗИСТЕНТНЫЙ СТАФИЛОКОКК ЗОЛОТИСТЫЙ) ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Ванкомицин
- Б) Оксациллин
- В) Цефазолин
- Г) Меропенем

**1460. НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Ко-тримаксозол
- Б) Метронидазол
- В) Эртапенем
- Г) Цефтриаксон

**1461. АНТАБУСОПОДОБНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ**

- А) Метронидазол
- Б) Ко-тримаксозол
- В) Фуразолидон
- Г) Левомицетин

**1462. АНТИАГРЕГАЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ БЛОКИРУЕТ**

- А) Ибупрофен
- Б) Кеторолак
- В) Диклофенак
- Г) Метамизол

**1463. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛИЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кандидоз полости рта и глотки
- Б) остеопороз
- В) гиперкортицизм
- Г) артериальная гипертензия

**1464. ПРИ СОЧЕТАНИИ ТЕОФИЛЛИНА С ЦИПРОФЛОКСАЦИНОМ КОНЦЕНТРАЦИЯ ТЕОФИЛЛИНА В КРОВИ**

- А) повышается в 5 раз
- Б) снижается в 3 раза
- В) не изменяется
- Г) повышается незначительно

**1465. СРЕДИ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИВНЫХ РЕЦЕПТОРОВ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИМЕЕТ**

- А) Кандесартан
- Б) Телмисартан
- В) Валсартан
- Г) Лозартан

**1466. НИТРАТЫ НЕЛЬЗЯ СОЧЕТАТЬ С**

- А) Силденафилом
- Б) Амлодипином
- В) бета-адреноблокаторами
- Г) Верапамилом

**1467. АНТИКОАГУЛЯНТОМ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ, НЕ ТРЕБУЮЩИМ МОНИТОРИРОВАНИЯ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, НАЗНАЧАЕМЫМ ВНУТРЬ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Ривароксабан
- Б) Гепарин
- В) Варфарин
- Г) Бивалирудин

**1468. ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ ЖИЗНИ ВАРФАРИНОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ КРОМЕ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ**

- А) Витамин К
- Б) Кальция хлорид
- В) Аминокапроновую кислоту
- Г) Этамзилат

**1469. ПРИ КОМБИНАЦИИ ВАРФАРИНА И МЕТРОНИДАЗОЛА**

- А) повышается международное нормализованное отношение
- Б) коагуляция не изменяется
- В) повышается риск тромбозов
- Г) снижается гепатотоксичность

**1470. ПРЕПАРАТОМ-АНТАГОНИСТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВАРФАРИНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Витамин К
- Б) Сулодексид
- В) Протамин
- Г) Кальция хлорид

**1471. ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И  
НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-  
ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ**

- А) Инфликсимаб
- Б) Циклофосфамид
- В) Бозентан
- Г) Абциксимаб

**1472. ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Целекоксиб
- Б) Нимесулид
- В) Мелоксикам
- Г) Пироксикам

**1473. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ  
НПВС-ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- А) Омепразол
- Б) Алгедрат+Магния гидроксид
- В) Метилурацил
- Г) Сукралфат

**1474. ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ  
СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО**

- А) Лактулоза
- Б) Адеметионин
- В) Орнитин
- Г) Эссенциале

**1475. НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО СГРУППИРОВАННЫХ ПУЗЫРЬКОВ НА ЭРИТЕМАТОЗНОМ ФОНЕ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО ХОДУ МЕЖРЕБЕРНЫХ НЕРВОВ, И СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ЛИШАЕ**

- А) опоясывающим
- Б) простом пузырьковом
- В) чешуйчатом
- Г) разноцветном

**1476. НАЛИЧИЕ ПАПУЛО-ВЕЗИКУЛЕЗНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО ПАРНО, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ НА ВНУТРЕННИХ ПОВЕРХНОСТИХ БЕДЕР, ГЕНИТАЛИЯХ, НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЗУДОМ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НОЧЬЮ, УКАЗЫВАЕТ НА**

- А) чесотку
- Б) кожный зуд
- В) вшивость
- Г) почесуху взрослых

**1477. РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИФИЛИСЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА СПУСТЯ (ДЕНЬ)**

- А) 5-8
- Б) 1-2
- В) 3-5
- Г) 8-12

**1478. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) грамотрицательный диплококк
- Б) грамположительный диплококк
- В) стрептококк
- Г) коринебактерия

**1479. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ**

- А) половым
- Б) природно-очаговым
- В) воздушно-капельным
- Г) трансмиссивным

**1480. К АТИПИЧНОЙ ФОРМЕ ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ ОТНОСЯТ**

- А) шанкр-панариций
- Б) широкие кондиломы
- В) гнойнички
- Г) ботриомикому

**1481. ТОКСИКОДЕРМИЮ ВЫЗЫВАЮТ ФАКТОРЫ**

- А) лекарственные
- Б) механические
- В) лучевые
- Г) термические

**1482. МОКРОТА ПРИ ЛЕГОЧНОМ АМЕБИАЗЕ**

- А) «шоколадная»
- Б) скудная, с примесью крови, слизи
- В) обильная, пенистая, кровянистая
- Г) имеет вид «вишневого желе»

**1483. ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ В КРОВИ ИМЕЮТ МЕСТО**

- А) лейкопения, нейтропения, лимфомоцитоз
- Б) лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопения
- В) лейкоцитоз, эозинофилия
- Г) лейкопения, анэозинофилия

**1484. СЫПЬ НА КОЖЕ БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА \_\_\_\_\_ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ**

А) 8–10

Б) 2–3

В) 11–15

Г) 16–20

**1485. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯЗЫК СТАНОВИТСЯ**

А) «фулигинозным»

Б) «географическим»

В) «меловым»

Г) «малиновым»

**1486. МАРКЕРОМ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ**

А) HBsAg

Б) anti-HBs IgG

В) anti-HBcor IgG

Г) anti-HBe IgG

**1487. ПРИ НЕОСЛОЖНЕНОМ ГРИППЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ИМЕЕТ МЕСТО**

А) лейкопения, относительный лимфоцитоз

Б) лейкоцитоз, нейтрофилез

В) лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

Г) лейкоцитоз, моноцитоз

**1488. КАЛ ПРИ ХОЛЕРЕ ИМЕЕТ ВИД**

А) «рисового отвара»

Б) «малинового желе»

В) «болотной тины»

Г) «ректального плевка»

**1489. СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммуноферментный анализ
- Б) реакция агглютинации Видаля
- В) реакция Пауля – Буннеля
- Г) реакция связывания комплемента

**1490. СИБИРЕЯЗВЕННЫЙ КАРБУНКУЛ ИМЕЕТ ВИД**

- А) черного струпа, окруженного венчиком гиперемии, без болевой чувствительности
- Б) коричневого налета со звездчатыми краями и резкой болезненностью
- В) желто-коричневой корочки с умеренной болезненностью
- Г) везикулы на участке гиперемии кожи с выраженной болезненностью

**1491. ПРИ ТРИХИНЕЛЛЕЗЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ИМЕЕТ МЕСТО**

- А) эозинофилия
- Б) относительный лимфоцитоз
- В) нейтрофилез
- Г) анемия

**1492. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Доксициклин
- Б) Кларитромицин
- В) Амфотерицин В
- Г) Амикацин

**1493. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Бензилпенициллин
- Б) Ципрофлоксацин
- В) Азитромицин
- Г) Канамицин

**1494. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ**

- А) дезинтоксикационная
- Б) регидратационная
- В) дегидратационная
- Г) десенсибилизирующая

**1495. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ БОТУЛИЗМА НАЧИНАЮТ С**

- А) дезинтоксикационной терапии
- Б) дегидратационной терапии
- В) антибиотикотерапии
- Г) оральной регидратации

**1496. МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СХЕМАХ ВААРТ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 3
- Б) 4
- В) 2
- Г) 5

**1497. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Ацикловир
- Б) Азитромицин
- В) Осельтамивир
- Г) Ремантадин

**1498. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) фторхинолоны
- Б) цефалоспорины 1 поколения
- В) сульфаниламиды
- Г) пенициллины

**1499. ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ЦИРКУЛИРУЮЩЕГО СТОЛБНЯЧНОГО ЭКЗОТОКСИНА ПРОВОДЯТ**

- А) введение противостолбнячной сыворотки
- Б) плазмаферез
- В) гемосорбцию
- Г) вакцинацию против столбняка

**1500. ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ**

- А) крайне тяжелой, тяжелой, средней степени тяжести, легкой
- Б) тяжелой, средней степени тяжести, легкой, незначительной
- В) тяжелой, средней степени тяжести, незначительной
- Г) крайне тяжелой, тяжелой, средней степени тяжести, легкой, незначительной

**1501. ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ НАСТУПАЕТ ОТ**

- А) остановки дыхания и сердечной деятельности
- Б) удушья
- В) серой гипоксии
- Г) присоединения вторичной инфекции

**1502. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЭТИЛЕНГЛИКОЛОМ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) олигоурия (анурия)
- Б) снижение остроты зрения (вплоть до слепоты)
- В) токсический гепатит
- Г) острый делириозный психоз

**1503. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ**

- А) реактивные психозы и острые невротические реакции
- Б) фрустрации
- В) маниакально-депрессивный синдром
- Г) шизофрению

**1504. ДЕЙСТВИЕМ КАКИХ ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА  
ОБУСЛОВЛЕНО ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАНОЛА?**

- А) формальдегида
- Б) триэтилсвинца
- В) щавелевой кислоты
- Г) хлорэтанола

**1505. ДЕЙСТВИЕМ КАКИХ ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА  
ОБУСЛОВЛЕНО ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ?**

- А) щавелевой кислоты
- Б) формальдегида
- В) хлорацетальдегида
- Г) тетраэтилсвинца

**1506. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ  
ОТРАВЛЕНИИ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) нефротоксическим синдромом
- Б) нефротическим синдромом
- В) мочевым синдромом
- Г) транзиторной токсической реакцией

**1507. АНТИДОТАМИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКСИДОМ УГЛЕРОДА  
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) кислород, Ацизол
- Б) Спирт этиловый, Антициан
- В) Атропина сульфат, Преднизолон
- Г) противодымная смесь, карбоген

**1508. ДО ОСВОБОЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ОТ СДАВЛЕНИЯ  
СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ**

- А) обезболивание, наложение жгута, дать щелочное питье
- Б) тугое бинтование, согревание конечности, дать щелочное питье
- В) обезболивание, наложение жгута, согревание конечности Г)  
обезболивание, тугое бинтование, согревание конечности

**1509. ЭТАНОЛ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ  
ОТРАВЛЕНИИ**

- А) метанолом
- Б) фосгеном
- В) тетраэтилсвинцом
- Г) гидразином

**1510. В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВ ОБЩЕЙ ЭКСТРЕННОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ИСПОЛЬЗУЮТ  
АНТИБИОТИКИ**

- А) Доксициклин, Рифампицин, Тетрациклин
- Б) Пенициллин, Тетрациклин
- В) Тетрациклин, Стрептомицин, Левомицетин
- Г) Эритромицин, Гентамицин, Рифампицин

**1511. В КАЧЕСТВЕ АНТИДОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЦИАНИДАМИ  
ПРИМЕНЯЮТ**

- А) метгемоглобинобразователи
- Б) холинолитики
- В) анальгетики
- Г) реактиваторы ацетилхолинэстеразы

**1512. ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ОТ СДАВЛЕНИЯ  
СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ**

- А) обезболивание, тугое бинтование, иммобилизацию, дать щелочное питье
- Б) обезболивание, наложение жгута, согревание конечности, дать щелочное питье
- В) тугое бинтование, согревание конечности, дать слабокислое питье
- Г) наложение жгута, введение сосудорасширяющих препаратов, согревание конечности, дать слабокислое питье

**1513. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

- А) сохранения и укрепления здоровья населения, а также профилактики инфекционных болезней и ликвидации эпидемических очагов
- Б) недопущения распространения инфекционных болезней
- В) своевременного оказания населению медицинской помощи
- Г) предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди населения

**1514. ПОНЯТИЕ «КАРАНТИН» ВКЛЮЧАЕТ**

- А) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага
- Б) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
- В) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
- Г) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

**1515. ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ НАПРАВЛЕНО НА**

- А) предупреждение распространения инфекций
- Б) профилактику осложнений инфекционных заболеваний
- В) выдачу рекомендаций по обеззараживанию продовольствия и воды
- Г) усиление санитарно-просветительной работы

**1516. ОБСЕРВАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В РАЙОНАХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ С**

- А) неблагополучным или чрезвычайным санитарно-эпидемическим состоянием
- Б) неустойчивым санитарно-эпидемическим состоянием В) чрезвычайным санитарно-эпидемическим состоянием Г) появлением групповых неконтагиозных заболеваний

**1517. ЕСЛИ ПОЯВИЛИСЬ ГРУППОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИМЕЮТСЯ ЕДИНИЧНЫЕ СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСОБО ОПАСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ТО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАЙОНА ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК**

- А) неблагополучное
- Б) неустойчивое
- В) чрезвычайное
- Г) неудовлетворительное

**1518. РАСПОРЯЖЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЫДАЕТ**

- А) санитарно-противоэпидемическая комиссия
- Б) главный врач санэпидстанции
- В) главный врач инфекционной больницы
- Г) эпидемиолог

**1519. ОБСЕРВАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней
- Б) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага
- В) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
- Г) изоляцию инфекционных больных

**1520. РЕЖИМ КАРАНТИНА ВВОДИТСЯ**

- А) на срок максимального инкубационного периода соответствующего инфекционного заболевания с момента изоляции последнего больного
- Б) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения
- В) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания
- Г) на срок одного инкубационного периода инфекционного заболевания

**1521. САНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПОДЛЕЖИТ ПРОДОВОЛЬСТВИЕ**

- А) подозрительное на заражение и продовольствие после его обеззараживания
- Б) подозрительное на заражение
- В) после обеззараживания
- Г) индивидуальных запасов

**1522. КОНТРОЛЬ ЗА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕМ ВОДЫ И ПРОДОВОЛЬСТВИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СЛУЖБА**

- А) медицинская
- Б) инженерная
- В) химическая
- Г) продовольственная

**1523. РЕЖИМ ОБСЕРВАЦИИ ВВОДИТСЯ**

- А) на срок максимального инкубационного периода соответствующего инфекционного заболевания с момента изоляции последнего больного
- Б) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания
- В) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения
- Г) на срок одного инкубационного периода инфекционного заболевания

**1524. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) глюкозы крови
- Б) глюкозы мочи
- В) инсулина крови
- Г) кетоновых тел крови

**1525. ВЕС БЕЗВОДНОЙ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (Г)**

- А) 75
- Б) 100
- В) 50
- Г) 125

**1526. УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- А) 6,5
- Б) 5,5
- В) 5,0
- Г) 6,0

**1527. ПАЦИЕНТУ 50 ЛЕТ С ОЖИРЕНИЕМ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК 8,0 ММОЛЬ/Л НЕОБХОДИМО В БЛИЖАЙШИЕ ДНИ ПРОВЕСТИ**

- А) повторное определение глюкозы плазмы
- натощак Б) глюкозо-толерантный тест В)
- определение глюкозы в моче Г) определение инсулина в крови

**1528. ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА**

- А) понижен
- Б) повышен
- В) не изменяется
- Г) зависит от возраста пациента

**1529. ПОЯВЛЕНИЕ У ЮНОШИ 18 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЖАЖДЫ, ПОЛИУРИИ, ОБЩЕЙ СЛАБОСТИ, ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ДО 16 ММОЛЬ/Л, НАЛИЧИЯ АЦЕТОНА В МОЧЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- А) сахарном диабете 1 типа
- Б) сахарном диабете 2 типа
- В) сахарном диабете вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы
- Г) MODY-диабете

**1530. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ НАТОЩАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 7,0
- Б) 6,0
- В) 6,5
- Г) 6,1

**1531. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ЖЕНЩИНЫ 55 ЛЕТ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА 38,0 ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК 11,5 ММОЛЬ/Л НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ**

- А) «сахарный диабет 2 типа»
- Б) «сахарный диабет 1 типа»
- В) «сахарный диабет вследствие болезни экзокринной части поджелудочной железы»
- Г) «латентный аутоиммунный диабет взрослых (LADA)»

**1532. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) трийодтиронина и тироксина крови
- Б) холестерина крови
- В) антител к тиреоидной пероксидазе
- Г) пролактина

**1533. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ХАРАКТЕРНО**

- А) развитие фибрилляции предсердий
- Б) снижение периферического сопротивления сосудов
- В) наличие стойкой брадикардии
- Г) наличие стойкой гипотензии

**1534. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, БАГРОВЫЕ ПОЛОСЫ РАСТЯЖЕНИЯ (СТРИИ) НА КОЖЕ ЖИВОТА У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ СО ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АДRENOKORTIKOTROPНОГО ГОРМОНА ПЛАЗМЫ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) болезни Иценко-Кушинга
- Б) хронической надпочечниковой недостаточности
- В) алиментарного ожирения
- Г) сахарного диабета

**1535. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ «СТЕРОИДНОГО ДИАБЕТА» У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) активация глюконеогенеза в печени
- Б) стимуляция липолиза
- В) катаболизм белка в скелетной мускулатуре
- Г) аутоиммунное разрушение бета-клеток

**1536. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ОТСУТСТВИИ БЕЛКА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ ПОКАЗАНО**

- А) сразу при постановке диагноза
- Б) через 1 год от момента постановки диагноза В)
- через 3 года от момента постановки диагноза Г)
- через 5 лет от момента постановки диагноза

**1537. ДЛЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО**

- А) наличие микроаневризм
- Б) снижение остроты зрения
- В) наличие неоваскуляризации
- Г) наличие сосудистых аномалий (извитость, четкообразность сосудов)

**1538. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) брадикардия
- Б) кахексия
- В) тахикардия
- Г) трепетание

**1539. ДЛЯ II СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (КГ/М<sup>2</sup>)**

- А) 35,0-39,9
- Б) 30,0-34,9
- В) 25,0-29,9
- Г) 20,0-24,9

**1540. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) уровня ТТГ
- Б) уровня антител к тиреоидной пероксидазе
- В) экскреции йода с мочой
- Г) уровня пролактина

**1541. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипотензия
- Б) гипергликемия
- В) ожирение
- Г) гипертензия

**1542. ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- А) коллапса
- Б) артериальной гипертензии
- В) гипергликемии
- Г) отеков

**1543. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА**

- А) аденома гипофиза, секретирующая адренокортикотропный гормон
- Б) опухоль надпочечников, секретирующая кортизол
- В) недостаточная секреция адренокортикотропного гормона гипофизом
- Г) аденома гипофиза, секретирующая соматотропный гормон

**1544. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛУЖИТ**

- А) снижение секреции адренокортикотропного гормона гипофизом
- Б) аутоиммунное поражение надпочечников
- В) избыточная секреция кортизола надпочечниками
- Г) недостаточная секреция альдостерона надпочечниками

**1545. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ А)**

- низкий уровень натрия Б)
- низкий уровень калия В)
- высокий уровень натрия Г)
- высокий уровень глюкозы

**1546. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ПРОВОДЯТ**

- А) малую дексаметазоновую пробу
- Б) большую дексаметазоновую пробу
- В) оральный глюкозо-толерантный тест
- Г) тест с аналогом адренокортикотропного гормона

**1547. ДЛЯ АКРОМЕГАЛИИ ХАРАКТЕРНО**

- А) увеличение размеров кистей и стоп
- Б) значительное снижение массы тела
- В) увеличение линейного роста
- Г) сухость кожных покровов

**1548. ПРИ АКТИВНОЙ АКРОМЕГАЛИИ В ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

- А) соматотропного гормона и инсулиноподобного фактора роста-1
- Б) кортизола
- В) адренокортикотропного гормона
- Г) тиреотропного гормона

**1549. В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ИСПЛЬЗУЮТ**

- А) пероральный глюкозо-толерантный тест с определением соматотропного гормона
- Б) малую дексаметазоновую пробу
- В) большую дексаметазоновую пробу
- Г) тест с аналогом адренокортикотропного гормона

**1550. УРОВНEM ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 11,1
- Б) 11,0
- В) 10,0
- Г) 9,0

**1551. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ПЕРВОГО ТИПА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ**

- А) инсулином
- Б) сахароснижающими препаратами группы сульфаниламидов
- В) сахароснижающими препаратами группы бигуанидов
- Г) голоданием

**1552. ЛЕЧЕНИЕ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ НАЧИНАЮТ С ВВЕДЕНИЯ**

- А) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- Б) больших доз бикарбоната натрия
- В) преднизолона
- Г) норадреналина

**1553. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ПОДЪЕМОМ ТЕМПЕРАТУРЫ, СЛЕДУЕТ**

- А) увеличить получаемую суточную дозу инсулина
- Б) применить пероральные сахароснижающие средства
- В) уменьшить суточную дозу инсулина
- Г) отменить инсулин

**1554. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТФОРМИНА ПАЦИЕНТУ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫРАЖЕННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВОЗРАСТАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ**

- А) лактоацидоза
- Б) кетоацидоза
- В) гипогликемии
- Г) агранулоцитоза

**1555. В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЦИОНАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, УГЛЕВОДОВ И ЖИРОВ СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- А) 16, 60, 24
- Б) 45, 20, 35
- В) 5, 85, 10
- Г) 65, 30, 5

**1556. В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В НЕОГРАНИЧЕННОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОГУТ**

- ПРИСУТСТВОВАТЬ**
- А) помидоры, огурцы, листья салата
  - Б) картофель, хлеб
  - В) любые фрукты
  - Г) молоко и молочные продукты

**1557. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТИАМАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) агранулоцитоз
- Б) беременность
- В) старческий возраст
- Г) гиповолемия

**1558. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Гидрокортизон
- Б) Инсулин
- В) 0,9% раствор Натрия хлорида
- Г) Мезатон

**1559. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА ИНСУЛИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ЧАСА ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (ЕД/ЧАС НА КГ МАССЫ ТЕЛА)**

- А) 0,15
- Б) 2
- В) 25
- Г) 0,05

**1560. ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ**

- А) 40% раствора глюкозы
- Б) 5% раствора глюкозы
- В) 0,9% раствора натрия хлорида
- Г) препаратов калия

**1561. ПРИ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Метформин
- Б) Инсулин
- В) производные сульфонилмочевины
- Г) ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа

**1562. ПОКАЗАТЕЛЕМ, НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНО ОТРАЖАЮЩИМ СТЕПЕНЬ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гликозилированный гемоглобин
- Б) гликемия натощак
- В) постпрандиальная гликемия
- Г) глюкозурия

**1563. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ВЫБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) возраст и наличие макрососудистых осложнений сахарного диабета
- Б) гликемия натощак
- В) постпрандиальная гликемия
- Г) масса тела пациента

**1564. ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ПО ДАННЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОТНОСИТЕЛЬНО ХОРОШЕМ САМОЧУВСТВИИ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) направление на консультацию гематолога
- Б) госпитализация в терапевтическое отделение
- В) обследование в поликлинике по месту жительства
- Г) госпитализация в онкологическое отделение

**1565. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КРУПНЫХ БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кашель с мокротой
- Б) кашель без выделения мокроты
- В) одышка инспираторного характера
- Г) повышение температуры тела

**1566. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МЕЛКИХ БРОНХОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) одышка
- Б) кашель с мокротой
- В) повышение температуры тела
- Г) кашель без выделения мокроты

**1567. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОСПАЗМА С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФИИ, ПНЕВМОТАХОГРАФИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРОБУ С ИНГАЛЯЦИЕЙ**

- А)  $\beta_2$ -адреностимулятора
- Б) глюкокортикоидов
- В) смеси кислорода и оксида азота
- Г)  $\alpha_2$ -адреностимулятора

**1568. ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) острого пиелонефрита
- Б) острого цистита
- В) амилоидоза почек
- Г) острого гломерулонефрита

**1569. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ**

- А) кистей
- Б) коленные
- В) крестцово-подвздошные
- Г) позвоночные

**1570. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМУСЯ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОсят**

- А) HLA-B27
- Б) ревматоидный фактор
- В) антинейтрофильные антитела
- Г) антимитохондриальные антитела

**1571. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ 52-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ (ЛИЦО СИММЕТРИЧНО, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НЕТ, ПУЛЬС 40 В МИНУТУ, АД 160/60 ММ РТ.СТ.) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полная A-V блокада
- Б) отек мозга
- В) ангиоспастическая энцефалопатия
- Г) гипогликемия

**1572. ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) сахарного диабета
- Б) хронического нефрита
- В) пиелонефрита
- Г) несахарного диабета

**1573. ПРАВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА  
ОБРАЗОВАНА**

- А) правым предсердием
- Б) правым желудочком
- В) левым желудочком
- Г) ушком левого предсердия и conus pulmonalis

**1574. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ ПРОБЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уменьшение венозного возврата
- Б) снижение общего периферического сопротивления сосудов
- В) уменьшение объема циркулирующей крови
- Г) увеличение ударного объема

**1575. ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА  
ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) запаздывание каротидной пульсации
- Б) дующий диастолический шум в точке Боткина – Эрба
- В) громкий аортальный компонент II тона
- Г) высокое систолическое давление

**1576. УСИЛЕНИЕ II ТОНА НА АОРТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) эссенциальной гипертензии
- Б) легочной гипертензии
- В) митральном стенозе
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**1577. ПРИСТУПЫ БРОНХОСПАЗМА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ**

- А) Пропранолол
- Б) Симвастатин
- В) Каптоприл
- Г) Ацетилсалициловая кислота

**1578. ПРИ ЭКСУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ,  
ДИАГНОСТИРОВАННОМ НА ДОМУ, ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) немедленная госпитализация
- Б) госпитализация в порядке очередности
- В) амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость
- Г) лечение на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами

**1579. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА ПРОВОДИТСЯ**

- А) вне стационара
- Б) в стационаре
- В) сначала вне стационара, затем в стационаре
- Г) сначала в стационаре, затем вне стационара

**1580. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ХОБЛ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ**

- А) непрерывно
- Б) в период обострения заболевания
- В) в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов весной и осенью
- Г) в виде профилактических курсов весной и осенью

**1581. 41-ЛЕТНЕЙ ЖЕНЩИНЕ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И  
ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ  
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ, НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- А) снизить вес
- Б) ограничить физическую активность
- В) пить 3 литра воды ежедневно
- Г) ограничить белки в диете

**1582. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ С МОМЕНТА ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГОД)**

А) 5

Б) 1

В) 3

Г) 2

**1583. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) инфекция

Б) переохлаждение

В) курение

Г) вдыхание раздражающих газов и аэрозолей

**1584. У ЛИЦ СТАРШЕ 40 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) курение

Б) повторная вирусно-бактериальная инфекция

В) воздействие промышленных газов и аэрозолей

Г) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей

**1585. БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА (АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ) ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ**

А) молодых мужчин

Б) женщин после климакса

В) пожилых мужчин

Г) молодых девушек

**1586. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНОГО РАКОМ  
ЛЕГКОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) синдромом Мари - Бамбергера
- Б) дерматозом Базена
- В) гирсутизмом, гинекомастией
- Г) синдромом Трусско

**1587. ПОПУЛЯЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ**

- А) формирование здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий
- Б) своевременное выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
- В) предупреждение прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
- Г) разделение населения на группы в зависимости от возраста

**1588. СТРАТЕГИЯ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
- Б) формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий
- В) предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
- Г) разделение населения на группы в зависимости от возраста

**1589. СТРАТЕГИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
- Б) разделении населения на группы в зависимости от возраста
- В) своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
- Г) формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий

**1590. НАУЧНОЙ ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЦЕПЦИЯ**

- А) факторов риска
- Б) здорового образа жизни
- В) борьбы с вредными привычками
- Г) индивидуальной профилактики

**1591. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ФОРМИРУЮТ**

- А) 3 группы
- Б) 1 группу
- В) 2 группы
- Г) 4 группы

**1592. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ**

- А) врач-терапевт участковый
- Б) врач отделения медицинской профилактики
- В) врач дневного стационара
- Г) врач-кардиолог поликлиники

**1593. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ (МИН.)**

- А) 10
- Б) 30
- В) 60
- Г) 5

**1594. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- А) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
- Б) учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ
- В) городскими учреждениями медико-социальной экспертизы Г)
- фондами ОМС

**1595. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА**

- A) 2 года
- Б) 1 год
- В) 3 года
- Г) бессрочно

**1596. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА**

- A) 1 год
- Б) 3 года
- В) бессрочно
- Г) 2 года

**1597. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ В**

- A) процентах
- Б)олях от целого
- В) десятичныхолях
- Г) субъективных характеристиках

**1598. ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИНЫ 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО 7 ЛЕТ НАЗАД РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА (В МАЗКЕ КРОВИ МАКРОЦИТОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- A) цианкобаламина
- Б) железа
- В) эритропоэтина
- Г) пиридоксина

**1599. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) снижение частоты рецидивов
- Б) уменьшение выраженности болевого синдрома
- В) ускорение рубцевания язвы
- Г) уменьшение риска прободения язвы

**1600. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОСТУПЛЕНИЯ С ПИЩЕЙ ВИТАМИНА В12 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В12 РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ**

- A) 4-5 лет
- Б) 3-4 месяца
- В) 5-8 месяцев
- Г) 9-12 месяцев

**1601. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ПОРАЖАЮТСЯ**

- A) печень и мозг
- Б) сердце и почки
- В) почки и легкие
- Г) печень и почки

**1602. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) гемофильная палочка
- Б) пневмококк
- В) стафилококк
- Г) микоплазма

**1603. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) эластометрия
- Б) ультразвуковое исследование
- В) рентгенография
- Г) ирригоскопия

**1604. НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЮТ**

- А) повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина
- Б) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
- В) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена Г)
- повышение амилазы, общего белка, креатинина

**1605. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кожный зуд
- Б) спленомегалия
- В) асцит
- Г) гепатомегалия

**1606. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ**

- А) функциональные расстройства
- Б) органические изменения
- В) наследственные нарушения
- Г) аномалии развития кишечника

**1607. ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ФОРМИРОВАНИЮ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) перенесённая кишечная инфекция
- Б) молоко
- В) употребление продуктов богатых клетчаткой
- Г) дислипидемия

**1608. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА» ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) наличии крови в кале
- Б) стуле чаще 3 раз в неделю
- В) чувстве неполного опорожнения
- кишечника Г) стуле реже 3 раз в неделю

**1609. УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ I СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 150/95
- Б) 160/100
- В) 150/100
- Г) 160/95

**1610. УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)**

А) 170/100

Б) 180/90

В) 180/95

Г) 160/110

**1611. УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ III СТЕПЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММ РТ.СТ.)**

А) 170/115

Б) 175/105

В) 165/95

Г) 170/100

**1612. УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕГУЛИРУЮТ ФАКТОРЫ**

А) тканевые

Б) психосоциальные

В) генетические

Г) интоксикационные

**1613. ГУМОРАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТОНУС СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) эндотелин

Б) адреналин

В) адренокортикотропин

Г) оксид азота

**1614. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) повышение тонуса артериол

Б) увеличение сердечного выброса

В) снижение эластичности стенки аорты

Г) увеличение эластичности стенки аорты

**1615. ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО**

- А) повышение сердечного выброса
- Б) снижение сердечного выброса
- В) снижение общего периферического сопротивления
- Г) увеличение центрального венозного давления

**1616. УРОВНЕМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 1,7
- Б) 1,2
- В) 1,0
- Г) 0,7

**1617. КРАТНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОДНОМ ВИЗИТЕ К ВРАЧУ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 2
- Б) 1
- В) 3
- Г) 4

**1618. ПЕРЕД ИЗМЕРЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЬ КУРЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)**

- А) 0,5
- Б) 2,5
- В) 1,5
- Г) 2

**1619. К АССОЦИИРОВАННОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) расслаивающая аневризма аорты
- Б) аортальный стеноз
- В) аортальная недостаточность
- Г) триkuspidальная недостаточность

**1620. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 140/90
- Б) 130/80
- В) 135/85
- Г) 145/90

**1621. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, УСТАНАВЛИВАЮЩИМ НАЛИЧИЕ И ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) оценка состояния глазного дна
- Б) суточная экскреция с мочой кортизола
- В) содержание альдостерона в крови
- Г) суточная экскреция адреналина

**1622. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗУБЕЦ**

- А) RV5,V6>RV4
- Б) RV4>RV5, V6
- В) S1>R1
- Г) RIII>RI

**1623. БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСOKИМ И ОЧЕНЬ ВЫСOKИМ РИСКОМ СЧИТАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА**

- А) метаболического
- Б) астено-вегетативного
- В) диспептического
- Г) постхолецистэктомического

**1624. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА**

- А) повышением секреции катехоламинов
- Б) повышением секреции ренина
- В) избыточной секрецией минералокортикоидов
- Г) повышением образования ангиотензина

**1625. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) активация ренин-ангиотензиновой системы
- Б) избыточная секреция минералокортикоидов
- В) повышенная секреция катехоламинов Г)
- повышенное образование ангиотензина

**1626. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) 17-оксикортикостероида
- Б) тиреотропина
- В) ренина
- Г) креатинина

**1627. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТАХИКАРДИЯ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА – ПОЛИУРИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) феохромоцитомы
- Б) синдрома Кона
- В) синдрома Иценко-Кушинга
- Г) климактерического синдрома

**1628. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА РАСШИРЕНА ПРИ**

- А) артериальной гипертонии
- Б) митральном стенозе
- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**1629. АКЦЕНТ 2 ТОНА НА АОРТОЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) артериальной гипертонии
- Б) митральном стенозе
- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**1630. УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) митральном стенозе
- Б) митральной недостаточности
- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**1631. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА**

- А) левым желудочком
- Б) левым предсердием
- В) правым предсердием
- Г) правым желудочком

**1632. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ**

- А) акцент 2 тона над аортой
- Б) усиление 1 тона у основания мечевидного отростка
- В) акцент 2 тона над легочной артерией Г)
- ослабление 1 тона на верхушке

**1633. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ БОЛЕЕ \_\_\_\_ % МАССЫ МИОКАРДА**

- А) 40
- Б) 10
- В) 20
- Г) 15

**1634. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фибрилляция желудочков
- Б) атриовентрикулярная тахикардия
- В) электромеханическая диссоциация
- Г) тахисистолическая форма мерцательной аритмии

**1635. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ ХРИПЫ**

- А) влажные
- Б) сухие экспираторные
- В) свистящие бифазные
- Г) сухие высокотональные

**1636. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение
- Б) повышение
- В) сначала снижение, потом повышение
- Г) сначала повышение, потом снижение

**1637. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПОПЕРФУЗИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) олигурия
- Б) полиурия
- В) брадикардия
- Г) гиперемия кожных покровов

**1638. К ИСТИННОМУ КАРДИОГЕННОМУ ШОКУ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ**

- А) трансмуральный инфаркт миокарда
- Б) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- В) фибрилляция предсердий
- Г) суправентрикулярная тахикардия

**1639. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) артериальная гипотония
- Б) брадикардия
- В) полиурия
- Г) артериальная гипертензия

**1640. МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ (МИН.)**

- А) 10
- Б) 20
- В) 30
- Г) 15

**1641. ШИРОКИМ СЧИТАЕТСЯ КОМПЛЕКС QRS БОЛЕЕ (СЕК.)**

- А) 0,12
- Б) 0,10
- В) 0,9
- Г) 0,5

**1642. КОМПЛЕКС QRS ШИРИНОЙ 0,2 СЕК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО ИМПУЛЬС БЫЛ ГЕНЕРИРОВАН В**

- А) желудочках
- Б) предсердиях
- В) синусовом узле
- Г) атриовентрикулярном узле

**1643. КОМПЛЕКС QRS ШИРИНОЙ 0,1 СЕК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО ИМПУЛЬС БЫЛ ГЕНЕРИРОВАН В**

- А) предсердиях
- Б) атриовентрикулярном узле
- В) пучке Гиса
- Г) желудочках

**1644. ДИФФУЗНЫЕ, НЕСИММЕТРИЧНЫЕ, ДВУСТОРОННИЕ ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ (СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) респираторного дистресс-синдрома взрослых
- Б) кардиогенного отека легких
- В) пневмонии
- Г) ателектаза

**1645. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СО2 СОСТАВЛЯЕТ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 35-45
- Б) 45-55
- В) 20-35
- Г) 50-60

**1646. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) абсолютная гиповолемия
- Б) относительная гиповолемия
- В) повышение сосудистого сопротивления
- Г) снижение сократительной способности миокарда

**1647. ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КРОВОТОК В СОСУДАХ**

- А) коронарных
- Б) почечных
- В) периферических
- Г) легочных

**1648. НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) прокальцитонина
- Б) интерлейкина
- В) фибриногена
- Г) липосахарида

**1649. ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ**

- А) мутации клетки-предшественницы лимфо-или миелопоэза
- Б) нарушений эндокринной системы
- В) патологии нервной системы
- Г) изменений обмена веществ

**1650. ИЗ ВСЕХ ВАРИАНТОВ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЕТСЯ**

- А) менингоэнцефалитический синдром
- Б) поражение периферических нервов
- В) псевдотуморозный вариант
- Г) поражение черепно-мозговых нервов

**1651. ДЛЯ ДОСТОВЕРНОГО ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА  
УВЕЛИЧЕНИЕ БЛАСТОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- A) 20
- Б) 10
- В) 15
- Г) 5

**1652. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ ХАРАКТЕРЕН \_\_\_\_\_ ТИП  
КРОВОТОЧИВОСТИ**

- A) гематомный
- Б) пятнисто-петехиальный
- В) васкулитно-пурпурный
- Г) смешанный

**1653. ВОЗНИКНОВЕНИЕ СИНДРОМА ДИССЕМИНИРОВАННОГО  
ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ  
ОСТРОГО \_\_\_\_\_ ЛЕЙКОЗА**

- A) промиелоцитарного
- Б) лимфобластного
- В) моноblastного
- Г) эритробластного

**1654. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-  
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ  
КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)**

- A) 5
- Б) 2
- В) 10
- Г) 20

**1655. КРИТЕРИЕМ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В ЛИКВОРЕ ЦИТОЗА ЗА СЧЕТ**

- А) бластоза
- Б) эритроцитоза
- В) нейтрофилеза
- Г) моноцитов

**1656. ДЛЯ ОСТРОГО МОНОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ПО ДАННЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНА**

- А) резко положительная реакция на альфа-нафтилацетатэстеразу
- Б) выраженная реакция на гликоген
- В) положительная реакция на миелопероксидазу и липиды
- Г) отрицательная реакция на альфа-ацетатнафтилацетатэстеразу

**1657. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОСТРОМ \_\_\_\_\_ ЛЕЙКОЗЕ**

- А) лимфобластном
- Б) миелобластном
- В) промиелоцитарном
- Г) мегакариобластном

**1658. РЕЗИСТЕНТНАЯ ФОРМА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ \_\_\_\_\_ СТАНДАРТНЫХ КУРСОВ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**

- А) двух
- Б) одного
- В) трех
- Г) четырех

**1659. ДЛЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЦИТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ВЫРАЖЕННАЯ РЕАКЦИЯ НА \_\_\_\_\_ В ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКЕ**

- А) гликоген в гранулярной форме
- Б) альфа-нафтилацетатэстеразу
- В) миелопероксидазу
- Г) гликоген в диффузной форме

**1660. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ СВЯЗАНА С**

- А) массивной трансфузионной нагрузкой препаратами крови
- Б) глубокой иммуносупрессией на фоне химиотерапии В)
- токсическим поражением гепатоцитов цитостатиками Г)
- генетической предрасположенностью пациентов

**1661. К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) исходный лейкоцитоз выше  $100 \times 10^9 / \text{л}$
- Б) мужской пол пациента
- В) выраженная лимфаденопатия в дебюте заболевания
- Г) отсутствие лейкоцитоза

**1662. ВЫСОКИЙ РИСК СПОНТАННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИМЕЕТСЯ ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ ТРОМБОЦИТОВ МЕНЕЕ ( $\times 10^9 / \text{л}$ )**

- А) 20
- Б) 60
- В) 40
- Г) 80

**1663. ПОВЫШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) эссенциальной тромбоцитемии
- Б) гепарин-индуцированной тромбоцитопении
- В) тромботической тромбоцитопенической пурпурой
- Г) апластической анемии

**1664. ИЗ ВСЕГО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ В ГЕМОГЛОБИН ВКЛЮЧАЕТСЯ (%)**

- А) 70-73
- Б) 50-53
- В) 40-43
- Г) 60-63

**1665. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ ( $\times 10^9/\text{л}$ )**

- А) 150 - 400
- Б) 150 - 200
- В) 150 - 250
- Г) 100 - 150

**1666. ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ  
\_\_\_\_\_ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ**

- А) пятнисто-петехиальный
- Б) гематомный
- В) васкулитно-пурпурный
- Г) ангиоматозный

**1667. ПРИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ В  
КОСТНОМ МОЗГЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ**

- А) гиперплазия мегакариоцитарного ростка
- Б) повышенный процент плазматических клеток
- В) угнетение мегакариоцитарного ростка
- Г) бластоз

**1668. ТЕНЯМИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА НАЗЫВАЮТСЯ**

- А) разрушенные ядра лимфоцитов
- Б) полуразрушенные ядра моноцитов
- В) злокачественные клетки
- Г) плохо окрашенные клетки

**1669. УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ**

- А) опухолевой природы
- Б) увеличения эритропоэтина
- В) снижения эритропоэтина
- Г) системной гипоксии

**1670. ПЛЕТОРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ярко-красным оттенком кожи и слизистых
- Б) желтушным цветом кожи
- В) бледностью кожи и слизистых
- Г) синюшным оттенком слизистых

**1671. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОсят**

- А) снижение уровня эритроцитов в крови
- Б) повышение свободного гемоглобина в моче
- В) гипохромию эритроцитов
- Г) повышение уровня непрямого билирубина

**1672. ГЛАВНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В КОСТНОМ МОЗГЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) более 10% плазматических клеток с чертами атипии
- Б) лимфоидные клетки с чертами атипии
- В) плазмобласти в большом количестве
- Г) миелобласти

**1673. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ  
ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ**

- А) плоских костей
- Б) длинных трубчатых костей
- В) крупных суставов
- Г) межфаланговых суставов

**1674. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ  
ЯВЛЯЮТСЯ \_\_ И БОЛЕЕ % ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК В КОСТНОМ**

- А) 10
- Б) 5
- В) 7
- Г) 3

**1675. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ,  
ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ»,  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) жировой метаморфоз кроветворного костного мозга в трепанобиоптате подвздошной кости
- Б) панцитопения в периферической крови
- В) малоклеточный костный мозг по данным миелограммы
- Г) повышение билирубина за счет непрямой фракции

**1676. ИНГАЛИАЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ  
ОКАЗЫВАЮТ ДЕЙСТВИЕ**

- А) противовоспалительное
- Б) бронходилатационное
- В) адреномиметическое
- Г) антихолинергическое

**1677. К АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Ипратропия бромид
- Б) Сальбутамол
- В) Беклометазон
- Г) Фенотерол

**1678. ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) глюкокортикоиды
- Б) метилксантинны
- В) ингибиторы фосфодиэстеразы 4
- Г) нестериоидные противовоспалительные средства

**1679. БРОНХОСПАСТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ**

- А) Пропранолол
- Б) Фенотерол
- В) Беклометазон
- Г) Сальбутамол

**1680. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды и  $\beta_2$ -агонисты
- Б) антибактериальные и муколитические препараты
- В) системные глюкокортикоиды и метилксантинны
- Г) кромоны и антигистаминные препараты

**1681. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТАМ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НАЗНАЧАЕТСЯ В СЛУЧАЕ**

- А) увеличения объема и степени гнойности мокроты
- Б) наличия признаков острой респираторной инфекции
- В) появления сухих свистящих хрипов
- Г) длительного стажа курения

**1682. В КАЧЕСТВЕ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫБРАН**

- А) Амоксициллин + Клавулановая кислота
- Б) Ципрофлоксацин
- В) Гентамицин
- Г) Тетрациклин

**1683. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛONEФРИТЕ В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Гентамицин
- Б) Оксациллин
- В) Азитромицин
- Г) Карбенициллин

**1684. УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДЯТ ГЕМОДИАЛИЗ, СОСТАВЛЯЕТ (МКМОЛЬ/Л)**

- А) 700
- Б) 400
- В) 500
- Г) 600

**1685. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Метотрексат
- Б) Гидроксихлорохин
- В) Лефлуномид
- Г) Сульфасалазин

**1686. ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пегилированный интерферон и Рибавирин
- Б) интерферон и гепатопротекторы
- В) глюкокортикоиды и цитостатики
- Г) Интерферон и Ламивудин

**1687. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ**

- А) белки
- Б) углеводы
- В) соль
- Г) жидкость

**1688. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО (Г/СУТКИ)**

- А) 15
- Б) 20
- В) 30-40
- Г) 40-50

**1689. У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК, ОСНОВНЫМИ В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии
- Б) отказ от курения и отсрочка начала антигипертензивной терапии
- В) диетотерапия и эпизодический прием антигипертензивных препаратов
- Г) ограничение физической нагрузки и психоэмоционального напряжения

**1690. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Эналаприл
- Б) Верапамил
- В) Нифедипин
- Г) Бисопролол

**1691. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ**

- А) бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Б) антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, тиазидные диуретики В)
- антагонисты рецепторов ангиотензина 2, антагонисты кальция Г)
- антагонисты альдостерона, ганглиоблокаторы

**1692. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) беременность
- Б) пожилой возраст
- В) фибрилляция предсердий
- Г) гипокалиемия

**1693. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) подагра
- Б) фибрилляция предсердий
- В) атриовентрикулярная блокада
- Г) хроническая сердечная недостаточность

**1694. НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ КАПТОПРИЛА ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ПРИЕМЕ 25-50 МГ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ (МИН.)**

- A) 10
- Б) 30
- В) 15
- Г) 20

**1695. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ СЧИТАЕТСЯ ОСЛОЖНЕННЫМ ПРИ НАЛИЧИИ**

- А) острого нарушения мозгового кровообращения
- Б) гипертрофической кардиомиопатии
- В) инфаркта легкого
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**1696. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ДОЛЖНО СНИЖАТЬСЯ НА (%)**

- А) 25
- Б) 15
- В) 10
- Г) 35

**1697. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОДУАЛ СОДЕРЖИТ**

- А) фенотерола гидробромид и ипратропия бромид
- Б) беклометазона дипропионат и ипратропия бромид
- В) сальбутамол и аминофиллин
- Г) формотерол и ипратропия бромид

**1698. ВВЕДЕНИЕ ЭПИНЕФРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАНО ПРИ**

- А) сочетании с анафилаксией
- Б) среднетяжелом и тяжелом обострении
- В) непереносимости ацетилсалициловой кислоты
- Г) острой вирусной инфекции

**1699. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ**

- А) фибрилляции желудочков
- Б) фибрилляции предсердий
- В) полной атриовентрикулярной блокаде
- Г) асистолии

**1700. АНТИБИОТИКИ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВВЕДЕНЫ**

- А) в течение первого часа от постановки диагноза
- Б) через 6 часов от постановки диагноза
- В) через 3 часа от постановки диагноза
- Г) только после санации очага инфекции

**1701. ПРЕДНИЗОЛОН ПРИ ИММУННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ НАЗНАЧАЮТ ВНУТРЬ В ДОЗЕ (МГ/КГ В СУТКИ)**

- А) 1-2
- Б) 3-4
- В) 0,5-1
- Г) 5-6

**1702. В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) таблетированных препаратов железа
- Б) мясной диеты
- В) гемотрансфузий
- Г) парентеральных препаратов железа

**1703. ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕЙКЕМИИ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ ПРОВОДЯТ \_\_\_\_\_ ВВЕДЕНИЕМ ХИМИОПРЕПАРАТОВ**

- А) эндolumбальным
- Б) внутривенным
- В) пероральным
- Г) внутримышечным

**1704. ИНСУЛИН УСИЛИВАЕТ**

- А) синтез белка в мышцах и печени
- Б) катаболизм белка в мышцах и печени
- В) липолиз в адипоцитах
- Г) глюконеогенез

**1705. К ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ ТКАНИЯМ В ОРГАНИЗМЕ  
ОТНОСЯТ**

- А) мышечную, жировую
- Б) хрусталик глаза
- В) соединительную ткань
- Г) клетки крови

**1706. ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ИНСУЛИНА НАРАСТАЕТ В  
РЕЗУЛЬТАТЕ**

- А) гликогенолиза
- Б) липогенеза
- В) кетогенеза
- Г) экзогенной глюкозы

**1707. РАЗВИТИЕ АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1 СВЯЗАНО С**

- А) аутоиммунной деструкцией В-клеток
- Б) резистентностью инсулинозависимых тканей
- В) снижением массы тела
- Г) панкреатэктомией

**1708. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ  
БОЛЕЗНИ ИНЦЕНКО-КУШИГИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) усиление глюконеогенеза
- Б) деструкция В-клеток
- В) резистентность тканей к инсулину
- Г) ожирение

**1709. К ОСНОВНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ МЕХАНИЗМУ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОТНОСИТСЯ**

- А) инсулинерезистентность и гиперинсулинемия
- Б) деструкция В-клеток
- В) ожирение
- Г) инсулинопения

**1710. ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ**

- А) хронической гипергликемии
- Б) повышения вязкости крови
- В) нарушения деформируемости эритроцитов
- Г) гликозилирования белков

**1711. КЕТОАЦИДОЗ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

- А) липолиза
- Б) катаболизма белков
- В) гликогенолиза
- Г) гликонеогенеза

**1712. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ОТНОСЯТ**

- А) неадекватную инсулиновую терапию
- Б) оперативное вмешательство
- В) сопутствующие заболевания (пневмонию, инфаркт миокарда, пиелонефрит)
- Г) беременность

**1713. ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

- А) дегидратации организма
- Б) дефицита инсулина
- В) низкого уровня глюкозы крови
- Г) инфекционного заболевания

**1714. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) повышенным уровнем инсулина в крови
- Б) пониженным уровнем инсулина в крови
- В) гиперлипидемией
- Г) сопутствующим инфекционным заболеванием

**1715. В ОСНОВЕ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ЛЕЖИТ**

- А) инсулинотерапия
- Б) прием пероральных сахароснижающих препаратов
- В) диетотерапия
- Г) лечебная физкультура

**1716. ИНСУЛИН УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)**

- А) 2
- Б) 6
- В) 8 –12
- Г) 24

**1717. ПОНЯТИЕ «ХЛЕБНАЯ ЕДИНИЦА» ВКЛЮЧАЕТ УГЛЕВОДЫ В КОЛИЧЕСТВЕ (Г)**

- А) 10-12
- Б) 20-23
- В) 4-6
- Г) 17-19

**1718. ДОЗУ ИНСУЛИНА ПО КОЛИЧЕСТВУ ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ В РАЦИОНЕ РАСЧИТЫВАЮТ ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

- А) тип 1
- Б) тип 2
- В) тип MODY
- Г) любого типа

**1719. ПРЕПАРАТЫ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ВЛИЯЮТ НА**

- А) бета-клетки
- Б) инсулинерезистентность
- В) гормоны желудочно-кишечного тракта
- Г) аппетит

**1720. САХАРОСНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТФОРМИНА  
ОБУСЛОВЛЕНО ВЛИЯНИЕМ НА**

- А) чувствительность тканей к инсулину
- Б) функцию бета-клеток
- В) аппетит
- Г) массу тела

**1721. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ В  
РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) окислительный стресс
- Б) первичное поражение нервных волокон
- В) нарушение кровотока
- Г) образование тромбов

**1722. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ  
МИКРОАНГИОПАТИИ ОТНОСЯТ**

- А) гипергликемию
- Б) атеросклероз
- В) наследственность
- Г) метаболические нарушения

**1723. К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ  
ОТНОСЯТ**

- А) нарушение кровотока
- Б) микротравмы
- В) отморожение
- Г) гипогликемию

**1724. К ФАКТОРАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ**

- А) инсулинерезистентность
- Б) нарушения липидного обмена
- В) гипергликемию
- Г) неправильный образ жизни

**1725. ПРИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОМ СИНДРОМЕ ПРИСУТСТВУЕТ \_\_\_\_\_ ТИП ОЖИРЕНИЯ**

- А) центральный
- Б) бедренно-ягодичный
- В) равномерный
- Г) умеренный

**1726. К ПРОЯВЛЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОТНОСЯТ**

- А) слабость, жажду, полиурию
- Б) прибавку массы тела
- В) боли в мышцах
- Г) зуд кожи

**1727. ТЯЖЕСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОБУСЛОВЛЕНА**

- А) выраженнойостью осложнений
- Б) выраженнойостью симптомов сахарного диабета
- В) уровнем гликемии
- Г) дозой инсулина

**1728. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК В ПЛАЗМЕ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ ДО (ММОЛЬ/Л)**

- А) 6,0
- Б) 7,8
- В) 5,5
- Г) 10,0

**1729. ГЛИКЕМИЯ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ В НОРМЕ КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ ДО (ММОЛЬ/Л)**

- A) 7,8
- Б) 10,1
- В) 8,5
- Г) 9,2

**1730. НАРУШЕНИЕ ЖИРОВОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- A) дислипидемией
- Б) гиперкетонемией и кетонурией
- В) гиперхолестеринемией
- Г) снижением уровня бета-липопротеидов

**1731. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 1, ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) несоответствие дозы инсулина уровню гликемии
- Б) инфекция
- В) эмоциональный стресс
- Г) физическая нагрузка

**1732. К МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ ОТНОСЯТ**

- A) гипергликемию и гиперосмолярность
- Б) гипернатриемию и кетоацидоз
- В) гипергликемию и кетоацидоз
- Г) кетоацидоз и гиперосмолярность

**1733. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ**

- A) катаракта
- Б) глаукома
- В) миопия
- Г) халазион

**1734. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ**

- А) капилляры клубочков
- Б) канальцы почек
- В) собирательные трубы
- Г) почечные артерии

**1735. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) микроальбуминурия
- Б) гематурия
- В) полиурия
- Г) лейкоцитурия

**1736. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСИТСЯ**

- А) хронический пиелонефрит
- Б) нефротический синдром
- В) гломерулонефрит
- Г) атеросклероз почечных артерий

**1737. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) спонтанными переломами
- Б) появлением трофических язв
- В) усилением болевого синдрома
- Г) гипокальциемией

**1738. ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижением чувствительности
- Б) снижением силы мышц в кистях и стопах
- В) варикозным расширением вен
- Г) головокружением

**1739. АВТОНОМНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ  
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) нарушением сердечного ритма
- Б) болевым синдромом
- В) тремором конечностей
- Г) радикулопатией

**1740. ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ РАЗВИВАЕТСЯ**

- А) сустав Шарко
- Б) варикозная язва
- В) перелом
- Г) нарушение трофики кожных покровов

**1741. УСЛОВИЕМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДАБЕТА 2 ТИПА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) неправильный образ жизни
- Б) низкая масса тела
- В) аутоиммунная деструкция бета-клеток
- Г) хронический панкреатит

**1742. ДЕЙСТВИЕ ИНСУЛИНА СВЯЗАНО С**

- А) анаболическим эффектом
- Б) катаболическим эффектом
- В) усилением липолиза
- Г) усилением глюконеогенеза

**1743. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ДОЗА  
ИНСУЛИНА УМЕНЬШАЕТСЯ ВДВОЕ ПРИ ГЛИКЕМИИ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 14,0
- Б) 10,0
- В) 8,0
- Г) 5,0

**1744. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА МЕТФОРМИНОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ**

- А) молочной кислоты
- Б) глюкозы
- В) калия
- Г) трансаминаз

**1745. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРЕПАРАТАМИ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- А) гипогликемического состояния
- Б) кетоацидоза
- В) гиперосмолярного состояния
- Г) гиперурикемии

**1746. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОБУСЛОВЛЕНЫ**

- А) повышением катехоламинов в крови
- Б) снижением кортизола крови
- В) повышением глюкагона крови
- Г) повышением соматотропного гормона

**1747. ЙОД ЯВЛЯЕТСЯ СОСТАВНОЙ ЧАСТЬЮ ГОРМОНОВ**

- А) щитовидной железы
- Б) гипофиза
- В) надпочечников
- Г) половых

**1748. ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КОНТРОЛИРУЮТ**

- А) рост, развитие, энергообеспечение клеток
- Б) расщепление энергосубстратов, катаболизм клеток
- В) кальциевый обмен в клетках
- Г) углеводный обмен в клетках

**1749. ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 18 мл – у женщин, 25 мл – у мужчин
- Б) более 25 мл независимо от пола
- В) менее 18 мл независимо от пола
- Г) 24 мл – у женщин, 30 мл – у мужчин

**1750. ПРОДУКТОМ ПРЕВРАЩЕНИЯ РЕВЕРСИВНОГО Т3 ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) свободный Т4
- Б) общий Т3
- В) тиреоглобулин
- Г) тиреотропный гормон

**1751. ВЛИЯНИЕ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА НА ФУНКЦИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- А) по принципу обратной связи с уровнем йодтиронинов в крови
- Б) посредством прямой стимулирующей связи на щитовидную железу
- В) через тиреолиберин
- Г) через центральную нервную систему

**1752. ТИРЕОЛИБЕРИН СИНТЕЗИРУЕТСЯ В**

- А) гипоталамусе
- Б) гипофизе
- В) щитовидной железе
- Г) коре головного мозга

**1753. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЙОДЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (МКГ)**

- А) 100-150
- Б) 50-100
- В) 25-50
- Г) 200-300

**1754. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЙОДА В РЕГИОНЕ ИССЛЕДУЮТ**

- А) экскрецию йода с мочой в группе риска
- Б) уровень тиреотропного гормона в крови у населения
- В) уровень свободного Т4 в крови Г) объем щитовидной железы

**1755. ДЛЯ ОЦЕНКИ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) ультразвуковое исследование
- Б) классификацию О. В. Николаева
- В) классификацию ВОЗ (1994 г.)
- Г) классификацию ВОЗ (2001 г.)

**1756. ГИПЕРФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ОБУСЛОВЛЕНА ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ**

- А) тиреостимулирующих иммуноглобулинов
- Б) тиреотропного гормона
- В) тиреолиберина
- Г) антител к тиреоглобулину

**1757. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ТИРЕОТОКСИКОЗА РАЗВИВАЮТСЯ**

- А) при болезни Грэйвса
- Б) после операции на щитовидной железе
- В) при аутоиммунном тиреоидите
- Г) при остром тиреоидите

**1758. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ОТНОСЯТ**

- А) миопатию и тахикардию
- Б) гиперхолестеринемию
- В) сухость кожи
- Г) гипотонию

**1759. ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В КРОВИ ИЗМЕНЯЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) тиреотропного гормона
- Б) трийодтиронина и тироксина
- В) тиреолиберина
- Г) тиреоглобулина

**1760. ПРИЧИНОЙ УЗЛОВОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) автономная функция клеток узлового образования
- Б) стимуляция функции клеток узлового образования иммуноглобулинами
- В) стимуляция тиреотропным гормоном Г) стимуляция тиреолиберином

**1761. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фибрилляцией предсердий
- Б) брадикардией
- В) стенокардией
- Г) инфарктом миокарда

**1762. ЭНДОКРИННАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

- А) аутоиммунного процесса в ретробульбарной клетчатке
- Б) повышения тонуса глазодвигательных мышц В)
- воспалительного процесса тканей глаза
- Г) токсического влияния гормонов щитовидной железы

**1763. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НЕОБХОДИМО**

- А) назначить малые дозы тиреоидных гормонов
- Б) назначить тиреоидные гормоны в соответствии с общепринятыми расчетными дозами
- В) отказаться от лечения тиреоидными гормонами Г) назначить препараты йода

**1764. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ**

- А) тонкоигольную функционную биопсию
- Б) сканирование щитовидной железы
- В) исследование уровня антител к тиреоглобулину Г)
- компьютерную томографию щитовидной железы

**1765. ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) диффузно неоднородной структурой
- Б) кистозными образованиями
- В) увеличением объема щитовидной железы
- Г) множественными узловыми образованиями

**1766. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

- А) брадикардии, отеков
- Б) снижения массы тела
- В) тахикардии, потливости
- Г) увеличения щитовидной железы, трепора

**1767. ГОРМОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОИЗВОДНЫМИ**

- А) стероидов
- Б) аминокислот
- В) белков
- Г) углеводов

**1768. ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) гидрокортизон
- Б) преднизолон
- В) дексаметазон
- Г) диету с повышенным содержанием соли и углеводов

**1769. ПРИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ПРИЧИНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) недостаточность минералокортикоидов
- Б) повышение уровня адренокортикотропного гормона
- В) снижение уровня катехоламинов
- Г) недостаточность глюкокортикоидов

**1770. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кризовое повышение АД
- Б) ожирение
- В) гипогликемия
- Г) гиперлипидемия

**1771. БОЛЕЗНЮ КОННА НАЗЫВАЕТСЯ ОПУХОЛЬ СЛОЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

- А) клубочкового
- Б) сетчатого
- В) мозгового
- Г) пучкового

**1772. В МОЗГОВОМ СЛОЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ СИНТЕЗИРУЮТСЯ**

- А) катехоламины
- Б) стероидные гормоны
- В) половые гормоны
- Г) гормоны белковой природы

**1773. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ИЩЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ**

- А) повышенного образования глюкокортикоидов
- Б) повышенного образования катехоламинов
- В) активности симпатической нервной системы
- Г) активности ренин-ангиотензиновой системы

**1774. ОСТЕОПОРОЗ ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ**

- А) катаболических процессов в костной ткани
- Б) недостатка витамина Д
- В) повышения уровня паратгормона в крови
- Г) снижения уровня кальцитонина

**1775. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аутоиммунный процесс в надпочечниках
- Б) инфекция
- В) врожденная ферментопатия
- Г) травма

**1776. ПРИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ПРИЧИНОЙ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня адренокортикопротного гормона
- Б) снижение массы тела
- В) меланинпродуцирующая опухоль
- Г) гиперадреналинемия

**1777. ГОРМОНОМ ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) соматотропный гормон
- Б) соматолиберин
- В) антидиуретический гормон
- Г) прогестерон

**1778. К ГОРМОНАМ ГИПОТАЛАМУСА ОТНОСЯТСЯ**

- А) тиреолиберин, соматостатин
- Б) тироксин, тиреотропный гормон
- В) пролактин, лютеотропный, фолликулостимулирующий гормон
- Г) гонадотропины

**1779. ВЛИЯНИЕ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА НА ТКАНИ РЕАЛИЗУЕТСЯ**

- А) через инсулиноподобные факторы роста-1
- Б) через периферические гормоны
- В) через эндогенные факторы роста
- Г) непосредственно

**1780. ВТОРИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) снижением адренокортикотропного гормона
- Б) повышением адренокортикотропного гормона
- В) повышением кортизола
- Г) повышением альдостерона

**1781. ЯВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение размеров турецкого седла
- Б) усиление сосудистого рисунка
- В) пустое турецкое седло
- Г) остеопороз стенки турецкого седла

**1782. ИНЦИДЕНТАЛОМОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гормональноинактивная опухоль
- Б) феохромоцитома
- В) альдостерома
- Г) глюокортикоидома

**1783. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) аналоги соматостатина
- Б) симпатолитики
- В) цитостатики
- Г) глюокортикоиды

**1784. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДАМИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) коррекция АД
- Б) коррекция уровня глюкозы в крови
- В) снижение гиперпигментации
- Г) повышение уровня калия в крови

**1785. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) блокаторы стероидогенеза
- Б) заместительную гормональную терапию
- В) цитостатики
- Г) экстракорпоральные методы лечения

**1786. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ОТНОСЯТ**

- А) полидипсию и полиурию
- Б) запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- В) одышку
- Г) повышение АД

**1787. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЁМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО**

- А) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
- Б) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления
- В) продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
- Г) оформить новый больничный лист

**1788. ДАТА ЗАКРЫТИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА, ЯВИВШЕГОСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ С ОПОЗДАНИЕМ НА 5 ДНЕЙ, БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДНЮ**

- А) явки с отметкой о нарушении режима
- Б) когда он должен был явиться на прием
- В) когда он должен был явиться на прием с отметкой о нарушении режима
- Г) предшествующему дню явки

**1789. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИМ ВРАЧОМ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 15
- Б) 10
- В) 7
- Г) 30

**1790. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН**

- А) если он является работником российского предприятия
- Б) после оперативного вмешательства
- В) во всех случаях нетрудоспособности
- Г) при заболевании туберкулезом

**1791. К НАРУШЕНИЮ РЕЖИМА ОТНОСИТСЯ**

- А) несвоевременная явка на прием
- Б) несоблюдение предписанного лечения
- В) потеря больничного листа
- Г) отказ от госпитализации

**1792. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СО ВЧЕРАШНЕГО ДНЯ МОЖНО ВЫДАТЬ, ЕСЛИ**

- А) подтвержден факт нетрудоспособности
- накануне Б) сохраняются признаки нетрудоспособности
- В) предшествующий день – выходной Г) пациент находится в отпуске

**1793. ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАРУШЕННЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ТРУДУ**

- А) носят временный, обратимый характер
- Б) приняли стойкий необратимый характер
- В) приняли частично обратимый характер
- Г) требуют смены трудовой деятельности

**1794. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН**

- А) обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если выявлены признаки временной нетрудоспособности
- Б) проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов
- В) находящимся под административным арестом
- Г) находящимся под стражей

**1795. ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ОТПУСКЕ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 3-Х ЛЕТ И РАБОТАЮЩИМ НА УСЛОВИЯХ НЕПОЛНОГО РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

- А) выдается на общих основаниях
- Б) не выдается
- В) выдается на 10 дней
- Г) выдается на 15 дней

**1796. КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 10
- Б) 5
- В) 20
- Г) 15

**1797. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ, НА КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 15
- Б) 10
- В) 20
- Г) 30

**1798. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) установление острого заболевания
- Б) прохождение профилактической диспансеризации
- В) диспансеризация по поводу хронического заболевания
- Г) прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

**1799. ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЕТСЯ**

- А) листок нетрудоспособности на все дни с отметкой о факте опьянения
- Б) листок нетрудоспособности на 3 дня с отметкой о факте опьянения
- В) справка на все дни с отметкой о факте опьянения
- Г) справка на 3 дня с отметкой о факте опьянения

**1800. ПАЦИЕНТ С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ 2-3 СТЕПЕНИ ПРИЗНАЕТСЯ**

- А) инвалидом 2 группы
- Б) инвалидом 1 группы
- В) инвалидом 3 группы
- Г) временно нетрудоспособным

**1801. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) неблагоприятный трудовой прогноз
- Б) возраст пациента
- В) допущенные дефекты в лечении
- Г) ходатайство предприятия, на котором работает больной

**1802. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАННОСТЬЮ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО**

- А) определение группы инвалидности
- Б) оказание медицинской помощи
- В) направление на санаторно-курортное лечение
- Г) выдача больничного листа

**1803. К ПРИЧИНЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ**

- А) гипертонический криз
- Б) повышение уровня креатинина крови
- В) признаки гипертрофии миокарда левого желудочка
- Г) кардиалгию

**1804. КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ I СТАДИИ С КРИЗОМ I ТИПА СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 3-5
- Б) 8-10
- В) 12-14
- Г) 16-18

**1805. ОТЕК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНГИНЫ ПРИ**

- А) дифтерии
- Б) агранулоцитозе
- В) инфекционном мононуклеозе
- Г) скарлатине

**1806. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ МИНДАЛИН ПРИ ДИФТЕРИИ ОТНОСЯТ**

- А) налеты серого цвета, трудно удаляемые шпателем
- Б) налеты белого цвета, легко удаляемые шпателем
- В) гнойные фолликулы
- Г) глубокий некроз тканей

**1807. НАЛИЧИЕ МОНОНУКЛЕАРОВ В ГЕМОГРАММЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) инфекционного мононуклеоза
- Б) ангины Симановского-Венсана
- В) дифтерии
- Г) острого лейкоза

**1808. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ  
ДИАГНОЗА «ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ» С НАЛЁТОМ НА МИНДАЛИНАХ  
ОБЯЗАН НАЗНАЧИТЬ**

- А) мазок из миндалин на дифтерию
- Б) анализ крови на вирус иммунодефицита человека
- В) анализ крови на реакцию Вассермана Г) анализ крови на реакцию Видаля

**1809. В ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ  
ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ С ЭКССУДТИВНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ НА  
МИНДАЛИНАХ ВХОДИТ**

- А) мазок из миндалин и носа на дифтерию
- Б) анализ мочи общий
- В) биохимический анализ крови с определением антистрептолизина-О Г) мазок из зева и носа на стафилококк

**1810. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ  
ОТНОСИТСЯ**

- А) миокардит
- Б) эндокардит
- В) пиелонефрит
- Г) цистит

**1811. У ПАЦИЕНТА С ЛИХОРАДКОЙ, ГИПЕРЕМИЕЙ РОТОГЛОТКИ,  
ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ, ЛИМФОЦИТОЗОМ И  
АТИПИЧНЫМИ МОНОНУКЛЕАРАМИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ**

- А) инфекционный мононуклеоз
- Б) грипп
- В) парагрипп
- Г) дифтерию

**1812. ПРИ НАЛИЧИИ ОСТРОЙ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ**

- А) дифтерию
- Б) грипп
- В) парагрипп
- Г) паратонзиллярный абсцесс

**1813. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пневмония
- Б) пневмоторакс
- В) панкреатит
- Г) пиелонефрит

**1814. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) сочетание ринофарингита и конъюнктивита с лимфоаденопатией
- Б) ангина
- В) стоматит
- Г) отит

**1815. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ГРИППА ОТНОСИТСЯ**

- А) фебрильная лихорадка
- Б) субфебрильная лихорадка
- В) отсутствие интоксикации
- Г) постепенное начало

**1816. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, ОЗНОБ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ВОЗБУЖДЕНИЕ, РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ, СУДОРОГИ, ЛЕЙКОЦИТОЗ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) менингита
- Б) гриппа
- В) парагриппа
- Г) острого гломерулонефрита

**1817. ПРИ СУБФЕБРИЛИТЕ Е ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 2 НЕДЕЛИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ**

- А) клинический анализ крови
- Б) сывороточное железо
- В) щелочную фосфатазу
- Г) суточную протеинурию

**1818. ТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ФАРИНГИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) вирусы
- Б) стафилококки
- В) гемофильная палочка
- Г) клебсиелла

**1819. СРЕДИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А)  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А
- Б) стафилококк
- В) пневмококк
- Г) синегнойная палочка

**1820. К АТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ**

- А) микоплазму
- Б) риновирусы
- В) аденонарусы
- Г) коронавирусы

**1821. ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ВЫЗВАНА**

- А) стафилококком
- Б) пневмококком
- В) палочкой Фридлендера
- Г) микоплазмой

**1822. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА 77 ЛЕТ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В**

- А) общетерапевтическом стационаре
- Б) отделении общей реанимации
- В) отделении кардиологии
- Г) амбулаторных условиях

**1823. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ» ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

- А) спирометрии
- Б) коронарографии
- В) эхокардиографии
- Г) полисомнографии

**1824. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХОБЛ ЗНАЧЕНИЕ ОФВ1 СООТВЕТСТВУЕТ**

- А)  $30\% < \text{ОФВ1} < 50\%$
- Б)  $60\% < \text{ОФВ1} < 80\%$
- В)  $\text{ОФВ1} < 30\%$
- Г)  $\text{ОФВ1} < 60\%$

**1825. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) спирометрия
- Б) бронхоскопия
- В) иммунологическое исследование
- Г) рентгенография легких

**1826. НЕКАЗЕОЗНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ, ПОРАЖАЮЩИМ ЛИМФОУЗЛЫ И ТКАНЬ ЛЁГКИХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ КВЕЙМА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) саркоидоз
- Б) нокардиоз
- В) легионеллез
- Г) актиномикоз

**1827. ИЗМЕНЯЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ожирение
- Б) пол
- В) возраст
- Г) семейный анамнез ИБС

**1828. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) гипертрофической кардиомиопатии
- Б) дилатационной кардиомиопатии
- В) хронического лёгочного сердца
- Г) констриктивного перикардита

**1829. АСИММЕТРИЧНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) гипертрофической кардиомиопатии
- Б) дилатационной кардиомиопатии
- В) амилоидоза сердца
- Г) пролапса митрального клапана

**1830. ЧЕРЕЗ 20 ДНЕЙ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ФЕБРИЛЬНОЙ ЛИХОРАДКИ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ, ВЫСОКОМ СТОЯНИИ ПРАВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ**

А) поддиафрагмального абсцесса

Б) холангита

В) острого холецистита

Г) ателектаза легкого

**1831. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ**

А) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Б) структур пищевода

В) дивертикулеза пищевода

Г) рака пищевода

**1832. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ**

А) антибиотиками

Б) глюкокортикоидами

В) нестероидными противовоспалительными препаратами

Г) ионизирующим излучением

**1833. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛТУХИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТ ЖЕЛТУХИ ПРИ АКТИВНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

А) ретикулоцитоза

Б) гипербилирубинемии

В) спленомегалии

Г) субфебрилитета

**1834. БЕЗБОЛЕВАЯ МАКРОГЕМАТУРИЯ, ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ 4 МЕСЯЦЕВ, УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА 170 Г/Л ЛИБО АНЕМИЯ, СОЭ 60 ММ/Ч У БОЛЬНОГО СТАРШЕ 45 ЛЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ**

- А) рака почки
- Б) хронического гломерулонефрита гематурического типа
- В) волчаночного гломерулонефрита
- Г) урятного нефролитиаза

**1835. К ТИПИЧНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИДЕРОПЕНИИ ОТНОСИТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) ангулярного стоматита
- Б) пиодермии
- В) кожного зуда
- Г) телеангиоэкстазий

**1836. АНЕМИЕЙ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ ГИПОХРОМИЯ, СНИЖЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА И ДЕСФЕРАЛОВОЙ ПРОБЫ, ПОВЫШЕННАЯ ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ СЫВОРОТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) железодефицитная
- Б) гемолитическая
- В) апластическая
- Г) В12-дефицитная

**1837. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) профилактический осмотр
- Б) учет обращаемости
- В) учет случаев временной нетрудоспособности
- Г) телефонный опрос

**1838. БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОДЛЕЖАТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ 1 РАЗ В (МЕС.)**

А) 6

Б) 12

В) 3

Г) 1

**1839. КОЛИЧЕСТВО ЕЖЕГОДНЫХ ОСМОТРОВ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ВХОДЯЩИХ В ДИСПАНСЕРНУЮ ГРУППУ НАБЛЮДЕНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ**

А) 2

Б) 1

В) 3

Г) 4

**1840. КОЛИЧЕСТВО ЕЖЕГОДНЫХ ОСМОТРОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК СЗБ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

А) 4

Б) 3

В) 2

Г) 1

**1841. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ АНГИНЫ У ПАЦИЕНТА 20 ЛЕТ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Амоксиклав

Б) Ципрофлоксацин

В) Амикацин

Г) Тетрациклин

**1842. ПРИ ПНЕВМОНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ПНЕВМОКОККОМ,  
МИКОПЛАЗМОЙ И ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ОДИНАКОВО  
ЭФФЕКТИВНО ДЕЙСТВУЕТ**

- А) Левофлоксацин
- Б) Амоксициллин
- В) Цефтриаксон
- Г) Ципрофлоксацин

**1843. БОЛЬНОМУ ПНЕВМОНИЕЙ С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА  
АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) Кларитромицин
- Б) Амоксициллин
- В) Цефазолин
- Г) Гентамицин

**1844. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ  
ИНГАЛЯЦИЮ**

- А) холинолитиков или  $\beta_2$  агонистов короткого действия по требованию
- Б)  $\beta_2$  агонистов длительного действия по требованию
- В)  $\beta_2$  агонистов короткого действия 4 раза в день
- Г)  $\beta_2$  агонистов длительного действия 2 раза в день

**1845. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОБОСТРЕНИЕМ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ З СТЕПЕНИ И  
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С УКАЗАНИЯМИ НА  
АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Левофлоксацин
- Б) Цефтриаксон
- В) Ципрофлоксацин
- Г) Гентамицин

**1846. БЕРЕМЕННОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПERTОНИЕЙ, МОЖНО НАЗНАЧИТЬ**

- А) Допегит
- Б) Эналаприл
- В) Каптоприл
- Г) Лозартан

**1847. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА РАННЕМ ЭТАПЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ РАЗВИТИЕ \_\_\_\_\_ НА 7-8 ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ**

- А) ретикулоцитоза
- Б) ретикулоцитопении
- В) лейкоцитоза
- Г) лейкопении

**1848. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ ПОКАЗАНА ПРИ \_\_\_\_ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- А) любой
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4

**1849. ЧАСТОТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В (ГОД)**

- А) 1
- Б) 0,5
- В) 2
- Г) 3

**1850. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эндоскопия
- Б) рентгеноскопия
- В) pH - метрия
- Г) УЗИ брюшной полости

**1851. ГИГАНТСКИМИ СЧИТАЮТСЯ ЯЗВЫ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ (СМ)**

- А) 3
- Б) 4
- В) 5
- Г) 6

**1852. В МОЧЕ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ КЛЕТКИ ШТЕРНГЕЙМЕРА-МАЛЬБИНА ПРИ**

- А) пиелонефrite
- Б) гломерулонефrite
- В) амилоидозе почек
- Г) миеломной болезни

**1853. ГОЛОДНЫЕ И/ИЛИ «НОЧНЫЕ БОЛИ», ВОЗНИКАЮЩИЕ ЧЕРЕЗ 2,5–4 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И ИСЧЕЗАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ПРИЕМА ПИЩИ, ЗАСТАВЛЯЮТ ДУМАТЬ О ЯЗВЕ**

- А) 12-перстной кишки
- Б) малой кривизны желудка
- В) фундального отдела желудка
- Г) нижнего отдела пищевода

**1854. ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕЗАПНУЮ ОСТАНОВКУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ОЦЕНКА**

- А) врачом собственной безопасности; оценка сознания; оценка дыхания
- Б) пульса и реакции зрачков на свет; оценка ранних трупных признаков
- В) роговичного (корнеального) рефлекса и симптома «кошачьего зрачка»
- Г) температуры тела; оценка наличия трупных пятен и трупного окоченение

**1855. ПОД ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОНИМАЮТ ГРУППУ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ИЛИ СИМПТОМОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ПОДОЗРЕВАТЬ**

- А) инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию
- Б) стабильную стенокардию напряжения или впервые возникшую стенокардию
- В) постинфарктный кардиосклероз или хроническую аневризму левого желудочка
- Г) жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости

**1856. ПОД СИНКОПАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОНИМАЮТ**

- А) переходящую потерю сознания вследствие общей гипоперфузии мозга
- Б) обратимую потерю сознания вследствие эпилептического припадка или психогенной причины
- В) переходящую потерю сознания вследствие травматического повреждения головного мозга
- Г) глубокое угнетение функции ЦНС вследствие экзогенной интоксикации

**1857. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ РАЗВИВАЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА НА**

- А) проксимальных межфаланговых суставах кисти
- Б) 1 и 2 дистальных межфаланговых суставах кисти
- В) всех плюснефаланговых суставах симметрично
- Г) первых плюснефаланговых суставах симметрично

**1858. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- А) гломерулонефрита
- Б) мочекаменной болезни
- В) хронического пиелонефрита
- Г) вторичного амилоидоза

**1859. ВЕДУЩИМ (ГЛАВНЫМ) МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦИПАЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) коронароспазм
- Б) стенозирующий атеросклероз
- В) атеротромбоз коронарных сосудов
- Г) артериальная гипертензия

**1860. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение фракции выброса левого желудочка
- Б) умеренно выраженная гипертрофия левого желудочка
- В) аномальный ток крови из левого желудочка в левое предсердие Г)
- увеличение передне-заднего размера левого предсердия

**1861. БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) мозговой натрийуретический пептид
- Б) белок связывающий жирные кислоты
- В) высокочувствительный тропонин I
- Г) MB-фракция креатинфосфориназы

**1862. К СИНКОПАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЯМ ОТНОСЯТ**

- А) обмороки
- Б) комы I и II ст.
- В) панические атаки
- Г) транзиторные ишемические атаки

**1863. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ишемическая болезнь сердца
- Б) дилатационная кардиомиопатия
- В) острый вирусный миокардит
- Г) гипертрофическая кардиомиопатия

**1864. КРОВОХАРКАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А) инфарктной пневмонии
- Б) идиопатического фиброзирующего альвеолита
- В) острого инфаркта миокарда
- Г) обострения хронического бронхита

**1865. БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ,  
ЕСЛИ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛАТАТОРА КОЭФФИЦИЕНТ  
БРОНХОДИЛАТАЦИИ (КБД) ДОСТИГАЕТ ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ  
(%)**

- А) 15
- Б) 38
- В) 20
- Г) 26

**1866. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ  
УИППЛА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) антибиотики
- Б) антацидные препараты
- В) атисекреторные препараты
- Г) глюкокортикоиды

**1867. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К  
ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) приём Макрогола
- Б) очистительная клизма
- В) очистительная клизма в сочетании с приёмом слабительного средства
- Г) трёхдневное голодание

**1868. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Апротинин
- Б) Полиметилсилоксана полигидрат
- В) Магния гидроксид+Алгелдрат
- Г) Окспренолол

**1869. БОЛЬНОЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ В СУТКИ СОЛИ (Г)**

- А) 1-3
- Б) 5-6
- В) 8-9
- Г) 11-12

**1870. МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)**

- А) 6
- Б) 5
- В) 2
- Г) 1

**1871. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Преднизолон
- Б) Амтолметина гуацил
- В) Лерканидипин
- Г) Кальция карбонат + Колекальциферол

**1872. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ**

- А) Аллопуринол
- Б) Метилпреднизолон
- В) Азеклоклофенак
- Г) Канакинумаб

**1873. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ И СЕРЬЕЗНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) кровотечения
- Б) аллергические реакции
- В) разрывы миокарда
- Г) инфекционные заболевания

**1874. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дисфункция щитовидной железы
- Б) синдром Стивенса-Джонсона
- В) остановка синусового узла
- Г) острый инфаркт миокарда

**1875. ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛАЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ/ИНСУЛЬТА (2 И БОЛЕЕ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASC ДЛЯ МУЖЧИН, 3 И БОЛЕЕ БАЛЛОВ – ДЛЯ ЖЕНЩИН) ПОКАЗАН ПРИЕМ**

- А) непрямых антикоагулянтов
- Б) двойной антиагрегантной терапии
- В) блокаторов медленных кальциевых каналов
- Г) ацетилсалициловой кислоты

**1876. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) расслаивающая аневризма аорты
- Б) беременность и первая неделя после родов
- В) прием антагонистов витамина К
- Г) травматическая и длительная сердечно-легочная реанимация

**1877. К НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ КОМБИНАЦИЯМ  
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ СОЧЕТАНИЕ**

- А) бета-адреноблокатора и недигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов
- Б) дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов и тиазидного диуретика
- В) ингибитора ангиотензинпревращающего фермента и дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов
- Г) дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов и блокатора рецепторов к ангиотензину II

**1878. ПАЦИЕНТУ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, РАЗВИВШЕМУСЯ НА ФОНЕ  
ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) электрокардиоверсии
- Б) в/в введения Нитроглицерина
- В) в/в введения Метопролола
- Г) постановки временной электрокардиостимуляции

**1879. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ  
ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–ВАЙТА  
НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ**

- А) Амиодарон
- Б) Новокаинамид
- В) Пропафенон
- Г) Анаприлин

**1880. У БОЛЬНОГО С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ХОБЛ И  
ПОСТБРОНХОДИЛАТАЦИОННЫМ ОФВ<sub>1</sub><50% ОТ ДОЛЖНОГО ПОКАЗАНО  
НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) пролонгированных бронхолитиков + ингаляционных глюкокортикоидов
- Б) в/в введения теофиллинов (Эуфиллина) + ингаляционных холинолитиков
- В) антибактериальных препаратов + короткодействующих бронхолитиков
- Г) короткодействующих бронхолитиков + в/в введение глюкокортикоидов

**1881. К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОЙ СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОсят**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б)  $\beta_2$ - агонисты короткого действия по потребности
- В) теофиллин замедленного высвобождения Г)  $\beta_2$ -  
агонисты длительного действия

**1882. ИНТЕНСИВНОСТЬ И СРОКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ**

- А) типом медицинского учреждения
- Б) объемом поражения сердечной мышцы
- В) видом осложнений инфаркта миокарда
- Г) наличием постинфарктной стенокардии

**1883. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ (ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ), ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ (ИШЕМИЧЕСКИЙ ИЛИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА) И ПОЧЕЧНЫХ (ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК) ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) артериальная гипертензия
- Б) малоподвижный образ жизни
- В) избыточная масса тела (ожирение)
- Г) повышенное потребление в пищу поваренной соли (хлорида натрия)

**1884. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) болезни системы кровообращения
- Б) злокачественные новообразования
- В) внешние причины, в том числе травмы
- Г) болезни системы органов пищеварения

**1885. К МАЛОВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТ**

- А) отеки
- Б) лихорадку
- В) боли в поясничной области
- Г) частое мочеиспускание

**1886. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) спирометрия
- Б) бронхоскопия
- В) пикфлюметрия
- Г) бронхография

**1887. ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ ОФВ1/ФЖЕЛ <70% И**

- А) ОФВ1 = 50-80%
- Б) ОФВ1 > 80%
- В) ОФВ1 = 30-50%
- Г) ОФВ1 < 80%

**1888. ЗНАЧИМЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПО ДАННЫМ ЭХО-КГ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫСТУПАЕТ**

- А) вегетация на клапанах
- Б) высокое давление наполнения левого желудочка
- В) наличие диастолической дисфункции Г)  
наличие систолической дисфункции

**1889. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение ритма
- Б) отек легких
- В) кардиогенный шок
- Г) оструя сердечно-сосудистая недостаточность

**1890. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ИММУНОГЛОБУЛИНОМ, ПОДТВЕРДЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Ig E
- Б) Ig M
- В) Ig A
- Г) Ig G

**1891. К ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ОТНОсят**

- А) рентгенографическое исследование органов грудной клетки
- Б) спирометрию
- В) бронхоскопию
- Г) бронхографию

**1892. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) обострение хронического гастрита
- Б) острый холецистит
- В) дёгтеобразный стул
- Г) желудочное кровотечение

**1893. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО НЕОБХОДИМО**

- А) исключить избыточное потребление жидкости
- Б) соблюдать строгую диету с исключением соли
- В) ограничить физическую активность
- Г) ограничить употребление белковой пищи

**1894. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) декомпенсированная сердечная недостаточность
- Б) тяжелая форма неспецифического язвенного колита
- В) острый парапроктит
- Г) кровоточащий геморрой

**1895. СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) макролиды нового поколения
- Б) оральные цефалоспорины II поколения
- В) фторхинолоны
- Г) аминогликозиды

**1896. БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ БРАДИКАРДИИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) дигидропиридиновых антагонистов кальция
- Б) бета-адреноблокаторов
- В) верапамила
- Г) дилтиазема

**1897. ОСНОВНОЙ ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингаляционные пролонгированные M-холинолитики
- Б) ингаляционные пролонгированные бета2-агонисты
- В) пероральные глюкокортикоиды
- Г) пролонгированный теофиллин

**1898. ДИСПАНСЕРНОМУ БОЛЬНОМУ СО СТАБИЛЬНОЙ  
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АНГИНОЗНОГО  
ПРИСТУПА ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ РЕКОМЕНДУЕТ**

- А) Изосорбida динитрат короткодействующий
- Б) Изосорбida мононитрат
- В) Верапамил
- Г) Бисопролол

**1899. ДИСПАНСЕРНОМУ БОЛЬНОМУ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ  
НАПРЯЖЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА В  
ДОЗЕ (МГ/СУТ)**

- А) 75-150
- Б) 25-50
- В) 325-500
- Г) 500-1500

**1900. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ИНГИБИТОРОВ  
АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ОТНОСЯТ**

- А) сухой кашель
- Б) покраснение лица
- В) сердцебиение
- Г) кожную сыпь

**1901. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВТОРЫМ  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ КЛАССОМ В ПОДОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА  
МИОКАРДА ВКЛЮЧАЕТ КРАТКОВРЕМЕННОЕ**

- А) (до 10 мин) участие в несостязательных спортивных играх (волейбол, настольный теннис, бадминтон)
- Б) (до 20 мин) участие в несостязательных спортивных играх (волейбол, настольный теннис, бадминтон)
- В) (до 30 мин) участие в соревнованиях (хоккей, большой теннис, бег трусцой)
- Г) (до 10 мин) участие в соревнованиях (бег трусцой)

**1902. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В САНАТОРИЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

- А) выше второго функционального класса, а при аневризме сердца – первого функционального класса
- Б) выше первого функционального класса
- В) первого функционального класса и синусовая тахикардия
- Г) второго функционального класса и единичные предсердные экстрасистолы

**1903. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЕТ**

- А) диета
- Б) лекарственная терапия
- В) фитотерапия
- Г) иглорефлексотерапия

**1904. НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО КАЛИЯ СОДЕРЖИТСЯ В 100 Г**

- А) картофеля
- Б) цветной капусты
- В) моркови
- Г) яблок

**1905. ИСТОЧНИКОМ ХОРОШО УСВАИВАЕМОГО КАЛЬЦИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) молоко и молочные продукты
- Б) овощи и фрукты
- В) зерновые и бобовые продукты
- Г) мясо и мясные продукты

**1906. ДИСПАНСЕРНОМУ ПАЦИЕНТУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО**

- А) пройти обследование
- Б) пролечиться в отделении реабилитации
- В) пролечиться в дневном стационаре
- Г) проконсультироваться в центре здоровья

**1907. К СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ОТНОСЯТ**

- А) физические упражнения и массаж
- Б) занятия спортом
- В) аэробику
- Г) сеансы релаксации

**1908. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН УКАЗАТЬ**

- А) специальные упражнения, решающие лечебные задачи
- Б) время выполнения упражнений
- В) темп выполнения упражнений
- Г) время отдыха после занятий

**1909. К ДВИГАТЕЛЬНЫМ РЕЖИМАМ В САНАТОРИИ ОТНОСЯТ**

- А) щадящий и щадяще-тренирующий
- Б) палатный
- В) свободный
- Г) стационарный

**1910. К ФИЗИЧЕСКИМ УПРАЖНЕНИЯМ ПО СТЕПЕНИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) активные и пассивные
- Б) гимнастические
- В) идеомоторные
- Г) дренажные

**1911. ПАССИВНЫМИ НАЗЫВАЮТ УПРАЖНЕНИЯ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ**

- А) с помощью инструктора без волевого усилия больного
- Б) на велотренажере
- В) с помощью инструктора при выраженном волевом усилии больного
- Г) мысленно (идеомоторные)

**1912. К ДЫХАТЕЛЬНЫМ УПРАЖНЕНИЯМ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) звуковые
- Б) корригирующие
- В) деторсионные
- Г) изометрические

**1913. КОРРИГИРУЮЩИЕ УПРАЖНЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ**

- А) симметричного укрепления мышц
- Б) расслабления мышц
- В) улучшения настроения
- Г) стимуляции отхождения мокроты

**1914. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МАССАЖУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хронический остеомиелит
- Б) растяжение связок
- В) гипертоническая болезнь
- Г) детский церебральный паралич

**1915. ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА ИСКЛЮЧАЮТ**

- А) выкручивание
- Б) разминание
- В) растирание
- Г) вибрацию

**1916. СПЕЦИАЛЬНЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) дыхательные
- Б) корригирующие
- В) рефлекторные
- Г) симметричные

**1917. ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ ЖИРОВОЙ СКЛАДКИ ТЕЛА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) калипер
- Б) ростомер
- В) угломер
- Г) динамометр

**1918. ИНДЕКСОМ КЕТЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) весо-ростовой
- Б) жизненный
- В) простой туловищный
- Г) силовой

**1919. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОСТОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) плантография
- Б) измерение длины стопы
- В) пальпация стоп
- Г) сбор анамнеза

**1920. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОСАНКИ ОБСЛЕДУЕМЫЙ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ В**

- А) привычной позе
- Б) положении лежа
- В) положении «смирно»
- Г) положении сидя

**1921. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ СТАНОВОЙ СИЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) беременность
- Б) сколиоз I степени
- В) избыток массы тела
- Г) слабое физическое развитие

**1922. АДЕКВАТНАЯ РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ПРОБУ С НАГРУЗКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) нормотоническая
- Б) гипертоническая
- В) дистоническая
- Г) гипотоническая

**1923. К СПЕЦИАЛЬНЫМ УПРАЖНЕНИЯМ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) корригирующие
- Б) идеомоторные
- В) рефлекторные
- Г) дыхательные

**1924. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИМЕНЯЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ**

- А) Штанге
- Б) Летунова
- В) Мартине
- Г) Томайера

**1925. К ФАКТОРАМ РИСКА, ПОВЫШАЮЩИМ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯТ**

- А) систолическое артериальное давление равное или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равное или выше 90 мм рт.ст.
- Б) ежедневное употребление алкоголя в переводе на этиловый спирт 10 грамм
- В) употребление овощей и фруктов в количестве 450 грамм в сутки
- Г) ежедневная ходьба в течение 1 часа

**1926. ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ ВЫШЕ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 2,5
- Б) 3
- В) 2,0
- Г) 1,8

**1927. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КРАТКОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (МИН.)**

- А) 10
- Б) 15
- В) 12
- Г) 17

**1928. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО НЕОТЛОЖНЫМ МЕРАМ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ ПРОВОДИТСЯ ЛИЦАМ**

- А) с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- Б) злоупотребляющим алкоголем
- В) злоупотребляющим сахаром
- Г) с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний

**1929. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ**

- А) мероприятия, предупреждающие развитие осложнений и рецидивов заболеваний
- Б) проведение прививок
- В) мероприятия, предупреждающие развитие заболеваний
- Г) выявление заболеваний

**1930. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- А) ограничение приема поваренной соли
- Б) отказ от употребления рыбы
- В) отказ от употребления кисло-молочных продуктов
- Г) избегать физических нагрузок

**1931. ТЕКУЩУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТ**

- А) больной с членами его семьи
- Б) центр дезинфекции
- В) противотуберкулезный диспансер
- Г) поликлиника общей лечебной сети

**1932. ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТ**

- А) семейный
- Б) бытовой
- В) производственный
- Г) профессиональный

**1933. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРОБЫ МАНТУ С 2ТЕ ППД-Л ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уколочная реакция
- Б) гиперемия
- В) папула 4 мм
- Г) папула 5 мм

**1934. КЛИНИЧЕСКИ МАЛОСИМПТОМНО ПРОТЕКАЕТ**

- А) очаговый туберкулез легких
- Б) диссеминированный туберкулез
- В) казеозная пневмония
- Г) фиброзно-кавернозный туберкулез

**1935. ВЫРАЖЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ТУБЕРКУЛЕЗ**

- А) милиарный
- Б) цирротический
- В) кавернозный
- Г) очаговый

**1936. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТНОСИТСЯ**

- А) язвенная болезнь желудка и ДПК
- Б) ишемическая болезнь сердца
- В) хронический пиелонефрит
- Г) желчнокаменная болезнь

**1937. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) прямая микроскопия
- Б) метод посева на питательные среды
- В) метод флотации
- Г) люминесцентная микроскопия

**1938. К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТ**

- А) больного туберкулезом легких, выделяющего МБТ
- Б) продукты питания
- В) больное животное
- Г) предметы окружающей среды

**1939. РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕМЫ ЧАЩЕ ПРЕДШЕСТВУЕТ ТУБЕРКУЛЕЗ**

- А) инфильтративный
- Б) диссеминированный
- В) фиброзно-кавернозный
- Г) внутригрудных лимфатических узлов

**1940. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕЗАВИСИМО ОТ ЕЁ СРОКОВ У БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОКАЗАНО ПРИ**

- А) распространенном деструктивном туберкулезе
- Б) ограниченном инфильтративном туберкулезе с распадом
- В) очаговом туберкулезе
- Г) туберкулезе плевры

**1941. СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИ**

- А) ограниченном туберкулезе без деструкции и бактериовыделения
- Б) цирротическом туберкулезе, осложненном тяжелой легочно-сердечной недостаточностью
- В) диссеминированном туберкулезе легких в фазе распада
- Г) распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе

**1942. ПЕРВИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ**

- А) дети и подростки
- Б) лица 20-30 лет
- В) лица 30-40 лет
- Г) лица 40-60 лет

**1943. «ШТАМПОВАННЫЕ» КАВЕРНЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА**

- А) подострого диссеминированного
- Б) очагового
- В) милиарного
- Г) инфильтративного

**1944. ДЛЯ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНО \_\_\_\_\_  
ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- А) острое
- Б) подострое
- В) малосимптомное
- Г) хроническое

**1945. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КАЗЕОЗНОЙ  
ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) массивное затемнение легочной ткани, состоящее из очагов, фокусов, сливающихся между собой, неоднородная структура тени за счет участков распада
- Б) уменьшенная в объеме, гомогенно затемненная доля лёгкого , выраженная реакция плевры, единичные очаги в окружающей легочной ткани
- В) тень с размытыми контурами, малой интенсивности, однородной структуры, неизменённая окружающая легочная ткань
- Г) тень высокой интенсивности в пределах одного-двух сегментов с участками просветления и расширенная тень средостения

**1946. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ВТОРИЧНОГО,  
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) вовлечением лимфатической системы в патологический процесс
- Б) более частой локализацией специфических изменений в легком
- В) отрицательной пробой Манту с 2 ППД-Л Г)
- положительной пробой Пирке

**1947. У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2ТЕ ППД-Л  
ВОЗНИКАЕТ РЕАКЦИЯ**

- А) только местная
- Б) только общая
- В) местная и общая
- Г) местная и очаговая

**1948. ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ**

- А) мужчины
- Б) подростки
- В) дети
- Г) женщины

**1949. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВНЕТОРАКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гортань
- Б) кишечник
- В) печень
- Г) селезенка

**1950. ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ВЫСТУПАЮТ**

- А) лимфоидные, эпителиоидные, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеозный некроз
- Б) клетки Березовского-Штернберга
- В) эпителиоидные гранулемы с единичными клетками Пирогова-Лангханса
- Г) моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки

**1951. В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ ПРЕОБЛАДАЕТ**

- А) множественная лекарственная устойчивость
- Б) монорезистентность
- В) полирезистентность
- Г) тотальная лекарственная устойчивость

**1952. ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сахарный диабет
- Б) гипертоническая болезнь
- В) хронический вирусный гепатит
- Г) микседема

**1953. НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ПРИ НЕВРИТЕ СЛУХОВОГО НЕРВА**

- A) Стрептомицин
- Б) Рифампицин
- В) Этамбутол
- Г) Этионамид

**1954. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ КАНАМИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нефротоксичность
- Б) гепатотоксичность
- В) нейротоксичность
- Г) кардиотоксичность

**1955. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПРИСТУПЕ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ У БОЛНЫХ ЖКБ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям
- Б) купирование болей наркотическими анальгетиками
- В) госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи
- Г) назначение консультации врача-хирурга

**1956. БОЛЬНОМУ ГРИППОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОКАЗАН СРОК ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА**

- А) до нормализации температуры
- Б) до полного выздоровления
- В) на первые три дня
- Г) на первые 5-6 дней

**1957. БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ГРИПП, СЛЕДУЕТ ВЫПИСАТЬ К ТРУДУ**

- А) через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа
- Б) после исчезновения катаральных явлений
- В) через 5-6 дней от начала болезни
- Г) на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

**1958. ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

- А) фиброколоноскопии с биопсией
- Б) дуоденального зондирования
- В) велоэргометрии
- Г) урографии

**1959. ПРАВО НАПРАВЛЕНИЯ В БЮРО МСЭ ИМЕЕТ**

- А) врачебная комиссия медицинской организации
- Б) заведующий отделением
- В) лечащий врач
- Г) главный врач медицинской организации

**1960. В СЛУЧАЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ИМЕЕТ ПРАВО МАКСИМАЛЬНО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО (МЕС.)**

- А) 4
- Б) 6
- В) 10
- Г) 12

**1961. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАКРЫТ**

- А) при наступлении клинической ремиссии
- Б) по просьбе больного
- В) по требованию администрации с места работы
- Г) по просьбе родственников

**1962. ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ВРАЧ**

- А) сельской амбулатории
- Б) станции переливания крови
- В) бальнеологической лечебницы
- Г) судебно-медицинской экспертизы

**1963. БОЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С III ФК**

- А) может лечиться в местных кардиологических санаториях
- Б) может лечиться на климатических курортах
- В) может лечиться на бальнеологических курортах
- Г) не может лечиться, санаторно-курортное лечение противопоказано

**1964. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПРИКАЗ**

- А) Минздравсоцразвития РФ № 543н от 15.05.12
- Б) Минздравсоцразвития РФ № 110 от 12.02.07
- В) Минздравсоцразвития РФ № 84 от 16.08.04
- Г) МЗ РФ № 1011н от 06.12.12

**1965. ЛИЦА, С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДЯТ В \_\_\_\_\_ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ**

- А) 2
- Б) 1
- В) 3
- Г) 4

**1966. НА ФЕДЕРАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВОЗЛАГАЕТСЯ**

- А) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов
- Б) привлечение населения участка к прохождению диспансеризации
- В) краткое профилактическое консультирование
- Г) участие в оформлении паспорта здоровья

**1967. К ОСНОВНОМУ КРИТЕРИЮ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ**

- А) клинический и трудовой прогноз
- Б) условия труда
- В) степень выраженности функциональных нарушений
- Г) характер течения заболевания

**1968. ДАЕТ РЕКОМЕНДАЦИИ О ВРЕМЕННОМ ПЕРЕВОДЕ РАБОТНИКА ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НА ДРУГУЮ РАБОТУ**

- А) врачебная комиссия лечебного учреждения
- Б) лечащий врач
- В) председатель бюро МСЭ
- Г) заместитель главного врача по ЭВН

**1969. ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТА УДОСТОВЕРЯЕТ СПРАВКА**

- А) Ф.095-у
- Б) Ф.058-у
- В) Ф.030-у
- Г) Ф.025-у

**1970. ПРАВО НА ЛЬГОТЫ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ИМЕЮТ**

- А) ветераны боевых действий
- Б) реабилитированные и репрессированные
- В) ветераны труда
- Г) лица с системными заболеваниями соединительной ткани

**1971. ПО ХАРАКТЕРУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ**

- А) частичной и полной
- Б) временной и стойкой
- В) по общему заболеванию и по травме
- Г) частичной и стойкой

**1972. СОГЛАСНО НОВЫМ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТАМ  
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В \_\_\_\_ ЭТАП/ЭТАПА**

- А) два
- Б) три
- В) один
- Г) четыре

**1973. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ  
ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

- А) старше 50
- Б) старше 55
- В) до 45
- Г) до 30

**1974. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ ВНОСЯТСЯ В**

- А) паспорт здоровья
- Б) учетную форму № 25/у-04
- В) маршрутную карту
- Г) карту учета диспансеризации

**1975. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР  
ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В**

- А) 2 года
- Б) 3 года
- В) полгода
- Г) год

**1976. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ТИПИЧНА ДЛЯ**

- А) приступа стенокардии напряжения
- Б) приступа вариантной (вазоспастической) стенокардии
- В) перикардита
- Г) аневризмы левого желудочка

**1977. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) вирусные инфекции
- Б) бактериальные инфекции
- В) грибковые инфекции
- Г) воздействия токсинов

**1978. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВРОЖДЕННЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ СТЕНОЗ**

- А) лёгочной артерии
- Б) аорты
- В) левого а-в отверстия
- Г) правого а-в отверстия

**1979. ПРИ РАЗВИТИИ ИФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (СУТКИ)**

- А) 2-3
- Б) 1
- В) 5-6
- Г) 14

**1980. ША ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

- А) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)
- Б) липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)
- В) липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)
- Г) альфа липопротеидов (ЛПа)

**1981. ПБ ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ  
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

- А) липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)
- Б) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)
- В) липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)
- Г) альфа липопротеидов (ЛПа)

**1982. ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА**

- А) синтезируется в печени и поступает с пищей
- Б) синтезируется в печени и надпочечниках
- В) поступает исключительно с пищей
- Г) синтезируется в печени и почках

**1983. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФОРМА  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
- Б) дилатационной кардиомиопатии
- В) постинфарктном кардиосклерозе
- Г) пролабировании митрального клапана с выраженной регургитацией

**1984. К ДЕПРЕССОРНОМУ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОМУ МЕХАНИЗМУ ПРИ  
РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ АКТИВАЦИЯ**

- А) мозгового и предсердного натрийуретических пептидов
- Б) симпатоадреналовой системы (САС)
- В) ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС)
- Г) антидиуретического гормона (АДГ)

**1985. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛПНП, СОСТАВЛЯЮЩИЙ (ММОЛЬ/Л)**

А) 1,8

Б) 2,5

В) 3,0

Г) 3,5

**1986. ДИАГНОЗ «МИОКАРДИТ» ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ**

А) биопсии миокарда

Б) эхокардиографии

В) ЭКГ

Г) сцинтиграфии миокарда

**1987. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) атеросклероз коронарных артерий

Б) «мышечный» мостик

В) коронариит

Г) гипертрофия левого желудочка

**1988. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ**

А) гипертрофическая

Б) алкогольная

В) метаболическая

Г) дисгормональная

**1989. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)**

А) 1,8

Б) 2,0

В) 2,5

Г) 3,0

**1990. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ,  
КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО  
ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- A) гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ)
- Б) недостаточности аортального клапана
- В) дилатационной кардиомиопатии (ДКМП)
- Г) постинфарктном кардиосклерозе

**1991. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ  
АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ**

- A) сахарный диабет 2 типа
- Б) возраст
- В) отягощенная наследственность
- Г) мужской пол

**1992. В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА  
ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- A) глюкозы крови
- Б) общего холестерина
- В) систолического АД
- Г) возраста

**1993. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) тропонин I
- Б) миоглобин
- В) ЛДГ
- Г) общая КФК

**1994. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А) Колестиполом
- Б) Аторвастатином
- В) Фенофибратором
- Г) препаратами никотиновой кислоты

**1995. ПРИ ВЫБОРЕ ИНГИБИТОРА АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ХСН И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ**

- А) Фозиноприлу
- Б) Лизиноприлу
- В) Периндоприлу
- Г) Каптоприлу

**1996. ПРИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ**

- А) а-в блокаде II ст.
- Б) а-в блокаде I ст.
- В) фибрилляции предсердий
- Г) синусовой тахикардии

**1997. НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ**

- А) Розувастатина
- Б) Симвастатина
- В) Аторвастатина
- Г) Правастатина

**1998. ПРИЁМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В КРОВИ ВЫШЕ НОРМЫ В (РАЗ)**

- А) 3
- Б) 2
- В) 4
- Г) 5

**1999. К АНТАГОНИСТАМ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСИТСЯ**

- А) Эплеренон
- Б) Торасемид
- В) Триамтерен
- Г) Индапамид

**2000. К КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Триамтерен
- Б) Индапамид
- В) Гидрохлортиазид
- Г) Торасемид

**2001. К ПОСТСИНАПТИЧЕСКИМ БЛОКАТОРАМ -АЛЬФА1 – АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ОТНОСИТСЯ**

- А) Доксазозин
- Б) Моксонидин
- В) Алискирен
- Г) Фентоламин

**2002. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ**

- А) однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
- Б) однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- В) двуслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- Г) двуслойной гипоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря

**2003. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ**

- А) гепатоцеллюлярном раке
- Б) карциноме толстой кишки
- В) раке поджелудочной железы
- Г) карциноме желчного пузыря

**2004. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Преднизолон
- Б) Циклоспорин
- В) Триамцинолон
- Г) Ламивудин

**2005. УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ ВЫЗЫВАЕТ**

- А) ячмень
- Б) гречиха
- В) рис
- Г) кукуруза

**2006. ПРИ КВАШИОРКОРЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ**

- А) отёк
- Б) гиперальбуминемия
- В) гипергликемия
- Г) эйфория

**2007. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) Метронидазол
- Б) Цефалексин
- В) Ацикловир
- Г) Омепразол

**2008. ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ**

- А) псевдомембранозном колите
- Б) инфекции, вызванной *Yersinia Enterocolitica*
- В) болезни Крона
- Г) туберкулезе

**2009. ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО**

- А) наличие частых кровотечений
- Б) безрецидивное течение
- В) сегментарное поражение
- Г) появление трансмуральных язв

**2010. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ - СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯВЛЕНИЕ ЖКТ, ДИАРЕЯ - УКАЗЫВАЕТ НА**

- А) синдром Золлингера-Эллисона
- Б) язвенную болезнь с локализацией в желудке
- В) язвенный колит
- Г) хронический панкреатит

**2011. О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА**

- А) лейкоцитами
- Б) эозинофилами
- В) лимфоцитами
- Г) макрофагами

**2012. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, ОТДЕЛЯЮЩЕЕСЯ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ, СОСТАВЛЯЕТ (Л)**

- А) 1,5-2
- Б) 1-1,5
- В) 0,5-1
- Г) 2-2,5

**2013. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО**

- А) биохимическое исследование крови
- Б) копрологическое исследование
- В) исследование желудочной секреции
- Г) рентгенологическое исследование

**2014. РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К D-КСИЛОЗЕ ЗАВИСИТ ОТ**

- А) всасывающей функции тонкой кишки
- Б) функции поджелудочной железы
- В) желудочной секреции
- Г) функции печени

**2015. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дистальный отдел подвздошной кишки
- Б) проксимальный отдел подвздошной кишки
- В) проксимальный отдел тощей кишки
- Г) дистальный отдел тощей кишки

**2016. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ (ЧАС)**

- А) 48-72
- Б) 12-18
- В) 18-24
- Г) 24-48

**2017. ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГЕПАТИТЕ ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ**

- А) пониженная
- Б) повышенная
- В) средней интенсивности
- Г) нормальная

**2018. ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ НА ЭКГ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) элевация сегмента ST
- Б) депрессия сегмента ST
- В) инверсия зубцов Т
- Г) развитие блокады левой ножки пучка Гиса

**2019. САМЫМ РАННИМ БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ**

- А) миоглобина
- Б) МВ КФК
- В) тропонина I
- Г) ЛДГ4

**2020. ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА УРОВЕНЬ ТРОПОНИНОВ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ЧАСА/ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ПРИСТУПА**

- А) 3-4
- Б) 1-2
- В) 6-8
- Г) 12-24

**2021. РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ВЕЛИК ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПОВЫШЕНИИ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

А) ЛПОНП

Б) ЛПВП

В) ЛП(а)

Г) ЛПНП

**2022. В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ**

А) натрийуретических пептидов

Б) катехоламинов

В) альдостерона

Г) ренина

**2023. К ВТОРИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ**

А) перипортальная

Б) дилатационная

В) гипертрофическая

Г) рестриктивная

**2024. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПО ТАБЛИЦЕ SCORE ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)**

А) 2,5

Б) 1,8

В) 3,0

Г) 3,5

**2025. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) депрессия сегмента ST более 2 мм в точке J

Б) появление отрицательных зубцов Т

В) снижение вольтажа всех зубцов

Г) синусовая тахикардия

**2026. ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ  
ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ**

- А) стенозирующем атеросклерозе периферических артерий
- Б) гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
- В) дилатационной кардиомиопатии
- Г) стенозе аортального клапана

**2027. НЕСЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Карведилол
- Б) Бисопролол
- В) Метопролол
- Г) Атенолол

**2028. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ  
ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ**

- А) митральном стенозе
- Б) недостаточности митрального клапана
- В) дилатационной кардиомиопатии
- Г) пролабировании митрального клапана с регургитацией

**2029. АТЕРОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А)  $\alpha$ -адреноблокаторами
- Б)  $\beta$ -адреноблокаторами
- В) тиазидовыми диуретиками
- Г) глюкокортикоидами

**2030. К АРТЕРИАЛЬНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ**

- А) дигидропиридины
- Б) ингибиторы АПФ
- В) постсинаптические  $\alpha$ -адреноблокаторы
- Г) блокаторы рецепторов ангиотензина

**2031. ПРИ ВЫСОКОМ УРОВНЕ ЛП (А) В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) фибраты
- Б) статины
- В) секвестранты жирных кислот
- Г) Эзетимиб

**2032. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) двусторонний стеноз почечных артерий
- Б) гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
- В) аортальный стеноз
- Г) констриктивный перикардит

**2033. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ КАШЛЯ ПРИ ПРИЁМЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ СВЯЗАН С/СО**

- А) увеличением продукции содержания брадикинина
- Б) увеличением продукции натрийуретических пептидов
- В) снижением активности ренина плазмы
- Г) снижением содержания ангиотензина-II

**2034. ПРИЁМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ В СЛУЧАЕ РЕГИСТРАЦИИ НА ФОНЕ МИАЛГИЙ ПОВЫШЕНИЯ В КРОВИ АКТИВНОСТИ КФК В (РАЗ)**

- А) 5
- Б) 4
- В) 3
- Г) 2

**2035. К ВЕНОЗНЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ**

- А) нитраты
- Б) дигидропиридины
- В) ингибиторы АПФ
- Г) постсинаптические  $\alpha$ -адреноблокаторы

**2036. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИАПФ МОЖЕТ СНИЖАТЬСЯ ПРИ  
ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИЕМЕ**

- А) нестероидных противовоспалительных средств
- Б) антибиотиков
- В) антацидов
- Г) секвестрантов желчных кислот

**2037. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В  
ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ**

- А) госпитализировать с приёма в блок интенсивной терапии
- Б) направить на консультацию к врачу-кардиологу
- В) направить на ЭКГ
- Г) направить на анализ крови

**2038. ПОЖИЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ГОД)**

- А) от 60 до 74
- Б) от 70 до 80
- В) от 75 до 89
- Г) от 80 до 94

**2039. СТАРЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ГОД)**

- А) от 75 до 89
- Б) от 70 до 80
- В) от 60 до 74
- Г) от 80 до 94

**2040. К ФАКТОРАМ РИСКА У ПОЖИЛЫХ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИМ НА СМЕРТНОСТЬ, ОТНОСИТСЯ**

- А) высокое систолическое АД на плечевой артерии
- Б) высокое диастолическое АД на плечевой артерии
- В) высокое систолическое АД на голени Г) низкое систолическое АД на голени

**2041. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВА МОГУТ БЫТЬ**

- А) генетические
- Б) профессиональные
- В) социальные
- Г) экологические

**2042. ОСОБЕННОСТЬЮ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уменьшение всасывания лекарственных средств (ЛС) в пищеварительном тракте
- Б) уменьшение объема распределения водорастворимых ЛС
- В) увеличение объема распределения водорастворимых ЛС
- Г) уменьшение объема выделяемой мочи почками

**2043. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО БРОНХИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) очаговая пневмония
- Б) хронический бронхит
- В) туберкулез
- Г) рак легкого

**2044. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ САД ВЫШЕ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 140 и диастолическом АД менее 90
- Б) 140 и диастолическом АД выше 90
- В) 160 и диастолическом АД выше 90
- Г) 200 и диастолическом АД выше 120

**2045. ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ВКЛЮЧАЮТ**

- А) спутанность сознания
- Б) выраженную тахикардию
- В) незначительную желтуху
- Г) миалгии и оссалгии

**2046. СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) уменьшением вариабельности АД
- Б) увеличением вариабельности АД
- В) снижением АД во время ночного сна
- Г) увеличением АД в утренние часы

**2047. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДОМАШНЕЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пневмококк
- Б) микоплазма
- В) хламидия
- Г) легионелла

**2048. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) преобладание отечно-секреторного механизма обструкции
- Б) частота атопических форм
- В) редкость атопических форм
- Г) преобладание бронхоспастического механизма обструкции

**2049. К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ**

- А) постельный режим
- Б) физическое переутомление
- В) перегревание
- Г) психоэмоциональный стресс

**2050. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение порога болевой чувствительности
- Б) снижение порога болевой чувствительности В)
- ослабление воспалительной реакции Г) усиление
- воспалительной реакции

**2051. В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ревматизм
- Б) миксоматозная дегенерация клапанов
- В) инфекционный эндокардит
- Г) генетическая тромбофилия

**2052. ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) усиление одышки и выделения мокроты
- Б) появление ночной потливости и
- интоксикации В) полиурия на фоне гипертермии
- Г) анурия на фоне гипертермии

**2053. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ СЛЕДУЕТ УЧИТЬСЯ**

- А) возможное нарушение всасывания лекарств
- Б) ускоренное выведение лекарств почками В)
- вероятность повышенного метаболизма
- Г) значительное усиление всасываемости лекарств

**2054. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ У ПОЖИЛЫХ СВЯЗАНО С**

- А) снижением функции печени и почек
- Б) снижением кровотока в зоне микроциркуляции
- В) нарушением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте
- Г) повышением всасывания лекарств в желудочно-кишечном тракте

**2055. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИБИОТИКОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ**

- А) общее улучшение самочувствия
- Б) лихорадка (подъем температуры)
- В) исчезновение кашля и мокроты
- Г) нормализация ночного сна

**2056. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ**

- А) начинается при возникновении риска
- Б) проводится пожизненно курсами
- В) включает длительную иммобилизацию
- Г) требует соблюдения антитромботической диеты

**2057. РАЗВИТИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА СПОСОБСТВУЕТ**

- А) генетическая предрасположенность
- Б) ожирение
- В) использование системных глюкокортикоидов
- Г) хроническая сердечная недостаточность

**2058. ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) наличием новообразованных сосудов на сетчатке
- Б) внезапным развитием в течение 5 первых лет сахарного диабета
- В) внезапным развитием в течение 8 первых лет сахарного диабета
- Г) наличием катаракты и открытоугольной глаукомы

**2059. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) беременность
- Б) хронический пиелонефрит
- В) внебольничная пневмония
- Г) аутоиммунный тиреоидит

**2060. К ИНГИБИТОРАМ ДИПЕТИДИЛПЕПТИДАЗЫ-4 ОТНОСИТСЯ**

- А) Алоглиптин
- Б) Пиоглитазон
- В) Эмпаглифлозин
- Г) Дапаглифлозин

**2061. К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ МАССУ ТЕЛА, ОТНОСИТСЯ**

- А) Лираглутид
- Б) Глимепирид
- В) Вилдаглиптин
- Г) Пиоглитазон

**2062. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ПРОТАФАНА СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)**

- А) 12-16
- Б) более 24
- В) 10-12
- Г) более 36

**2063. ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ВКЛЮЧАЕТ**

- А) постоянный контроль гликемии
- Б) значительное снижение потребления углеводов
- В) значительное увеличение физической активности
- Г) прием витаминов и антиоксидантов

**2064. ДИАГНОЗ «НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ» НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ**

- А) болях в эпигастральной области до приема пищи
- Б) учащении приступов стенокардии
- В) появлении ночных приступов стенокардии
- Г) выявлении стенокардии в течение 1 месяца

**2065. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК ПОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В СЛУЧАЕ**

- А) отрыва хордаальных сухожилий
- Б) дисфункции папиллярных мышц
- В) миксоматозной дегенерации одной из створок
- Г) дилатации атриовентрикулярного кольца

**2066. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) остро возникшая митральная регургитация
- Б) пролапс обеих створок
- В) нарушение ритма сердца по типу экстрасистолии
- Г) митральная регургитация, которая занимает половину систолы

**2067. ПРИЗНАКОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ ПРИ ТЕСТЕ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отсутствие подъема систолического АД выше 120 мм рт.ст.
- Б) повышение АД и учащение ЧСС
- В) учащение ЧСС
- Г) регистрация одиночной наджелудочковой экстрасистолии

**2068. ФАКТОРОМ, КОТОРЫЙ МЕШАЕТ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полная блокада левой ножки
- Б) артериальная гипертензия
- В) нарушение ритма сердца
- Г) атриовентрикулярная блокада

**2069. К ОДНОЙ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) стеноз митрального клапана
- Б) ишемическая болезнь сердца
- В) недостаточность аортального клапана
- Г) гипертоническая болезнь

**2070. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ**

- А) тетрада Фалло
- Б) открытое овальное окно
- В) аневризма межпредсердной перегородки
- Г) евстахиев клапан

**2071. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ**

- А) атеросклероза
- Б) фиброму скеллярной дисплазии
- В) опухоли почки
- Г) травмы почки

**2072. СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ**

- А) дуплексной допплероультрасонографии почек
- Б) КТ почек
- В) МРТ почек
- Г) ультразвукового исследования почек

**2073. ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нестимулируемый уровень ренина
- Б) повышенный уровень ренина
- В) повышенный показатель калия
- Г) гипергликемия

**2074. ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ» МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПРИ**

- А) спонтанной гипокалиемии
- Б) гиперкалиемии
- В) повышенном уровне ренина
- Г) гипергликемии

**2075. ПРИЗНАКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ретинопатия или нейроретинопатия
- Б) высокий показатель систолического АД выше 220 мм рт.ст.
- В) снижение скорости клубочковой фильтрации
- Г) протеинурия

**2076. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОСТНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ ВЕДЕТ К**

- А) компенсаторной гипертрофии миокарда
- Б) дилатации камер сердца
- В) легочной гипертензии
- Г) снижению сократимости миокарда

**2077. ОСЛАБЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ**

- А) эмфиземе лёгких
- Б) артериальной гипертензии
- В) недостаточности митрального клапана
- Г) стенозе аортального клапана

**2078. УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ**

- А) стенозе устья аорты
- Б) эмфиземе легких
- В) ожирении
- Г) аневризме аорты

**2079. ТОЧКА БОТКИНА-ЭРБА, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ В IV МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ, СЛУЖИТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВЫСЛУШИВАНИЯ КЛАПАНА**

- А) аортального
- Б) митрального
- В) триkuspidального
- Г) легочной артерии

**2080. ДЕФИЦИТ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С**

- А) фибрилляцией предсердий
- Б) артериальной гипертензией
- В) полной блокадой левой ножки пучка Гиса
- Г) недостаточностью аортального клапана

**2081. НЕСООТВЕТСТВИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА МЕТАБОЛИЧЕСКИМ НУЖДАМ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) ишемической болезни сердца
- Б) гипертонической болезни
- В) дилатационной кардиомиопатии
- Г) метаболического синдрома

**2082. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММ РТ.СТ.)**

А) 130/80

Б) 140/90

В) 140/80

Г) 120/80

**2083. К СМЕШАННЫМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТ**

А) ингибиторы АПФ

Б) Карведилол

В) Моксонидин

Г) Метилдопу

**2084. НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ В ОДИНАКОВЫХ ДОЗАХ**

А) Розувастатина

Б) Симвастатина

В) Аторвастатина

Г) Правастатина

**2085. ДИАГНОЗ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (%)**

А)  $\geq 6,5$

Б)  $\geq 6,0$

В)  $\geq 6,8$

Г)  $\geq 7,0$

**2086. ПРАВИЛОМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) прием 75 грамм глюкозы, растворенных в воде

Б) соблюдение безуглеводной диеты в течение 3 дней В)

отказ от обеда и ужина накануне проведения пробы Г)

прием 100 грамм глюкозы, растворенных в воде

**2087. ПРИ ВЫБОРЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА СЛЕДУЕТ УЧИТЬ ВАТЬ**

- А) возраст пациента
- Б) длительность течения сахарного диабета
- В) наличие сахарного диабета у родственников
- Г) характер сахароснижающей терапии

**2088. ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО**

- А) острое начало заболевания
- Б) выявление инсулинерезистентности
- В) снижение потребности в инсулине при травме
- Г) отсутствие склонности к кетоацидозу

**2089. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) гликированного гемоглобина
- Б) постпрандиальной гипергликемии
- В) гликемии через 10 часов после приема пищи
- Г) отношения проинсулина к инсулину

**2090. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

- А) триглицеридов
- Б) общего холестерина
- В) липопротеидов низкой плотности
- Г) липопротеидов высокой плотности

**2091. РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПОВЫШЕН У**

- А) женщин, родивших ребенка массой более 4,5 кг.
- Б) людей, часто болеющих вирусными инфекциями
- В) людей, в возрасте до 1 года, получавших коровье молоко
- Г) женщин, родивших ребенка массой менее 2,5 кг.

**2092. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ**

- А) среднего уровня гликемии за 2-3 месяца
- Б) среднего уровня гликемии за 5-6 месяцев
- В) среднего уровня гликемии за 2-3 недели
- Г) степени тяжести течения сахарного диабета

**2093. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРОИЗВОДНЫХ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипогликемия
- Б) снижение массы тела
- В) повышение уровня тромбоцитов
- Г) повышение уровня лейкоцитов

**2094. К ИНГИБИТОРАМ ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ-4 ОТНОСИТСЯ**

- А) Алоглиптин
- Б) Пиоглитазон
- В) Эмпаглифлозин
- Г) Дапаглифлозин

**2095. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОТНОСИТСЯ**

- А) Метформин
- Б) Глибенкламид
- В) Пиоглитазон
- Г) Глимепирид

**2096. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сахарный диабет 2 типа
- Б) сахарный диабет 1 типа
- В) выраженное повышение массы тела
- Г) выраженная инсулинорезистентность

**2097. ПРИ ДОКАЗАННОЙ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ НАЗНАЧАЮТ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) петлевые диуретики
- В) блокаторы  $\beta$ -адренорецепторов
- Г) блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов

**2098. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лазерная фотокоагуляция
- Б) назначение ангиопротекторов
- В) назначение рассасывающих препаратов
- Г) склеротерапия сосудистого русла

**2099. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) прибавка массы тела
- Б) повышение уровня артериального давления
- В) прогрессирование сердечной недостаточности
- Г) прогрессирование печеночной недостаточности

**2100. ПРЕПАРАТОМ, МАСКИРУЮЩИМ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Бисопролол
- Б) Нифедипин
- В) Индапамид
- Г) Фуросемид

**2101. К НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРОРАЛЬНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ СОЧЕТАНИЕ**

- А) Метформина и Вилдаглиптина
- Б) Глимелирида и Ситаглиптина
- В) Натеглинида и Глимелирида
- Г) Вилдаглиптина и Пиоглитазона

**2102. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) спирометрия
- Б) бронхоскопия
- В) компьютерная томография
- Г) пикфлюметрия

**2103. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- А) эозинофилия
- Б) тромбоцитоз
- В) лимфоцитоз
- Г) нейтрофилез

**2104. О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В МОКРОТЕ**

- А) эластических волокон
- Б) кристаллов Шарко-Лейдена
- В) большого числа лейкоцитов
- Г) большого числа эритроцитов

**2105. БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ**

- А) глюкокортикоиды
- Б) ингаляционные  $\beta_2$  агонисты
- В) периферические вазодилататоры
- Г) защищенные пенициллины

**2106. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нормализация температуры через 48-72 часа
- Б) полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани
- В) нормализация всех лабораторных показателей
- Г) нормализация температуры в утренние и дневные часы

**2107. В ТЕРАПИИ ХОБЛ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) бронходилататоры
- Б) ингаляционные глюкокортикоиды
- В) антибактериальные препараты
- Г) отхаркивающие препараты

**2108. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дисфония
- Б) остеопороз
- В) гипергликемия
- Г) ожирение

**2109. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ОТСУСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ВЫСОКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ**

- А) анти-IgE-антител
- Б) стабилизаторов мембран тучных клеток
- В) антилейкотриенов
- Г) М-холинолитиков

**2110. ПРИ ХОБЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ ВАКЦИНОЙ**

- А) противогриппозной
- Б) противококлюшной
- В) противоменингококковой
- Г) противодифтерийной

**2111. К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ КЛОНИДИНОМ (КЛОФЕЛИНОМ), ОТНОСЯТ**

- А) гипотонию, брадикардию, сухость во рту, нарушение сознания Б)  
гипертензию, тахикардию, гиперсаливацию, гиперемию лица  
В) тахикардию, профузное потоотделение, психомоторное возбуждение Г)  
сухость во рту, понос, боли в животе, запах ацетона изо рта

**2112. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ВИДЕ**

- А) вторичного амилоидоза  
Б) цитопенического синдрома  
В) рефрактерной анемии  
Г) гемолитического синдрома

**2113. ПЕРИОДОМ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА (Т1/2) ЯВЛЯЕТСЯ ВРЕМЯ**

- А) снижения концентрации в плазме крови на 50%  
Б) снижения концентрации в моче на 50%  
В) достижения органа-мишени 50% введенной дозы  
Г) достижения максимальной концентрации в плазме крови

**2114. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ингибитор протонной помпы + Амоксициллин 1000 мг×2 раза в сутки  
+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки  
Б) ингибитор протонной помпы + Амоксициллин 500 мг×2 раза в сутки  
+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки  
В) блокатор H2-гистаминовых рецепторов + Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки  
+ Кларитромицин 500 мг × 2 раза в сутки  
Г) блокатор H2-гистаминовых рецепторов + Амоксициллин 1000 мг × 2 раза в сутки  
+ Кларитромицин 500 мг × 1 раз в сутки

## **2115. НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) вредный и непредвиденный эффект вследствие применения лекарственного средства в терапевтических дозах для профилактики, лечения, диагностики или изменения физиологической функции человека
- Б) любое неблагоприятное явление с медицинской точки зрения в жизни пациента, который принимал исследуемый фармацевтический продукт, но не обязательно связанное с приемом данного лекарственного средства
- В) реакция на препарат, сведения о природе и тяжести которой отсутствуют в инструкции по применению препарата, не описаны в доступных материалах о препарате и ее не ожидают, исходя из знаний о свойствах препарата
- Г) реакция, представляющая угрозу жизни пациента, приведшая к длительному ограничению трудоспособности, онкологическим заболеваниям или приведшая к смерти

## **2116. ЛСД (ДИЭТИЛАМИД Д-ЛИЗЕРГИНОВОЙ КИСЛОТЫ)**

### **ОТНОСЯТ К**

- А) галлюциногенам
- Б) психостимуляторам
- В) производным конопли
- Г) опиатам

## **2117. ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ОБУСЛОВЛЕНЫ**

- А) фармакологическими свойствами лекарственного средства
- Б) аллергическими реакциями немедленного или замедленного типа
- В) относительной или абсолютной передозировкой препарата Г)  
нарушением иммунобиологических свойств организма

## **2118. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНОЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ВВЕДЕНИЕ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) угнетение дыхания
- Б) судороги конечностей
- В) эндогенная депрессия
- Г) понижение температуры

**2119. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ  
ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ-4 ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) усилением эндогенной стимуляции секреции инсулина из В-клеток поджелудочной железы
- Б) уменьшением биодоступности углеводов с высоким гликемическим индексом в тонком кишечнике
- В) повышением чувствительности к инсулину гепатоцитов и адипоцитов в жировой ткани
- Г) угнетением активности ферментов, участвующих в гидролизе углеводов пищи в желудочно-кишечном тракте

**2120. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ E.COLI  
К АМИНОПЕНИЦИЛЛИНАМ И ЦЕФАЛОСПОРИНАМ ПЕРВОГО  
ПОКОЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) выработке бета-лактамаз широкого спектра действия
- Б) изменении молекулы мишени действия в результате образования пенициллин связывающего белка
- В) изменении проницаемости мембранны для антибиотиков
- Г) появлениях эффлюкса – активного выведения антибиотика из микробной клетки

**2121. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы протонной помпы
- Б) блокаторы H2-рецепторов гистамина
- В) блокаторы дофаминовых рецепторов
- Г) алюминийсодержащие гастропротекторы

**2122. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКАРБОЗЫ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хроническое заболевание кишечника с заметными нарушениями пищеварения и всасывания
- Б) гипертриглицеридемия на фоне нормогликемии при соблюдении строгой диеты и комплаентности терапии
- В) выраженная постпрандиальная гипергликемия - гликемия после еды
- Г) сахарный диабет 1 типа

**2123. МЕХАНИЗМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) угнетении проводимости болевых стимулов в центральной нервной системе
- Б) снижении активности циклооксигеназы с ингибированием синтеза простагландинов и брадикинина
- В) снижении чувствительности рецепторов к медиаторам боли – гистамину и брадикинину
- Г) угнетении холинергической иннервации гладкомышечных органов и спазмолитическом действии

**2124. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ОТМЕНЫ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение циркадианного ритма сон-бодрствование
- Б) снижение клеточной защиты слизистой ротовой полости
- В) появление галлюцинаций, опасных для жизни Г)
- Г) обострение имеющихся ранее заболеваний

**2125. ТЕНДИНИТ И/ИЛИ РАЗРЫВ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) фторхинолонов
- Б) цефалоспоринов
- В) аминогликозидов
- Г) карбапенемов

**2126. МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА, КОТОРУЮ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРЕВЫШАТЬ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРОЛОБУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (Г)**

- А) 4,0
- Б) 3,0
- В) 5,0
- Г) 6,0

**2127. К НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ БЫСТРОРАЗВИВАЮЩИМСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ РЕАКЦИЯМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСЯТ**

- А) снижение толерантности к глюкозе
- Б) истончение и легкую ранимость кожи
- В) субкаспуллярную заднюю катаракту
- Г) дистрофические изменения миокарда

**2128. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ОТНОСЯТ**

- А) нефротоксичность
- Б) гепатотоксичность
- В) кардиотоксичность
- Г) гематотоксичность

**2129. У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОБКРАДЫВАНИЯ, НЕ РЕКОМЕНДОВАН К ПРИМЕНЕНИЮ**

- А) Дипиридамол
- Б) Никорандил
- В) Рабепразол
- Г) Домперидон

**2130. ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «ПИРУЭТ» СПОСОБЕН СПРОВОЦИРОВАТЬ**

- А) Соталол
- Б) Верапамил
- В) Атенолол
- Г) Дилтиазем

**2131. ФОТОСЕНСИЛИЗИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ**

- А) Амиодарон
- Б) Дизопирамид
- В) Сульпирид
- Г) Метформин

**2132. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ГИНЕКОМАСТИЮ И ГИРСУТИЗМ СПОСОБЕН ВЫЗВАТЬ ДИУРЕТИК**

- А) Спиронолактон
- Б) Гидрохлортиазид
- В) Торасемид
- Г) Фуросемид

**2133. ПРИ РЕЦИДИВЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ ПОВТОРНОГО ВВЕДЕНИЯ НЕ РАЗРЕШЕНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) Стреptокиназы
- Б) Проурокиназы
- В) Алтеплазы
- Г) Тенектеплазы

**2134. КАРДИОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ВПЛОТЬ ДО РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ПРЕПАРАТ**

- А) Доксорубицин
- Б) Дактиномицин
- В) Блеомицин
- Г) Сарколизин

**2135. У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ  
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ  
ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ
- Б) Верапамила, Дилтиазема, Атенолола
- В) Бисопролола, Дизопирамида, Амиодарона
- Г) Спиронолактона, Пропранолола, Соталола

**2136. СИНДРОМ ОТМЕНЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ  
ОКОНЧАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) глюкокортикоидов
- Б) бисфосфонатов
- В) Триметазидина
- Г) Ранолазина

**2137. ПОЯВЛЕНИЮ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ  
БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ ПРИЁМ**

- А) Изосорбida мононитрата
- Б) Метопролола сукцината
- В) Стронция ранелата
- Г) Алюминия гидроксида

**2138. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ  
(ГЕМОДИАЛИЗ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ) У ПАЦИЕНТОВ С  
ТЕРМИНАЛЬНЫМ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ  
АНТИКОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Гепарин
- Б) Варфарин
- В) Фондапаринкус
- Г) Дабигатран

**2139. ЭРИТРОПОЭЗСТИМУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) эритропоэтины (альфа, бета, дельта, омега)
- Б) ингибиторы пролилгидроксилазы
- В) ЭПО-миметики
- Г) ингибиторы транскриптазы

**2140. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) стимуляторы эритропоэза
- Б) стимуляторы лейкопоэза
- В) аналоги нуклеозидов
- Г) иммунодепрессанты

**2141. ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ ТЕРАПИЮ: СТИМУЛЯТОРЫ ЭРИТРОПОЭЗА С ПРЕПАРАТАМИ**

- А) железа
- Б) кальция
- В) калия
- Г) магния

**2142. ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ <30 МЛ/МИН/1,73 М<sup>2</sup> ГИПЕРКАЛИЕМИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Спиронолактона
- Б) Дабигатрана
- В) Фебуксостата
- Г) Ивабрадина

**2143. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) осложненный пиелонефрит
- Б) внебольничная пневмония
- В) профилактика инфекционного эндокардита
- Г) пневмоцистная пневмония

**2144. ПОДБОР ДОЗЫ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

- А) активированного частичного тромбопластинового времени
- Б) международного нормализованного отношения
- В) растворимых фибрин-мономерных комплексов с фибриногеном
- Г) активированного времени рекальцификации белка фибрина

**2145. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ С АЛЛЕРГИЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА НА ПЕНИЦИЛЛИН В АНАМНЕЗЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) макролиды
- Б) антрациклины
- В) аминопенициллины
- Г) фторхинолоны

**2146. ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ УГРОЗЫ ЖИЗНИ БЕРЕМЕННОЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ КАТЕГОРИИ D ПО КЛАССИФИКАЦИИ FDA**

- А) Амикацин
- Б) Азитромицин
- В) Амоксициллин
- Г) Цефтриаксон

**2147. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ РЕКОМЕНДОВАНО**

- А) делать перерыв в приеме нитратов 8-12 часов
- Б) принимать нитраты с ментолсодержащим препаратом
- В) комбинировать нитраты с бета-адреноблокаторами Г)  
принимать нитраты регулярно каждые 4-6 часов

**2148. ИЗ-ЗА РИСКА УВЕЛИЧЕНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО**

- ПРИМЕНЯТЬ** А) Ацетилсалициловую кислоту Б)  
Дабигатрана этексилат В) Аминокапроновую  
кислоту Г) Далтепарин натрия

**2149. ИЗ-ЗА ТЕРАТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ**

- А) Варфарин
- Б) Метилдопу
- В) Ранитидин
- Г) Фенолфталеин

**2150. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА Е (ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- А) индивидуальной нечувствительности и устойчивости
- Б) фармакологического действия и зависят от дозы
- В) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы Г) длительного использования и развития толерантности

**2151. СИНДРОМЫ ЛАЙЕЛА И СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ОТНОсят к неблагоприятным побочным реакциям лекарственных средств типа**

- А) В (непредсказуемые)
- Б) А (предсказуемые)
- В) С («химические»)
- Г) D (отсроченные)

**2152. КАНЦЕРОГЕНЕЗ относят к неблагоприятным побочным реакциям лекарственных средств типа**

- А) D ( отсроченные)
- Б) В (непредсказуемые)
- В) А (предсказуемые)
- Г) С («химические»)

**2153. Мониторинг безопасности применения лекарственных средств в медицинских учреждениях является частью деятельности, которая называется**

- А) фармаконадзором
- Б) комплаенсом
- В) фармакоинспекцией
- Г) фармакоэкономикой

**2154. Антикоагуляционный эффект и риск геморрагических осложнений увеличивается при сочетании антикоагулянтов с**

- А) нестероидными противовоспалительными средствами
- Б) агонистами I1-имидазолиновых рецепторов
- В) блокаторами CD20-рецепторов В-лимфоцитов
- Г) частичными агонистами никотиновых рецепторов

**2155. УСИЛЕНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРОРАЛЬНЫХ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ С**

- А) бета-адреноблокаторами
- Б) ингибиторами протонной помпы
- В) блокаторами рецепторов к ангиотензину II
- Г) ингибиторами ксантинооксидазы

**2156. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ НАЗНАЧАЮТ ТОПИЧЕСКИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА (ДЕКОНГЕСТАНТЫ) В НОС ДЛЯ**

- А) восстановления дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы
- Б) увеличения резорбции и эффективности антибактериальной терапии В)  
купирования аллергического компонента и улучшения слуха
- Г) предупреждения этмоидита и полипозной дегенерации слизистой оболочки

**2157. ВСЕ СЕЛЕКТИВНЫЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (ИНГИБИТОРЫ ЦОГ-2) ПОВЫШАЮТ \_\_\_\_\_ ЧЕМ НЕСЕЛЕКТИВНЫЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- А) сердечно-сосудистый риск в большей степени
- Б) сердечно-сосудистый риск в меньшей степени
- В) риск гастропатий в большей степени
- Г) риск поражения почек и хряща суставов

**2158. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА (ПЕРВОЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Урсодезоксихолевая кислота
- Б) Аминометилбензойная кислота
- В) Аминодигидрофталазиндион натрия
- Г) Протеинсукинилат железа

**2159. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты
- Б) диуретики, белковые растворы, антикининовые препараты
- В) антигистаминные средства, антибиотики, поливитамины
- Г) спиронолактоны, нитровазодилататоры, антагонисты кальция

**2160. НЕ РЕКОМЕНДОВАНО СОВМЕСТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ (ИЗ-ЗА СНИЖЕНИЯ АБСОРБЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ) С**

- А) Кетоконазолом
- Б) Метопрололом
- В) Амоксициллином
- Г) Аторвастатином

**2161. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕКИШЕЧНОЙ ФОРМЫ АМЕБИАЗА (АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ) ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) Метронидазол, Орнидазол, Тинидазол
- Б) Паромомицин, Ципрофлоксацин, Меропенем
- В) Тетрациклин, Метациклин, Доксициклин Г)  
Доксорубицин, Карминомицин, Рубомицин

**2162. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА (УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ) ОТНОСЯТ**

- А) Амиодарон, Соталол, Дронедарон
- Б) Метопролол, Бетаксалол, Бисопролол
- В) Аллапинин, Пропафенонон, Этализин
- Г) Хинидин, Новокаинамид, Дизопирамид

**2163. ЭФФЕКТАМИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) снижение эффективности гипотензивных средств и трициклических антидепрессантов
- Б) увеличение эффективности гипогликемических средств и глюокортикоидов
- В) увеличение эффективности непрямых антикоагулянтов и анксиолитиков (Диазепам)
- Г) снижение эффективности контрацептивов на фоне применения противосудорожных препаратов и тетрациклинов

**2164. МАКСИМАЛЬНАЯ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЗАРЕГИСТИРОВАНА У**

- А) Кортизона
- Б) Триамцинолона
- В) Метилпреднизолона
- Г) Бетаметазона

**2165. МАКСИМАЛЬНАЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА У**

- А) Бетаметазона
- Б) Кортизона
- В) Триамцинолона
- Г) Метилпреднизолона

**2166. ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ (ГИДРОКОРТИЗОНОМ, КОРТИЗОНОМ) ПРОВОДЯТ ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДОЗАХ**

- А) физиологических, 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером
- Б) фармакологических, 1/3 дозы утром и 2/3 дозы вечером
- В) супрафизиологических, равными дозами 3 раза в день
- Г) супрафизиологических, один раз в день утром

**2167. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ I ПОКОЛЕНИЯ (ПРОМЕТАЗИН, ХЛОРОПИРАМИН) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) обратимое связывание с H1-гистаминовыми рецепторами; местноанестезирующее, седативное, атропиноподобное и проаритмическое действие
- Б) неконкурентная блокада локальных H1-гистаминовых рецепторов; отсутствие местноанестезирующего и атропиноподобного эффектов; кардиотоксическое действие
- В) выраженное сродство к H1-гистаминовым рецепторам, угнетение интерлейкина-8, уменьшение выраженности бронхоспазма; развитие привыкания
- Г) длительная блокада H1-гистаминовых рецепторов, подавление высвобождения лейкотриена; противоэксудативное, спазмолитическое действие; отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов

**2168. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (ЛЕВОЦЕТИРИЗИН, ФЕКСОФЕНАДИН) ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) длительная блокада H1-гистаминовых рецепторов, подавление высвобождения лейкотриена; противоэксудативное, спазмолитическое действие; отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов
- Б) обратимое связывание с H1-гистаминовыми рецепторами; местноанестезирующее, седативное, атропиноподобное и проаритмическое действие
- В) неконкурентная блокада локальных H1-гистаминовых рецепторов; отсутствие местноанестезирующего и атропиноподобного эффектов; кардиотоксическое действие
- Г) выраженное сродство к H1-гистаминовым рецепторам, угнетение интерлейкина - 8, уменьшение выраженности бронхоспазма; развитие привыкания; кардиотоксическое действие

**2169. У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ ПО ПОВОДУ СОПУТСТВУЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- А) Лоратадин, Хифенадин
- Б) Цетиризин, Акривастин
- В) Дезлоратадин, Левоцетиризин
- Г) Сехифенадин, Фексофенадин

**2170. ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ, ОТЯГОЩЕННОМ МУЧИТЕЛЬНЫМ НЕПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ (ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОДОЗРЕНИЯ НА КОКЛЮШ), НЕ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) антибиотиков
- Б) бронходилататоров
- В) муколитиков
- Г) пароингаляций

**2171. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ МУЧИТЕЛЬНЫМ НЕПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРАВДАННЫМ ПРИ**

- А) подозрении на коклюш
- Б) аллергической реакции
- В) сердечной недостаточности
- Г) сахарном диабете 2 типа

**2172. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ НАEMORHILUS INFLUENZAE, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) аминопенициллины
- Б) оксазолидиноны
- В) тетрациклины
- Г) сульфаниламиды

**2173. ДЛЯ ВЫБОРА МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ**

- А) CRB-65
- Б) HAS-BLED
- В) SOFA
- Г) MRC

**2174. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ (ЧАС)**

А) 48-72

Б) 12-24

В) 72-96

Г) 96-120

**2175. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСПЕРГИЛЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Вориконазол

Б) Каспофунгин

В) Амфотерицин В

Г) Флуканазол

**2176. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)**

А) 14-21

Б) 21-30

В) 7-14

Г) 30-35

**2177. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ПРИМЕНЯЮТ**

А) Бициллин

Б) Ампициллин

В) Цефтриаксон

Г) Супрастин

**2178. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

- А) международного нормализованного отношения(МНО)
- Б) активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- В) активированного времени рекальцификации (АВР)
- Г) растворимых фибрин-мономерных комплексов(РФМК)

**2179. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АСИСТОЛИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОМ**

- А) Пропранолола
- Б) Фенобарбитала
- В) Спиронолактона
- Г) Фебуксостата

**2180. НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ КОМБИНАЦИИ ДИГОКСИНА С**

- А) Амиодароном, Хинидином, Верапамилом
- Б) Аторвастатином, Нифедипином, Клопидогрелом
- В) Вальсартаном, Фенофибратором, Амлодипином
- Г) Цетиризином, Омепразолом, Деносумабом

**2181. ПОДБОР СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДАБИГАТРАНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

- А) без контроля показателей коагулограммы
- Б) под контролем международного нормализованного отношения
- В) под контролем всех показателей коагулограммы
- Г) под контролем активированного частичного тромбопластинового времени

**2182. ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПАРАЦЕТАМОЛ НА ФОНЕ**

- А) приема алкоголя, индукторов цитохромов печени Р-450 (Н1-блокаторов, глюкокортикоидов, фенобарбитала), голодания
- Б) физической или эмоциональной нагрузок, хронической болезни почек, хронической обструктивной болезни легких
- В) приема ингибиторов абсорбции желчных кислот, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, Омепразола
- Г) приема миотропных спазмолитиков, м-холиноблокаторов, Циметидина, макролидных антибиотиков, Триметазидина

**2183. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии
- Б) липидный профиль, иммунологический и серологический анализ крови, состояние миокарда по данным эхокардиографии
- В) гормональный анализ крови, суточную протеинурию, состояние печени и почек по данным ультразвукового исследования
- Г) комплексный иммуногистохимический профиль, трофобластический бета-1-гликопротеин, фенотипы лимфоцитов (основные субпопуляции)

**2184. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) Нитроглицерина
- Б) Эналаприла
- В) Метопролола
- Г) Фуросемида

**2185. ШКАЛА GRACE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ**

- А) острым коронарном синдроме без подъема сегмента ST
- Б) ишемическом инсульте
- В) острой левожелудочковой недостаточности
- Г) хронической сердечной недостаточности

**2186. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
- Б) купирование болевого синдрома
- В) исчезновение признаков сердечной недостаточности
- Г) восстановление АВ проводимости

**2187. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Амиодарон
- Б) Новокаинамид
- В) Лидокаин
- Г) Метопролол

**2188. РЕКОМЕНДОВАННОЕ ВРЕМЯ ОТ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ДО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА В ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧРЕСКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ СОСТАВЛЯЕТ (МИН.)**

- А) 120
- Б) 60
- В) 180
- Г) 30

**2189. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проведение первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом
- Б) проведение системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ
- В) проведение системной тромболитической терапии
- Г) проведение ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов

**2190. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОВЫШЕНИЕМ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)**

А) 24

Б) 48

В) 72

Г) 96

**2191. В СЛУЧАЕ СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО**

А) проведение электроимпульсной терапии

Б) проведение инфузии Новокаинамида

В) проведение инфузии Амиодарона

Г) введение наркотических анальгетиков

**2192. ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИЕМ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖЕН ПРОДОЛЖАТЬСЯ**

А) неопределенно долго

Б) не менее года

В) не более полугода

Г) два года

**2193. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) геморрагический инсульт в анамнезе

Б) язвенная болезнь желудка в анамнезе

В) геморрагический васкулит

Г) артериальная гипертония

**2194. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (МГ)**

- А) 250-300
- Б) 500
- В) 150
- Г) 75

**2195. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО**

- А) незамедлительное проведение электроимпульсной терапии
- Б) проведение инфузии Кордарона
- В) проведение инфузии Лидокаина
- Г) назначение бета-адреноблокаторов

**2196. НАЗНАЧЕНИЕ ИНФУЗИИ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ПРИ**

- А) отеке легких
- Б) любой ситуации
- В) кардиогенном шоке
- Г) сочетании со стенозом устья аорты

**2197. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПИКСАБАНА В ДОЗЕ 10 МГ ДВА РАЗА В СУТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)**

- А) 7
- Б) 14
- В) 21
- Г) 28

**2198. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ (МЕС.)**

- А) 3
- Б) 6
- В) 9
- Г) 12

**2199. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) ПОКАЗАНО ПРИ**

- А) кардиогенном шоке
- Б) повторной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
- В) двусторонней ТЭЛА
- Г) илиофеморальном тромбозе

**2200. СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) низкомолекулярные гепарины
- Б) антагонисты витамина К
- В) антиагреганты
- Г) прямые оральные антикоагулянты

**2201. ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ПРИ**

- А) рецидивирующей ТЭЛА на фоне приема антикоагулянтов
- Б) массивной ТЭЛА
- В) тромбозе глубоких вен
- Г) планируемом оперативном вмешательстве высокого риска

**2202. ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ**

- А) повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА
- Б) острой венозной тромбоэмболии (ВТЭ)
- В) вторичной легочной гипертензии
- Г) известной тромбофилии

**2203. НЕБИВОЛОЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ \_\_\_\_-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ С ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ**

- А) бета1
- Б) бета2
- В) альфа
- Г) альфа- и бета

**2204. ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кашель
- Б) головная боль
- В) запоры
- Г) мышечная слабость

**2205. ДВОЙНЫМ ПУТЕМ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ОРГАНИЗМА ОБЛАДАЕТ**

- А) Фозиноприл
- Б) Эналаприл
- В) Периндоприл
- Г) Лизиноприл

**2206. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) беременность
- Б) гипокалиемия
- В) обструктивное заболевание легких
- Г) гипергликемия

**2207. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИАПФ В ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) профилактика ремоделирования сосудов
- Б) снижение частоты сердечных сокращений
- В) снижение сердечного выброса
- Г) уменьшение объема циркулирующей крови

**2208. У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АГ С НАЗНАЧЕНИЯ**

- А) Доксазозина
- Б) Карведилола
- В) Кандесартана
- Г) Гидрохлортиазида

**2209. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ИМЕЮТ ПРЕИМУЩЕСТВО В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С**

- А) ИБС (стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом)
- Б) нефропатией
- В) перенесенным инсультом
- Г) подагрой

**2210. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НЕДИГИДРОИРИДИНОВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атриовентрикулярная блокада
- Б) блокада левой ножки пучка Гиса
- В) удлинение интервала QT
- Г) запор

**2211. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) подагра
- Б) сахарный диабет
- В) ИБС
- Г) инсульт в анамнезе

**2212. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ САРТАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) беременность
- Б) подагра
- В) сахарный диабет
- Г) инсульт в анамнез

**2213. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атриовентрикулярная блокада 2-3 степени
- Б) хроническая обструктивная болезнь легких
- В) хроническая сердечная недостаточность
- Г) сахарный диабет

**2214. У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД МЕНЕЕ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 140/90
- Б) 130/80
- В) 125/80
- Г) 130/85

**2215. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОИРИДИНОВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кардиогенный шок
- Б) сердечная недостаточность
- В) беременность
- Г) брадикардия

**2216. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) антагонист альдостерона
- Б) антагонист кальция
- В) антагонист рецепторов 1 типа к ангиотензину II
- Г) бета-адреноблокатор

**2217. НАЗНАЧЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ АГ ПОКАЗАНО**

- А) при выявлении ИБС
- Б) всем мужчинам старше 40 лет
- В) всем женщинам старше 60 лет
- Г) при выявлении почечной недостаточности

**2218. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) сартаны
- Б) тиазидные диуретики
- В) прямые ингибиторы ренина
- Г) бета-адреноблокаторы

**2219. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ**

- А) статины и дезагреганты
- Б) ИАПФ и дезагреганты
- В) статины и бета-адреноблокаторы
- Г) статины и антагонисты кальция

**2220. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ**

- ЯВЛЯЮТСЯ**
- А) бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция
  - Б) антагонисты кальция и пролонгированные нитраты
  - В) Ивабрадин и антагонисты кальция
  - Г) антагонисты кальция и Дигоексин

**2221. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КЛОПИДОГРЕЛА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) непереносимость Ацетилсалициловой кислоты
- Б) сопутствующая фибрилляция предсердий
- В) желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе
- Г) сопутствующая ХСН

**2222. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сопутствующая ХСН
- Б) сопутствующая фибрилляция предсердий
- В) сопутствующий атеросклероз брахеоцефальных артерий
- Г) сопутствующий периферический атеросклероз

**2223. НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА ГЕМОГЛОБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНЕМИИ**

- А) железодефицитной
- Б) В12-дефицитной
- В) апластической
- Г) гемолитической

**2224. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО**

- А) постепенное развитие
- Б) острое начало
- В) кризовое течение
- Г) выявление наследственности

**2225. ИСТОНЧЕНИЕ И ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН, СУХОСТЬ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, СГЛАЖЕННОСТЬ СОСОЧКОВ ЯЗЫКА, НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ СУХОЙ ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- А) сидеропенического синдрома
- Б) общеанемического синдрома
- В) фуникулярного миелоза
- Г) гемолитического криза

**2226. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение ферритина и повышение ОЖСС
- Б) повышение ферритина и снижение ОЖСС
- В) снижение ферритина и снижение ОЖСС
- Г) повышение ферритина и повышение ОЖСС

**2227. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ РАЗМЕР ЭРИТРОЦИТА, В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) MCV
- Б) MCH
- В) MCHC
- Г) RDW

**2228. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНОГО СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение содержания сидеробластов
- Б) мегалобластический тип кроветворения
- В) уменьшение содержания всех форменных элементов
- Г) наличие большого количества миелобластов

**2229. К ГРУППЕ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЙ ОТНОСИТСЯ АНЕМИЯ**

- А) сидероахрестическая
- Б) апластическая
- В) B12-дефицитная
- Г) микросферацитарная

**2230. ГИПОХРОМИЯ ЭРИТРОЦИТОВ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) талассемии
- Б) микросферацитозе
- В) дефиците B12
- Г) дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

**2231. У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АНЕМИИ**

- А) фолиеводефицитной
- Б) железодефицитной
- В) В12-дефицитной
- Г) гемолитической

**2232. ПРИ В12-ДЕФИЦИТИНОЙ АНЕМИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ СКЛОННОСТЬ К**

- А) панцитопении
- Б) лейкоцитозу
- В) тромбоцитозу
- Г) появлению миелоцитов

**2233. ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ**

- А) В12-дефицитной
- Б) апластической
- В) железодефицитной
- Г) гемолитической

**2234. ПОТЕМНЕНИЕ МОЧИ, ИКТЕРИЧНОСТЬ КОЖИ И СКЛЕР, БОЛИ В ЖИВОТЕ, УМЕРЕННАЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АНЕМИИ**

- А) гемолитической
- Б) фолиеводефицитной
- В) железодефицитной
- Г) В12-дефицитной

**2235. РЕТИКУЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ**

- А) гемолитической
- Б) фолиеводефицитной
- В) железодефицитной
- Г) В12-дефицитной

**2236. К ГРУППЕ ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ ОТНОСИТСЯ АНЕМИЯ**

- А) серповидно-клеточная
- Б) микросферацитарная
- В) железодефицитная
- Г) В12-дефицитная

**2237. ГЕПАТО- И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА**

- А) гиперпластического
- Б) геморрагического
- В) анемического
- Г) инфекционно-токсического

**2238. ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) полицитемии
- Б) острого лейкоза
- В) хронического лейкоза
- Г) миелофиброза

**2239. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЩЕГО УРОВНЯ БЕЛКА ЗА СЧЕТ**

- А) парапротеина
- Б) гамма-глобулина
- В) альбумина
- Г) альфа-глобулина

**2240. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ В РАЗВИТИИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выработка аутоантротромбоцитарных антител
- Б) образование патологических иммунных комплексов
- В) дефицит плазменных факторов свертывания Г)  
активация тканевого тромбопластина

**2241. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТРАВМЫ, ОБШИРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, СЕПТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ**

- А) ДВС-синдрома
- Б) геморрагического васкулита
- В) гемолитической анемии
- Г) болезни Рандю-Ослера

**2242. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВЫЕ ДВЕ НЕДЕЛИ ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня ретикулоцитов
- Б) уменьшение числа микроцитов
- В) повышение уровня сывороточного железа
- Г) нормализация уровня билирубина

**2243. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) спленэктомия
- Б) Цианкобаламин
- В) ферротерапия
- Г) гормонотерапия

**2244. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) переливание эритроцитарной массы
- Б) переливание свежезамороженной плазмы
- В) введение глюкокортикоидов
- Г) проведение плазмафереза

**2245. ВО ВРЕМЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

- А) назначение стероидов
- Б) переливание свежезамороженной плазмы
- В) проведение плазмафереза
- Г) назначение антибиотиков

**2246. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) язвенная болезнь желудка в стадии обострения
- Б) язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии
- В) повторная беременность
- Г) планируемое оперативное лечение миомы матки

**2247. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗЕКЦИЯ**

- А) тонкой кишки
- Б) толстой кишки
- В) поджелудочной железы
- Г) правого легкого

**2248. ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА (В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ТРЕХВАЛЕНТНОЕ) В ДОЗЕ (МГ)**

А) 200-300

Б) 50-100

В) 100-150

Г) 500-1000

**2249. ПРИ СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРОТИВОПОКАЗАН**

А) Феррум Лек

Б) Витамин В6

В) Десферал

Г) Витамин С

**2250. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ФЕРРОТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЮТ УРОВЕНЬ**

А) ферритина

Б) сывороточного железа

В) общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)

Г) трансферина

**2251. ПРЕПАРАТОМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Мальтофер

Б) Сорбифер

В) Ферретаб

Г) Тотема

**2252. ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ ФУМАРАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Ферретаб

Б) Сорбифер

В) Мальтофер

Г) Тотема

**2253. ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ ГЛЮКОНАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) Тотема
- Б) Мальтофер
- В) Сорбифер
- Г) Ферретаб

**2254. ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) Сорбифер
- Б) Мальтофер
- В) Ферретаб
- Г) Тотема

**2255. ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА ВХОДИТ В СОСТАВ ПРЕПАРАТА**

- A) Матерна
- Б) Сорбифер
- В) Тотема
- Г) Феррум Лек

**2256. МИКРОЭЛЕМЕНТЫ (МЕДЬ, МАРГАНЕЦ) ВХОДЯТ В СОСТАВ ПРЕПАРАТА**

- A) Тотема
- Б) Мальтофер
- В) Сорбифер
- Г) Матерна

**2257. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕЧЕНИЕ ВИТАМИНОМ В12 НАЧИНАЮТ С ДОЗЫ (МКГ В СУТКИ)**

- A) 500
- Б) 200
- В) 100
- Г) 300

**2258. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Эритропоэтина
- Б) Преднизолона
- В) Витамина В12
- Г) Фолиевой кислоты

**2259. БЕРЕМЕННЫМ, ПОДРОСТКАМ, ЛИЦАМ, ПОЛУЧАЮЩИМ  
ДЛИТЕЛЬНО ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ,  
ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ  
ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ**

- А) фолиевую кислоту
- Б) витамин В12
- В) микроэлементы
- Г) витамин С

**2260. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ  
ПРОВОДИТСЯ**

- А) ежемесячно по 500 мкг витамина В12
- Б) ежедневно по 500 мкг витамина В12
- В) 1000 мкг витамина В12 1 раз в год
- Г) 1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода

**2261. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО**

- А) преобладание АЛТ над АСТ
- Б) преобладание АСТ над АЛТ
- В) изолированное повышение АЛТ
- Г) изолированное повышение АСТ

**2262. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ  
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ  
ВЕН ПИЩЕВОДА**

- А) с увеличением селезенки
- Б) с уменьшением селезенки
- В) с эхонеоднородностью селезенки
- Г) со снижением эхоплотности селезенки

**2263. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) кальцинатов в головке поджелудочной железы
- Б) повышенной активности эластазы в кале
- В) пониженной активности диастазы мочи
- Г) большого количества жира в кале

**2264. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ В КРОВИ УРОВЕНЬ**

- А) глюкозы и инсулина натощак
- Б) липазы и амилазы после пробного завтрака
- В) холестерола и триглицеридов натощак
- Г) железа и витамина В12 после пробного завтрака

**2265. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ**

- А) эластазы кала
- Б) липазы кала
- В) эластазы крови
- Г) липазы крови

**2266. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ ДЛЯ**

- А) оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- Б) дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита
- В) оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы
- Г) диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

**2267. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И**

- А) исключения других заболеваний
- Б) гистологического подтверждения
- В) иммуногистохимического подтверждения
- Г) ирригоскопического подтверждения

**2268. ПРИ ПОВЫШЕНИИ БИЛИРУБИНА, ТИПИЧНОМ ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА, НАДО ИСКЛЮЧИТЬ**

- А) гемолитическую анемию
- Б) инфекционный мононуклеоз
- В) острый вирусный гепатит А
- Г) хроническую алкогольную интоксикацию

**2269. ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- А) протеинов С и S
- Б) иммуноглобулина G
- В) витамина K
- Г) алкогольдегидрогеназы

**2270. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ КОЛИТЕ ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В КИШКЕ**

- А) сигмовидной
- Б) прямой
- В) слепой
- Г) подвздошной

**2271. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОЧТИ ВСЕГДА ЗАТРАГИВАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ КИШКИ**

- А) прямой
- Б) поперечной ободочной
- В) подвздошной
- Г) восходящей ободочной

**2272. ДИАГНОЗ «ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ (ЦЕЛИАКИЯ)» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ**

- А) антител к тканевой трансглутаминазе в крови Б)  
непереваренного глиадина и ретикулина в кале
- В) свободных дезаминированных пептидов глютена в моче
- Г) альфа-амилазы (птиалина) в виде L-изомера в слюне

**2273. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ГЛЮТЕНОВУЮ ЭНТЕРОПАТИЮ (ЦЕЛИАКИЮ) ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ**

- А) сахарным диабетом 1 типа
- Б) алиментарным ожирением
- В) наследственной гиперхолестеринемией
- Г) первичным наследственным гемохроматозом

**2274. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ**

- А) транзиентной эластометрии
- Б) компьютерной томографии с контрастированием
- В) магнитно-резонансной томографии
- Г) дуплексного ультразвукового сканирования

**2275. ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) анти- HBs и отсутствие анти-HBcог
- Б) анти- HBs и наличие анти-HBcог
- В) анти-HBcог и отсутствие анти- HBs
- Г) HBs антигена и отсутствие анти-HBe

**2276. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ**

- А) узловатую эритему
- Б) межкишечные свищи
- В) панкреатогенный сахарный диабет
- Г) генерализованный эрозивный псориаз

**2277. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) альфафетопротеина
- Б) прокальцитонина
- В) гамма-глобулина
- Г) бетафитостерина

**2278. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ**

- А) гамма-глобулина и IgG
- Б) бета-глобулина и IgA
- В) альфа2-глобулина и IgM
- Г) альфа1-глобулина и IgE

**2279. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА В КРОВИ СНИЖЕНО СОДЕРЖАНИЕ**

- А) церулоплазмина
- Б) гамма-глобулина
- В) альфафетопротеина
- Г) альфа1-антитрипсина

**2280. ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТРОНИДАЗОЛА**

- А) внутрь
- Б) внутривенно
- В) внутрь и внутривенно
- Г) в свечах и в виде ректальной пены

**2281. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ**

- А) миалгию
- Б) кашель
- В) ишиалгию
- Г) брадипное

**2282. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) понос
- Б) головная боль
- В) задержка стула
- Г) сухость во рту

**2283. ПРЕПАРАТЫ ЛАКТУЛОЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ОСНОВАНИИ ИХ СПОСОБНОСТИ**

- А) подавлять образование аммиака в кишечнике
- Б) подавлять образование аммиака в мышцах В)
- усиливать связывание аммиака в печени Г)
- усиливать выведение аммиака почками

**2284. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗДРАЖАЮЩИХ И ОСМОТИЧЕСКИХ СЛАБИТЕЛЬНЫХ МОЖЕТ СТАТЬ**

- А) лаксативная болезнь
- Б) дивертикулярная болезнь толстой кишки
- В) синдром раздраженной толстой кишки
- Г) синдром функциональной недостаточности мышц тазового дна

**2285. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ**

- А) перорально
- Б) внутривенно
- В) внутримышечно
- Г) в микроклизмах

**2286. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В КОНТРОЛИРУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ В КРОВИ КОЛИЧЕСТВА АНТИТЕЛ К**

- А) HBs антигену
- Б) HBcor антигену
- В) HBe антигену класса IgA
- Г) HBe антигену класса IgG

**2287. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) pica chlorotica
- Б) кожным зудом
- В) прогрессированием онихомикоза
- Г) изменением дистальных фаланг пальцев по типу барабанных палочек

**2288. НА СТАДИИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ**

- А) изменение морфологии эритроцитов
- Б) снижение уровня гемоглобина
- В) снижение гематокрита
- Г) ретикулоцитоз

**2289. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение ОЖСС
- Б) наличие мишеневидных эритроцитов
- В) микросфеноцитоз
- Г) снижение ОЖСС

**2290. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПОРОК СЕРДЦА» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эхокардиография
- Б) ЭКГ
- В) рентгенография грудной клетки
- Г) исследование крови на титры антистрептококковых антител

**2291. СРОК ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ПОСЛЕ ЭПИЗОДА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 6–12 месяцев
- Б) 1–2 недели
- В) 2–4 месяца
- Г) 3–5 лет

**2292. «БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
- Б) вальвулит, артрапгии, гематурия, лихорадка
- В) миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
- Г) лихорадка, узелки Ослера, осткая клапанная регургитация

**2293. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫ**

- А) сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум, проводящийся в левую аксилярную область
- Б) перебои в работе сердца, трехчленный ритм на верхушке, синкопальные состояния В) кровохарканье, усиленный I тон на верхушке, диастолический шум на верхушке
- Г) сердцебиение, ослабление I тона на верхушке, систолический шум в точке Боткина–Эрба

**2294. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТНОСЯТ**

- А) синкопальные состояния
- Б) тяжесть в правом подреберье
- В) опоясывающие боли в животе
- Г) боли за грудиной постоянного характера

**2295. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ**

- А) громкий I тон
- Б) пульсирующую печень
- В) ослабление I тона
- Г) уменьшение пульсового давления

**2296. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) sistолический шум на верхушке
- Б) хлопающий I тон
- В) мезодиастолический шум
- Г) sistолический шум у основания сердца

**2297. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) аортальной недостаточности
- Б) аортального стеноза
- В) триkuspidальной недостаточности
- Г) митральной недостаточности

**2298. У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**

- А) sistолическое АД повышается, а диастолическое АД снижается
- Б) sistолическое АД снижается, а диастолическое АД повышается
- В) sistолическое АД не изменяется, а диастолическое АД повышается
- Г) sistолическое и диастолическое АД не изменяются

**2299. СОЧЕТАНИЕ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О**

- А) митральном стенозе
- Б) дефекте межпредсердной перегородки
- В) стенозе легочной артерии
- Г) аортальной недостаточности

**2300. ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО С В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ МОЖНО ВЫЯВИТЬ**

- А) жжение на языке, парестезии
- Б) рвоту «кофейной гущей» и дегтеобразный стул
- В) отрыжку горьким, боль в правом подреберье
- Г) извращение вкуса и обоняния

**2301. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ, ОБМОРОКИ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА И ОБОНИЯНИЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЮТ НА АНЕМИЮ**

- А) железодефицитную
- Б) гипопластическую
- В) гемолитическую
- Г) В12 - дефицитную

**2302. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение уровня ферритина
- Б) расчет цветового показателя
- В) определение количества эритроцитов
- Г) определение уровня гемоглобина

**2303. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ**

- А) β-гемолитическим стрептококком группы А
- Б) стафилококком
- В) пневмококком
- Г) β-гемолитическим стрептококком группы В

**2304. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «пляска каротид»
- Б) ундуляция шейных вен
- В) систолический шум во II межреберье слева Г)  
диастолический шум во II межреберье слева

**2305. В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ И ДОСТУПНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ТЕСТОМ НА ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ И СУБКЛИНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение уровня ТТГ
- Б) УЗИ щитовидной железы
- В) определение антител к щитовидной железе
- Г) пальпация щитовидной железы

**2306. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПЕРТИРЕОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение тиреотропного гормона (ТТГ)
- Б) повышение тиреотропного гормона (ТТГ)
- В) повышение тироксина (T4)
- Г) снижение тироксина (T4)

**2307. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах
- Б) сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узуры
- В) кисты в эпифизах
- Г) сужение суставной щели, хондрокальциноз

**2308. СЕМЕЙНАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЁГКИХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

- А)  $\alpha 1$ -антитрипсина
- Б) глюкозо-6-фосфатазы
- В) глюкоцеребролидазы
- Г) стероидов

**2309. МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) исследование суточной микроальбуминурии
- Б) изотопная рентгенография почек
- В) УЗИ почек
- Г) динамическая сцинтиграфия почек

**2310. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА, СОСТАВЛЯЮЩИЙ (Г/Л)**

- А) 70-89
- Б) 90-120
- В) менее 70
- Г) 90-130

**2311. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ, ДИАГНОЗУ АНЕМИИ У МУЖЧИН СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ (Г/Л)**

- А) 130
- Б) 125
- В) 120
- Г) 115

**2312. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ» НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение уровня ТТГ
- Б) сцинтиграфия щитовидной железы
- В) определение уровня  $\text{Ca}^{2+}$  в крови
- Г) определение уровня ТЗ

**2313. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ  
ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

- А) определить уровень глюкозы в крови натощак
- Б) назначить препараты сульфонилмочевины
- В) ограничить употребление углеводов
- Г) определить уровень базального инсулина

**2314. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ  
КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гликолизированный гемоглобин
- Б) С-пептид
- В) средняя суточная гликемия
- Г) уровень контриксулярных гормонов в крови

**2315. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ**

- А) бактериурии
- Б) антител к базальной мемbrane клубочков
- В) гематурии
- Г) протеинурии

**2316. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-  
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ТИРЕОТОКСИКОЗА  
И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уровень трийодтиронина и тироксина в крови
- Б) йодопоглотительная функция щитовидной железы
- В) уровень показателей основного обмена Г)
- содержание в крови холестерина

**2317. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ФИБРОГАСТРОДОДЕНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) хеликобактерной инфекции
- Б) аутоиммунного гастрита
- В) гранулематозного гастрита
- Г) болезни Менетрие

**2318. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ», ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) биопсия
- Б) УЗИ органов брюшной полости
- В) биохимическое исследование крови
- Г) компьютерная томография брюшной полости

**2319. ИНФИЦИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- А) развитием антравального гастрита
- Б) снижением секреции гастрина
- В) ахлоргидрией
- Г) недостаточностью кардии

**2320. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) диарея
- Б) запор
- В) наличие крови и слизи в каловых массах
- Г) метеоризм

**2321. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ОТНОСЯТ**

- А) функциональную перегрузку с микротравматизацией
- Б) эндокринные нарушения
- В) повторные кровоизлияния в сустав
- Г) асептический некроз

**2322. РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ**

- А) в области локтевого сустава
- Б) на пальцах кисти
- В) в области затылка
- Г) на стопе

**2323. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ**

- А) появление механических болей
- Б) повышение кожной температуры над суставами
- В) появление припухлости суставов
- Г) гиперпигментация кожи над пораженными суставами.

**2324. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ**

- А) пальцы в виде «шеи лебедя»
- Б) узелки Бушара
- В) хруст в суставах
- Г) покраснение в области суставов

**2325. ПРИ РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) бета-адреноблокаторы
- В) сердечные гликозиды
- Г) антиаритмики

**2326. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ «ВОРОТНИКА СТОКСА»?**

- А) одутловатое цианотичное лицо, резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи
- Б) лицо мертвенно-бледное с серым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота
- В) одутловатое бледное лицо, отеки под глазами, набухшие веки, глазные щели узкие
- Г) одутловатое лицо, желто-бледное с отчетливым цианотическим оттенком, рот постоянно полуоткрыт, губы цианотичные, глаза слипающиеся, тусклые

**2327. ОДЫШКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) инспираторным или смешанным характером
- Б) экспираторным или смешанным характером
- В) уменьшением в положении лежа
- Г) проявлением только при тяжелой ХСН

**2328. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХСН I СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) скрытая недостаточность кровообращения, проявляющаяся только при физической нагрузке
- Б) наличие признаков недостаточности кровообращения по малому кругу в покое
- В) наличие признаков недостаточности кровообращения по большому кругу в покое
- Г) наличие признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения в покое

**2329. САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) артериальная гипертензия
- Б) ишемическая болезнь сердца
- В) миокардит
- Г) фибрилляция предсердий

**2330. ВОЛЬТАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ИНДЕКСОМ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА) СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ СУММАРНОЙ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦОВ R (В ОТВЕДЕНИИ V5 ИЛИ V6) И S (В ОТВЕДЕНИИ V1 ИЛИ V2) БОЛЕЕ (ММ)**

А) 35

Б) 25

В) 40

Г) 30

**2331. ЭКГ-КРИТЕРИЙ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА**

А) резкое отклонение электрической оси

влево Б) деформация комплекса QRS

В) расширение комплекса QRS  $> 0,10$  с

Г) изменение конечной части желудочкового комплекса

**2332. СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) фактором риска развития мозгового инсульта

Б) признаком доброкачественного течения артериальной

гипертонии В) причиной развития хронической сердечной

недостаточности Г) вариантом нормы

**2333. ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ**

А) изжога при быстрой ходьбе

Б) повышение АД вочные часы

В) головокружение при переходе в ортостаз

Г) появление колючих болей при наклонах туловища

**2334. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) атриовентрикулярной блокаде
- Б) фибрилляции желудочков
- В) фибрилляции предсердий
- Г) желудочковой экстрасистолии

**2335. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ УСТАНАВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ**

- А) ОФВ 1
- Б) ЖЕЛ
- В) МВЛ
- Г) ОФВ 1/ФЖЕЛ

**2336. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЁГКИХ – ФОРСИРОВАННЫЙ ВЫДОХ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ**

- А) выявления скрытой бронхиальной обструкции
- Б) различия сухих хрипов от влажных хрипов
- В) различия хрипов от крепитации или шума трения плевры
- Г) лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

**2337. В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЮТ НА**

- А) ЭКГ
- Б) СМАД
- В) эхокардиографию
- Г) сцинтиграфию миокарда

**2338. ДОСТОВЕРНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О БРОНХИАЛЬНОЙ  
ОБСТРУКЦИИ**

- А) индекс Тиффно
- Б) остаточный объем легких
- В) ОФВ1
- Г) жизненная емкость легких

**2339. СУХИЕ СВИСТАЩИЕ ХРИПЫ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ  
ЛЁГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРИ**

- А) нарушении бронхиальной проходимости
- Б) наличии жидкости в полости плевры
- В) повышении воздушности легких
- Г) уплотнении легочной ткани

**2340. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НАИБОЛЕЕ  
ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие свистящих хрипов на выдохе, усиливающихся при форсированном дыхании
- Б) теплый цианоз
- В) ослабленное везикулярное дыхание
- Г) «лающий» кашель

**2341. ДЕЙСТВИЕМ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ  
ГРУППЫ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) усиление секреции инсулина поджелудочной железой
- Б) восстановление физиологической чувствительности  $\beta$ -клеток к глюкозе
- В) повышение утилизации глюкозы в печени и мышцах
- Г) замедление всасывания глюкозы в желудочно-кишечном тракте

**2342. СИМПТОМАМИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) экзофтальм, отечность и гиперпигментация век
- Б) экзофтальм, сужение полей зрения и двоение
- В) экзофтальм, отечность век и сужение полей зрения
- Г) гиперпигментация век, снижение остроты зрения и двоение

**2343. ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ**

- А) наличия и выраженности осложнений
- Б) проверки уровня гликемии натощак
- В) определения массы тела больного
- Г) использования сахароснижающей терапии

**2344. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ГИПОТИРЕОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА**

- А) сонливость
- Б) чувство жара
- В) раздражительность
- Г) бессонницу

**2345. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ДИАГНОЗОМ «ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ» ХАРАКТЕРНА**

- А) раздражительность
- Б) сонливость
- В) вялость
- Г) заторможенность

**2346. СОЧЕТАНИЕ ТАХИКАРДИИ, ЭКЗОФТАЛЬМА И ТРЕМОРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) диффузного токсического зоба
- Б) сахарного диабета
- В) эндемического зоба
- Г) гипотиреоза

**2347. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ, ЖЖЕНИЯ, ОНЕМЕНИЯ, «ПОЛЗАНИЯ МУРАШЕК» В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НЕРЕДКО В ПАЛЬЦАХ, СНИЖЕНИЕ АХИЛЛОВА И КОЛЕННОГО РЕФЛЕКСОВ, ОСЛАБЛЕНИЕ ТАКТИЛЬНОЙ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- А) периферической полинейропатии
- Б) микроангиопатии
- В) поражении ЦНС
- Г) «перемежающейся хромоте»

**2348. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ**

- А) жирового гепатоза
- Б) цирроза
- В) сердечной недостаточности
- Г) диабетической нефропатии

**2349. СУХОСТЬ КОЖИ, КОЖНЫЙ ЗУД, ЖАЖДА И ПОЛИУРИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ**

- А) сахарном диабете
- Б) диффузном токсическом зобе
- В) гипотиреозе
- Г) эндемическом зобе

**2350. СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, ЗАПОР, БРАДИКАРДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ**

- А) гипотиреоза
- Б) диффузного токсического зоба
- В) сахарного диабета
- Г) феохромоцитомы

**2351. НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ И ДОСТАТОЧНО ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) цитологическое исследование мокроты
- Б) флюорография органов грудной клетки
- В) бронхоскопия
- Г) спирометрия

**2352. УРЧАНИЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ВОСХОДЯЩЕЙ И ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ, ЧТО**

- А) в толстом кишечнике имеется жидкое содержимое и скапливаются газы
- Б) в брюшной полости имеется свободная жидкость
- В) имеется стеноз привратника
- Г) патологии нет

**2353. ДЛЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; судороги икроножных мышц голени в покое
- Б) постоянный отек всей конечности; трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; судороги икроножных мышц голени в покое
- В) боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе
- Г) боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе; трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; судороги икроножных мышц голени в покое.

**2354. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) хронической почечной недостаточности
- Б) гипертонической болезни
- В) синдрома Иценко-Кушинга
- Г) акромегалии

**2355. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение удельного веса
- Б) наличие лейкоцитурии
- В) наличие микрогематурии
- Г) повышение удельного веса

**2356. АБСОЛЮТНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов
- Б) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
- В) высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты
- Г) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрация в моче

**2357. ПРЕДЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 220
- Б) 160
- В) 170
- Г) 180

**2358. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА**

- А) боль в теменной и затылочной областях
- Б) эпизоды потери сознания
- В) одышку
- Г) периферические отеки

**2359. СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ СТЕНОКАРДИЕЙ И**

- А) ГЭРБ
- Б) атрофическим гастритом
- В) язвенной болезнью желудка
- Г) хроническим колитом

**2360. РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) немотивированная потеря аппетита
- Б) нарушение функции кишечника
- В) метеоризм
- Г) анемия

**2361. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) биохимическое исследование желчи
- Б) ультразвуковая диагностика
- В) внутривенная холецистография
- Г) лапароскопия

**2362. АСТМА ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ ВОЗНИКАЕТ**

- А) после физической нагрузки
- Б) во время физической нагрузки
- В) на фоне длительного приема НПВП
- Г) с сезонной периодичностью

**2363. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ**

- А) кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более
- Б) кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 1 месяца в году в течение 3 лет и более
- В) факторов риска: курения, поллютантов
- Г) кашля, не проходящего в течение двух лет

**2364. ДИАГНОСТИКА ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА ВКЛЮЧАЕТ**

- А) бронхоскопию, исследования функции внешнего дыхания, обзорную рентгенографию легких
- Б) общий анализ мокроты, аллергопробы, исследование функции внешнего дыхания
- В) посев мокроты с определением антибиотикочувствительности, общий анализ мокроты, обзорную рентгенографию органов грудной клетки
- Г) общий анализ мокроты, исследования функции внешнего дыхания, обзорную рентгенографию легких

**2365. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «вираж» туберкулиновой пробы
- Б) положительная проба Манту
- В) поражение туберкулезом лимфатических узлов
- Г) гиперergicеская реакция на туберкулин

**2366. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) нарушение выдоха, одышка, диффузный цианоз
- Б) нарушение выдоха, одышка, акроцианоз
- В) нарушение вдоха, одышка, диффузный цианоз
- Г) нарушение вдоха, одышка, акроцианоз

**2367. ДЛЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) симптом «барабанных палочек», кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
- Б) кашель с гнойной мокротой, сухой кашель, кровохарканье
- В) кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
- Г) артрит, кашель с гнойной мокротой, кровохарканье

**2368. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА  
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) локализацией в правой подвздошной области
- Б) отсутствием закономерной связи с приёмом пищи
- В) локализацией в левой подвздошной области
- Г) локализацией в эпигастральной области

**2369. АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) первичного билиарного цирроза
- Б) алкогольного цирроза
- В) болезни Вильсона-Коновалова
- Г) острого гепатита В

**2370. ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ**

- А) микрокровотечением (диапедезным)
- Б) острым кровотечением
- В) перфорацией
- Г) стенозами

**2371. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ СНИЖЕНИЯ  
СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипопротромбинемия
- Б) гипертриглицеридемия
- В) гипоглобулинемия
- Г) гипоферментемия

**2372. ЛАБОРАТОРНЫЙ СИМПТОМ «КРЕАТОРЕЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- А) повышенное содержание в кале мышечных волокон
- Б) повышенное содержание в кале нейтрального жира
- В) повышение содержания в кале липазы
- Г) наличие остатков непереваренной пищи в кале

**2373. К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ**

- А) наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови
- Б) выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время
- В) изжогу, рвоту кислым содержимым
- Г) появление прожилок крови в кале

**2374. ПОЗДНИЕ, «ГОЛОДНЫЕ», НОЧНЫЕ БОЛИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИЕСЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) язвенной болезни 12-перстной кишки
- Б) хронического гастрита
- В) язвенной болезни желудка
- Г) цирроза печени

**2375. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- А) УЗИ органов брюшной полости
- Б) дуоденальное зондирование
- В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- Г) ЭГДС

**2376. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАКОМ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эндоскопическое исследование с биопсией
- Б) рентгенологическое исследование
- В) исследование желудочной секреции с гистамином
- Г) исследование кала на скрытую кровь

**2377. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отсутствие хронического рецидивирующего течения
- Б) локализация язвы
- В) величина язвы
- Г) кровотечение

**2378. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эзофагоскопия
- Б) рН-метрия
- В) рентгенография
- Г) цитология

**2379. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) астматическое состояние
- Б) варикозное расширение вен пищевода
- В) дивертикул пищевода
- Г) рак кардии

**2380. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ РН-ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

- А) определения оптимальной дозы и времени назначения антисекреторного препарата
- Б) уточнения локализации язвенного и воспалительного процесса в желудке
- В) диагностики рака желудка
- Г) исключения полипоза желудка

**2381. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО  
ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) циррозе печени
- Б) вирусном гепатите
- В) метастатическом поражении печени
- Г) болезни Кароли

**2382. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**

- А) железодефицитной анемии
- Б) талласемии
- В) гемолитической анемии
- Г) сидероахрестической анемии

**2383. ПРИ ДИЕТОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ  
ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПРИ ДРОБНОМ ПИТАНИИ ПРИВЕДЕТ К**

- А) снижению агрессивности желудочного содержимого
- Б) повышению агрессивности желудочного
- содержимого
- В) понижению слизисто-бикарбонатного
- барьера
- Г) диарее

**2384. В ТЕРАПИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ  
СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ**

- А) пшеничные отруби
- Б) сок капусты
- В) чернику
- Г) морковь

**2385. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ  
НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ  
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) желудочно-кишечные
- Б) гепатотоксические
- В) нефротоксические
- Г) кожные

**2386. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НАПРАВЛЕНА НА**

- А) снижение частоты рецидивов язвенной болезни
- Б) снижение секреции соляной кислоты
- В) уменьшение выраженности болевого синдрома
- Г) ускорение рубцевания язвы

**2387. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ РАНИТИДИНА ОТНОСЯТ**

- А) феномен «рикошета»
- Б) мено-метроррагии
- В) галакторея
- Г) нарушение аккомодации

**2388. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗИРОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СТАНДАРТНОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, СОСТАВЛЯЮТ**

- А) Омепразола 40 мг в сутки, Амоксициллина 2000 мг в сутки, Кларитромицина 1000 мг в сутки
- Б) Омепразола 20 мг в сутки, Метронидазола 1000 мг в сутки, Амоксициллина 2000 мг в сутки
- В) Омепразола 40 мг в сутки, Метронидазола 1000 мг в сутки, Кларитромицина 1000 мг в сутки
- Г) Омепразола 20 мг в сутки, Амоксициллина 2000 мг в сутки, Кларитромицина 1000 мг в сутки

**2389. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ**

- А) антидепрессанты
- Б) местноанестезиирующие препараты
- В) противовоспалительные препараты
- Г) слабительные средства

**2390. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) пенициллины
- Б) Стрептомицин
- В) Эритромицин
- Г) Левомицетин

**2391. У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) макролидов нового поколения
- Б) оральных цефалоспоринов II поколения
- В) Гентамицина
- Г) фторхинолонов

**2392. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхиальная астма
- Б) инфаркт миокарда
- В) хроническая сердечная недостаточность I ФК
- Г) глаукома

**2393. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- А) кандидоза ротоглотки, дисфонии
- Б) язвы желудочно-кишечного тракта, стероидного диабета
- В) кандидоза ротоглотки, язвы желудочно-кишечного тракта
- Г) частых инфекций носоглотки, синдрома Кушинга

**2394. БОЛЬНОМУ 49 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК, С НАЛИЧИЕМ НА ЭКГ СИНУСОВОГО РИТМА, ПОСТЕПЕННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS, В КАЧЕСТВЕ АНТИАНГИНАЛЬНОГО СРЕДСТВА СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ**

- А) Изосорбida динитрат
- Б) Верапамил
- В) Атенолол
- Г) Карведилол

**2395. ТОЛЕРАНТНОСТЬ К УГЛЕВОДАМ УХУДШАЮТ**

- А) глюкокортикоиды
- Б) антагонисты кальция
- В) гормональные контрацептивы
- Г) ингибиторы АПФ

**2396. АТЕНОЛОЛ И ЕГО АНАЛОГИ ПРИ ИБС СПОСОБСТВУЮТ**

- А) снижению потребности миокарда в кислороде
- Б) расширению коронарных сосудов
- В) спазму периферических сосудов
- Г) увеличению потребность в кислороде

**2397. ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ СЛЕДУЕТ**

- А) направить больного на стационарное лечение
- Б) провести амбулаторное лечение с переходом на более высокую ступень медикаментозного лечения
- В) направить больного на велоэргометрию для верификации диагноза и подбора адекватного препарата и его дозы
- Г) провести амбулаторное лечение с переходом на третью ступень в сочетании с антиагрегантами

**2398. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННОЙ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (СТЕНОКАРДИЯ ПРИНЦМЕТАЛА) БУДЕТ**

- А) направление на стационарное лечение
- Б) назначение бета-адреноблокаторов
- В) назначение антагонистов кальция
- Г) назначение комбинации бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция

**2399. ПРИ СОЧЕТАНИИ ТЯЖЕЛОГО ГИПОТИРЕОЗА СО СТЕНОКАРДИЕЙ П ФК НАДЛЕЖИТ**

- А) начать лечение с малых доз тироксина
- Б) отказаться от лечения гипотиреоза
- В) назначить ТТГ
- Г) начать лечение с больших доз тироксина

**2400. СТЕПЕНЬ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ НА ОСНОВАНИИ**

- А) гликолизированного гемоглобина
- Б) среднесуточной гликемии
- В) глюкозы крови натощак
- Г) уровня контринсулярных гормонов в крови

**2401. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ I ТИПА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ**

- А) инсулином на фоне диетотерапии
- Б) сульфаниламидными препаратами
- В) Акарбозой
- Г) ограничением углеводов

**2402. ПРИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ НЕОБХОДИМО**

- А) напоить пациента сладким чаем
- Б) сделать инъекцию в/в инсулина
- В) сделать инъекцию в/в диазола
- Г) напоить пациента отваром шиповника

**2403. К ПРЕПАРАТАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б) симпатомиметики короткого действия
- В) седативные препараты
- Г) пролонгированные холинолитики

**2404. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ПУЛЬМИКОРТ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) ингаляционных глюкокортикоидов
- Б) бета-2 агонистов короткого действия
- В) препаратов кромолинового ряда
- Г) бета-2 агонистам длительного действия

**2405. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОТЕК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) бета-2 агонистов короткого действия
- Б) ингаляционных глюкокортикоидов
- В) бета-2 агонистов длительного действия
- Г) системных глюкокортикоидов

**2406. ПРИЧИНОЙ ЯТРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) бронхолитиков
- Б) пенициллинов
- В) Кромогликата натрия
- Г) препаратов из солодки

**2407. ИНГИБИТОРЫ АПФ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ С**

- А) стенозом почечных артерий
- Б) сахарным диабетом
- В) хронической почечной недостаточностью
- Г) хронической сердечной недостаточностью

**2408. НАЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ БОЛЬНОМУ С  
МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ  
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) замедлением частоты сокращений желудочков Б)
- замедлением частоты фибрилляции предсердий В)
- восстановлением синусового ритма
- Г) снижением активности симпатической нервной системы

**2409. УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ  
ЛИПОПРОТЕИДОВ ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ  
ОБУСЛОВЛЕНО ПРИМЕНЕНИЕМ**

- А) диуретиков
- Б) антагонистов кальция
- В) Клофелина
- Г) ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

**2410. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО  
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ**

- А) Амиодарона
- Б) Хинидина
- В) Пропранолола
- Г) Этацизина

**2411. КАПТОПРИЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- Б) бета-адреноблокаторов
- В) антагонистов кальция
- Г) альфа-адреноблокаторов

**2412. РАЗВИТИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки
- Б) активацией системы ренин-ангиотензин В)
- активацией симпатоадреналовой системы
- Г) активацией лизосомальных ферментов печени

**2413. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

- ЯВЛЯЕТСЯ А) ХСН IIА-III стадии при наличии застойных явлений  
Б) диастолическая дисфункция левого желудочка В) фибрилляция предсердий при любом ФК ХСН Г) ФВ левого желудочка <25 %

**2414. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ХСН любой стадии и этиологии  
Б) наличие отеков  
В) синусовая тахикардия  
Г) низкое артериальное давление

**2415. К ПРЕПАРАТАМ, ЗАМЕДЛЯЮЩИМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТ**

- А) ингибиторы АПФ и β-адреноблокаторы  
Б) сердечные гликозиды  
В) антиагреганты и непрямые антикоагулянты  
Г) диуретики и спиронолактон

**2416. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КАШЛЯ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ЗАМЕНОЙ БУДЕТ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) Кандесартана  
Б) Периндоприла  
В) Квинаприла  
Г) Лизиноприла

**2417. К ПЛЕЙОТРОПНЫМ СВОЙСТВАМ СТАТИНОВ ОТНОСЯТ**

- А) положительные свойства статинов, не связанные с их гиполипидемическим действием
- Б) способность повышать ЛПВП
- В) их способность всасываться
- Г) способность уменьшать ЛПНП

**2418. БОЛЬНЫМ С ХСН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ**

- А) поваренной соли
- Б) калорийной пищи
- В) солей калия
- Г) солей магния

**2419. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ВВОДИТЬ**

- А) внутрь перорально
- Б) внутривенно
- В) внутримышечно
- Г) подкожно

**2420. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИЗНАКОВ**

- А) ретикулоцитоза
- Б) лейкоцитоза
- В) тромбоцитоза
- Г) лейкопении

**2421. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПERTЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ**

- А) ингибиторы АПФ + дигидропиридиновые антагонисты кальция
- Б) ингибиторы АПФ +  $\alpha$ -адреноблокаторы
- В) дигидропиридиновые антагонисты кальция +  $\alpha$ -адреноблокаторы
- Г) недигидропиридиновые антагонисты кальция +  $\beta$ -адреноблокаторы

**2422. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИ ОЦЕНИВАТЬ ЧЕРЕЗ**

А) 2-3 дня

Б) 12 часов

В) 24 часа

Г) 5-6 дней

**2423. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ**

А) ингибиторы АПФ

Б) диуретики

В) бета-адреноблокаторы

Г) блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

**2424. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ**

А) МНО

Б) время кровотечения

В) тромбиновое время

Г) уровень ретикулоцитов

**2425. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) протеинурия

Б) лейкоцитурия

В) гематурия

Г) цилиндурия

**2426. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ИСПЛЬЗУЮТ ПРОБУ**

- А) Реберга-Тареева
- Б) по Нечипоренко
- В) Зимницкого
- Г) Аддиса-Каковского

**2427. КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) Нитроглицерина сублингвально
- Б) нитратов внутривенно капельно
- В) спазмолитиков
- Г) наркотических анальгетиков

**2428. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) антибиотики
- В) метилксантины
- Г) симпатомиметики

**2429. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦОГ-2, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Целекоксиб
- Б) Кетопрофен
- В) Ибупрофен
- Г) Ацетилсалициловая кислота

**2430. ЗАПОРЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) язвенной болезни 12-перстной кишки
- Б) болезни оперированного желудка
- В) хронического энтерита
- Г) ГЭРБ

**2431. В ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА УЧИТЫВАЮТ**

- А) суточное потребление калорий
- Б) количество белков в граммах
- В) хлебные единицы
- Г) количество жиров в граммах

**2432. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пролиферирующая ретинопатия
- Б) глаукома
- В) атрофия зрительных нервов
- Г) автономная нейропатия

**2433. РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ**

- А) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда
- Б) только при неосложненном течении болезни
- В) больным до 50-летнего возраста
- Г) при первичном инфаркте миокарда

**2434. ПРИ ГИПЕРАЦИДНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) натриево-гидрокарбонатные
- Б) натриево-хлоридно- гидрокарбонатные
- В) воды с высоким содержанием органических веществ
- Г) натриево-хлоридные

**2435. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ НА ЗАНЯТИЯ ЛФК ДЛЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие резких колебаний АД
- Б) послеоперационная пневмония
- В) умеренное увеличение СОЭ
- Г) повышение температуры тела до субфебрильных значений

**2436. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОТНОСЯТ**

- А) полипы кишечника
- Б) геморрой
- В) дивертикулярную болезнь кишечника
- Г) язву кишечника

**2437. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) артериальная гипертензия
- Б) употребление алкоголя
- В) курение
- Г) гиподинамия

**2438. К ФАКТОРАМ ОБРАЗА ЖИЗНИ, УХУДШАЮЩИМ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА, ОТНОСЯТ**

- А) социальный и психологический дискомфорт
- Б) отсутствие вредных привычек
- В) рациональную организацию жизнедеятельности
- Г) адекватную двигательную активность

**2439. К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ**

- А) здоровый образ жизни
- Б) генетический фактор
- В) состояние окружающей среды
- Г) медицинской обеспечение

**2440. К УРОВНЯМ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ**

- А) общественное, групповое, индивидуальное
- Б) общественное, групповое, общемировое
- В) групповое, индивидуальное, собственное
- Г) групповое, индивидуальное, общемировое

**2441. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БЕЗ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЬШЕ (ММОЛЬ/Л)**

А) 1,7

Б) 2,8

В) 1,1

Г) 3,0

**2442. НА ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ НАПРАВЛЯЮТ ПАЦИЕНТОВ**

А) у которых выявлен повышенный уровень общего холестерина крови

Б) у которых выявлено ожирение

В) подлежащих диспансеризации в текущем году

Г) старше 45 лет

**2443. У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ**

А) клебсиеллой

Б) пневмококком

В) стафилококком

Г) стрептококком

**2444. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРОВОДИТ**

А) врач-терапевт

Б) врач-инфекционист

В) врач-онколог

Г) врач-хирург

**2445. ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ГРИППА ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННЫХ**

- А) микоплазмой
- Б) кишечной палочкой
- В) пневмоцистой
- Г) клебсиеллой

**2446. ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ БЕЗ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) более 3,0 ммоль/л независимо от возраста
- Б) у мужчины – <1,0 ммоль/л, у женщины – <1,2 ммоль/л,
- В) у мужчины – <2,0 ммоль/л, у женщины – <1,2 ммоль/л Г)  
более 2,5 ммоль/л независимо от возраста

**2447. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отягощенная наследственность
- Б) атеросклероз
- В) сахарный диабет
- Г) стрептококковая инфекция

**2448. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВОЙ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- Б) проба Пирке
- В) проба Коха
- Г) градуированная кожная проба

**2449. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК**

- А) здоровье населения страны
- Б) здоровье группы людей
- В) личное здоровье
- Г) здоровье людей определенной этнической группы

**2450. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРЕДПОСЫЛКОЙ К РАКУ ЛЕГКОГО ВЫСТУПЕТ**

- А) курение
- Б) алкоголизм и бытовое пьянство
- В) наркомания и токсикомания
- Г) ожирение

**2451. ПРОФИЛАКТИКУ ПИЕЛОНЕФРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) рождения ребенка
- Б) 18 лет
- В) подросткового возраста
- Г) 7 летнего возраста

**2452. БОЛЬНЫЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I СТЕПЕНИ ПРИГЛАШАЮТСЯ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ГОД (РАЗ)**

- А) 2
- Б) 1
- В) 4
- Г) 3

**2453. К ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ОТНОСЯТСЯ**

- А) рациональное питание, физическая активность, предупреждение ожирения и его лечение
- Б) рациональное питание, физическая активность
- В) предупреждение ожирения и его лечение
- Г) рациональное питание, профилактика атеросклероза

**2454. МАММОГРАФИЯ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ (ГОД)**

- A) 40
- Б) 18
- В) 30
- Г) 50

**2455. К ИСТОЧНИКАМ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ОТНОСЯТ**

- А) оливковое масло
- Б) мясо
- В) молочные продукты
- Г) зеленые овощи

**2456. НАЛИЧИЕ ЗОБА У ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В ОДНОЙ ОБЛАСТИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК**

**ЗОБ** А) эндемический Б) эпидемический В)

спорадический

Г) диффузный токсический

**2457. В ДИЕТЕ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО В НЕОГРАНИЧЕННОМ КОЛИЧЕСТВЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) огурцы
- Б) картофель
- В) сливочное масло
- Г) молоко

**2458. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЙОДИРОВАТЬ**

- А) хлеб, поваренную соль
- Б) растительное масло, маргарин
- В) сахар, крупы
- Г) конфеты, торты

**2459. ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ/ГРУПП ЗДОРОВЬЯ**

А) II и III

Б) I

В) I и II

Г) I, II и III

**2460. ПРОГРАММА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ ВКЛЮЧАЕТ**

А) спирометрию

Б) рентгенографию легких

В) цитологическое исследование мокроты

Г) определение газового состава крови

**2461. К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ГЕМОВОГО ЖЕЛЕЗА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ОТНОСЯТ**

А) мясо

Б) молоко и молочные продукты

В) гречневую крупу

Г) яблоки

**2462. К ПРИЧИНАМ АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ**

А) недостаточное употребление мясной пищи

Б) высокую физическую активность

В) недостаточное употребление свежих овощей и фруктов

Г) недостаточное употребление фруктов и овощей, содержащих железо

**2463. ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В РОДДОМЕ ВАКЦИНИРУЮТ ОТ**

- А) гепатита В и туберкулеза
- Б) дифтерии
- В) кори
- Г) коклюша

**2464. ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 40-59 ЛЕТ ПОРОГОВОЙ ЧАСТОТОЙ ПУЛЬСА ЯВЛЯЕТСЯ (УДАРОВ В МИНУТУ)**

- А) 140
- Б) 180
- В) 160
- Г) 120

**2465. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ КАЖДОМУ ВЗРОСЛОМУ ГРАЖДАНИНУ 1 РАЗ В (ГОД)**

- А) 3
- Б) 2
- В) 1
- Г) 4

**2466. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ**

- А) всем подлежащим диспансеризации
- Б) всем мужчинам в возрасте 21-99 лет
- В) всем женщинам в возрасте 21-99 лет
- Г) по показаниям

**2467. ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ**

- А) в соответствии с показаниями, определенными на 1 этапе
- Б) всем мужчинам в возрасте 45-66 лет
- В) всем женщинам в возрасте 45-66 лет
- Г) всем подлежащим диспансеризации

**2468. ПОД АНТРОПОМЕТРИЕЙ ПОНИМАЮТ**

- А) измерение роста и массы тела
- Б) измерение роста
- В) анкетирование
- Г) измерение силы рук

**2469. АНТРОПОМЕТРИЯ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ**

- А) всех, подлежащих диспансеризации
- Б) всех желающих
- В) всех старше 40 лет
- Г) пациентов с повышенным уровнем общего холестерина крови

**2470. БОЛЬНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ СО СТАБИЛЬНЫМ АД 220/120 ММ РТ.СТ. ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ У**

- А) врача-кардиолога
- Б) врача-терапевта участкового
- В) заведующего терапевтическим отделением
- Г) врача-нефролога

**2471. ПОЛИКЛИНИКА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

- А) не более 10 месяцев
- Б) до 1 месяца
- В) до 4 месяцев
- Г) без ограничения срока

**2472. НОРМА НАГРУЗКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ ПОСЕЩЕНИЙ В ЧАС**

А) 4

Б) 7

В) 6

Г) 5

**2473. СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ**

А) 2 месяца

Б) 30 дней

В) 10 дней

Г) 6 месяцев

**2474. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ В РОССИИ ПЕРВОЕ РАНГОВОЕ МЕСТО ПРИНАДЛЕЖИТ**

А) болезням системы кровообращения

Б) злокачественным новообразованиям

В) болезням органов дыхания

Г) травмам и отравлениям

**2475. ЕДИНОЛИЧНО ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МАКСИМАЛЬНО НА (ДЕНЬ)**

А) 15

Б) 7

В) 10

Г) 30

**2476. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) дата регистрации документов в бюро

Б) дата непосредственного освидетельствования

В) дата открытия больного листа

Г) следующий день после регистрации документов в бюро

**2477. СРОКИ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СЛУЧАЕ  
ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЮТ С \_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ  
БЕРЕМЕННОСТИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ**

- |       |     |
|-------|-----|
| А) 30 | 140 |
| Б) 28 | 140 |
| В) 28 | 180 |
| Г) 30 | 180 |

**2478. БОЛЬНЫЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1 СТАДИИ  
ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ РАБОТЫ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ НА (ДЕНЬ)**

- А) 5
- Б) 14
- В) 7
- Г) 10

**2479. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ  
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВО ВРЕМЯ АМБУЛАТОРНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО  
ХОЛЕЦИСТИТА СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)**

- А) 14-20
- Б) 7-10
- В) 21
- Г) 28

**2480. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ ПО УХОДУ ЗА  
БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 7 ДО 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ  
ЛЕЧЕНИИ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА СРОК ДО (ДЕНЬ)**

- А) 15
- Б) 30
- В) 10
- Г) 7

**2481. ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПОВЫШЕН**

- А) адренокортикотропный гормон
- Б) тиреотропный гормон
- В) соматотропный гормон
- Г) альдостерон

**2482. У ЖЕНЩИНЫ 21 ГОДА С ПОСТОЯННЫМ СУБФЕБРИЛИТЕТОМ, ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, МЕЛЬКАНИЕ МУШЕК ПЕРЕД ГЛАЗАМИ, С АД НА РУКАХ 110/70 ММ РТ.СТ. НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ АГ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ**

- А) болезнью Такаясу
- Б) поликистозом почек
- В) коарктацией аорты
- Г) фиброму скелетной гиперплазией почечной артерии

**2483. ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАЗЫВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ АД ВЫШЕ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 140/<90
- Б) 160/90
- В) 150/100
- Г) 140/90

**2484. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

- А) аутоиммунным
- Б) инфекционным
- В) наследственным
- Г) моногенным

**2485. ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пиелонефрит
- Б) гломерулонефрит
- В) амилоидоз
- Г) нефроптоз

**2486. ПРИЧИНОЙ МАССИВНОГО ОТЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОЙ С АГ И СД, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЕЙ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНEMИЕЙ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- А) нефротического синдрома
- Б) сердечной недостаточности
- В) нарушений водно-электролитного баланса
- Г) гипотиреоза

**2487. ГЛАВНЫМ ВОПРОСОМ, НА КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТВЕТИТЬ НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) вероятность наличия ИБС
- Б) верификация ИБС
- В) наличие перенесенного в прошлом инфаркта миокарда
- Г) наличие клапанной патологии

**2488. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «СТЕНОКАРДИЯ» ОБЫЧНО ДОСТАТОЧНО**

- А) расспроса больного
- Б) компьютерной томографии коронарных артерий
- В) коронароангиографии
- Г) перфузационной сцинтиграфии миокарда в покое

**2489. БАЗОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВСЕХ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ) ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

- А) стандартные анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тест
- Б) тредмил-тест, ЭхоКГ
- В) стандартные анализы крови, тредмил-тест, ЭКГ
- Г) ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тест

**2490. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ ЗНАЧЕНИЯ АД 160/100 ММ РТ.СТ., 158/105 ММ РТ.СТ., 150/100 ММ РТ.СТ., 165/105 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЮТ**

- А) артериальной гипертензии 2 степени
- Б) изолированной систолической артериальной гипертензии
- В) артериальной гипертензии 1 степени Г)
- артериальной гипертензии 3 степени

**2491. ОЖИРЕНИЕ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (КГ/М<sup>2</sup>)**

- А) 35,0-39,9
- Б) 18,5-24,9
- В) 25,0-29,9
- Г) 30,0-34,9

**2492. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОсят**

- А) курение
- Б) пол
- В) возраст
- Г) неблагоприятный семейный анамнез

**2493. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) абдоминальный тип ожирения
- Б) низкий уровень липопротеидов низкой плотности
- В) женский пол
- Г) высокий уровень липопротеидов высокой плотности

**2494. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АГ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, ЦВБ ИЛИ ХПН ПРОВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ НЕ МЕНЕЕ 1 РАЗА В (МЕС.)**

- А) 6
- Б) 1
- В) 3
- Г) 12

**2495. В СЕМЬЕ, ГДЕ ОБА РОДИТЕЛЯ СТРАДАЮТ АГ, ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ (ЗАМЕДЛЕНИЯ) РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИИ У ИХ ПОТОМКА (ДОЧЬ, СЫН) ЦЕЛЕСООБРАЗНО**

- А) более строго придерживаться здорового образа жизни
- Б) регулярно измерять АД
- В) резко ограничить употребление поваренной соли
- Г) принимать сартаны в малых дозах с подросткового возраста

**2496. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня тропонина в крови
- Б) элевация сегмента ST в двух и более отведениях на ЭКГ
- В) повышение уровня ЛДГ
- Г) боль за грудиной продолжительностью более 20 минут

**2497. БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА  
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) локализации инфаркта миокарда в области нижней стенки ЛЖ
- Б) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- В) локализации инфаркта миокарда в области передней стенки ЛЖ
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**2498. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
ХАРАКТЕРНА**

- А) элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF
- Б) элевация сегмента ST в отведениях I, aVL, V1-V4
- В) остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса
- Г) остро возникшая блокада правой ножки пучка Гиса

**2499. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЖ  
ХАРАКТЕРЕН ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ**

- А) I, aVL, V5-V6
- Б) I, aVL, V1-V4
- В) VR3, VR4
- Г) II, III, aVF

**2500. НАРУШЕНИЯ А-В ПРОВОДИМОСТИ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ  
МИОКАРДА СВЯЗАНЫ С**

- А) нарушением кровотока по артерии АВ узла
- Б) нарушением кровотока по артерии синусового узла
- В) обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ
- Г) повреждением межжелудочковой перегородки

**2501. ПРИЗНАКОМ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ  
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) стойкая гипотония
- Б) снижение темпа диуреза менее 40 мл/час
- В) боль в эпигастральной области
- Г) появление влажных хрипов в нижних отделах легких

**2502. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
- Б) боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
- В) коллапс
- Г) внезапно развивающаяся одышка

**2503. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ \_\_\_\_\_ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

- А) передней
- Б) нижней
- В) боковой
- Г) задней

**2504. ОСТРО РАЗВИВШАЯСЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЭКВИВАЛЕНТНА**

- А) подъему сегмента ST на ЭКГ
- Б) острому инфаркту миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ
- В) формированию острой аневризмы верхушки ЛЖ Г) острой левожелудочковой недостаточности

**2505. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ**

- А) Killip
- Б) NYHA
- В) Стражеско-Василенко
- Г) GOLD

**2506. СТАДИЯ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ IV СТЕПЕНИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ**

- А) кардиогенному шоку
- Б) интерстициальному отеку легких
- В) остановке кровообращения
- Г) альвеолярному отеку легких

**2507. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРОВОДИТСЯ МЕЖДУ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И**

- А) перикардитом
- Б) пневмонией
- В) синдромом X
- Г) эзофагитом

**2508. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) острый перикардит
- Б) стеноз ствола левой коронарной артерии
- В) гипертрофическая кардиомиопатия
- Г) острый инфаркт миокарда в течение первых 2 месяцев

**2509. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) стеноз ствола левой коронарной артерии
- Б) острый миокардит
- В) острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток
- Г) критический аортальный стеноз

**2510. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АРИТМОГЕННОЙ ПРИРОДЫ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)**

А) 72

Б) 24

В) 48

Г) 12

**2511. В ВЕРИФИКАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА БОЛЕЙ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА НАИБОЛЬШЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ**

А) нагрузочный тест

Б) 12-канальное суточное мониторирование ЭКГ

В) холодовая проба

Г) одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД

**2512. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) устойчивая горизонтальная и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм

Б) быстрая и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм

В) появление полной блокады левой ножки пучка Гиса Г) появление инверсии зубца Т

**2513. ИНДУКЦИЯ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТА НА ПИКЕ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) диагностическим критерием ишемии миокарда

Б) показанием к коронароангиографии.

В) сомнительным результатом пробы на коронарную

недостаточность Г) критерием диагноза «подострый миокардит»

**2514. МАКСИМАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТОЧНОСТЬЮ ИЗ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МИОКАРДА ОБЛАДАЮТ**

- А) магниторезонансная томография сердца и генетический анализ крови
- Б) мультиспиральная компьютерная томография сердца с контрастированием и анализ крови на специфические кардиомаркеры
- В) мониторирование ЭКГ, нагрузочный тест, при необходимости коронароангиография
- Г) однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца в покое и при нагрузке и генетический анализ крови

**2515. ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ РИТМ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК «УСТОЙЧИВАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ» ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ (СЕК.)**

- А) 30
- Б) 20
- В) 90
- Г) 15

**2516. ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении
- Б) эпизоды АВ блокады 2 степени вочные часы
- В) признаки синдрома ранней реполяризации желудочков
- Г) признаки синдрома Бругада

**2517. ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (ЧАС)**

- А) более 48
- Б) более 24
- В) менее 48
- Г) менее 24

**2518. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-PICKER  
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА**

- А) ночные значения АД выше, чем дневные
- Б) АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%
- В) снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями
- Г) АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные

**2519. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NON-DIPPER ДИАГНОСТИРУЮТ, КОГДА  
АД В НОЧНЫЕ ЧАСЫ**

- А) по сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%
- Б) выше, чем в дневные часы
- В) снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями
- Г) на 10-20% ниже, чем в дневные

**2520. ВЫСОКО-НОРМАЛЬНОЕ АД ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ АД (ММ РТ.СТ.)**

- А) 139/89
- Б) 130/80
- В) 140/90
- Г) 130/79

**2521. АД 160/90 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_ СТЕПЕНИ  
ПОВЫШЕНИЯ**

- А) 2
- Б) 1
- В) 3
- Г) 4

**2522. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С НЕОСЛОЖНЕННОЙ АГ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ**

- А) ЭХО-КГ
- Б) суточного мониторирования ЭКГ
- В) сцинтиграфии миокарда
- Г) коронароангиографии

**2523. ПРИЗНАКОМ ГЛЖ СОГЛАСНО ИНДЕКСУ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А)  $SV1+RV5/V6 > 38 \text{ мм}$
- Б)  $RI > 11\text{мм}$
- В)  $RI+SIII > 25\text{мм}$
- Г)  $R/S < 1 \text{ в } V1$

**2524. ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) почечная ангиография
- Б) УЗИ почек
- В) сцинтиграфия почек
- Г) компьютерная томография почек

**2525. ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ**

- А) мозгового слоя надпочечников с гиперпродукцией катехоламинов
- Б) гипофиза с гиперсекрецией АКТГ
- В) коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией альдостерона
- Г) коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией кортизола

**2526. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) аортальной недостаточности
- Б) аортального стеноза
- В) митральной недостаточности
- Г) митрального стеноза

**2527. У ПАЦИЕНТКИ С АГ ПРИ РАЗНИЦЕ АД НА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАХ В 20 ММ РТ.СТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ**

- А) болезнь Такаясу
- Б) болезнь Кушинга
- В) атеросклеротическое поражение плечевой артерии
- Г) болезнь Аддисона

**2528. ПО ДАННЫМ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО (ДОМАШНЕГО) КОНТРОЛЯ ДИАГНОЗ «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УСРЕДНЕННОМ ЗНАЧЕНИИ АД БОЛЕЕ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 135/85
- Б) 130/80
- В) 140/90
- Г) 150/90

**2529. КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ АГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) феохромоцитомы
- Б) синдрома Кона
- В) синдрома Иценко-Кушинга
- Г) акромегалии

**2530. У ПАЦИЕНТА С АД 150/90 ММ РТ.СТ., ПЕРЕНЕСШЕГО КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ \_\_\_ СТАДИИ**

- А) III
- Б) I
- В) II
- Г) IV

**2531. ГЕСТАЦИОННОЙ НАЗЫВАЮТ АГ, КОТОРАЯ**

- А) развилась после 20 недели беременности и исчезает в течение 12 недель после родов
- Б) зарегистрирована во время первого триместра беременности
- В) развилась после 20 недели беременности и сохраняется более 12 недель после родов
- Г) сопровождается протеинурией

**2532. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ КОНЦЕНТРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и относительной толщины стенок левого желудочка
- Б) увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и нормальная величина относительной толщины стенок левого желудочка
- В) нормальный индекс массы миокарда левого желудочка и увеличение относительной толщины стенок левого желудочка
- Г) нормальный индекс массы миокарда левого желудочка и нормальная относительная толщина стенок левого желудочка

**2533. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- А) при любом генезе изменений, которые не ясны
- Б) из-за пароксизма желудочковой тахикардии
- В) из-за пароксизма наджелудочковой тахикардии с аберрацией внутрижелудочкового проведения
- Г) из-за частотзависимой блокады левой ножки пучка Гиса.

**2534. ГЛАВНЫМ ВОПРОСОМ, НА КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТВЕТИТЬ НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) вероятность наличия ИБС
- Б) верификация ИБС
- В) наличие перенесенного в прошлом инфаркта миокарда
- Г) наличие клапанной патологии

**2535. «ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИМИ МЕТОДИКАМИ» ДЛЯ  
ВЕРИФИКАЦИИ ИБС В ПРАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ  
ПРИНЯТО СЧИТАТЬ**

- А) стресс-эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию, перфузионную сцинтиграфию миокарда с нагрузкой
- Б) стресс-эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию, велоэргометрию
- В) стресс-эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию, нагрузочный тремил-тест
- Г) стресс-эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию, велоэргометрию, нагрузочный тредмил-тест

**2536. ПРЕТЕСТОВЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ, КОТОРОЕ ДЕЛАЕТ  
НЕВОЗМОЖНЫМ ПРОВЕДЕНИЕ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА,  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- Б) полная блокада правой ножки пучка Гиса
- В) исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм
- Г) исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V4-6 до 1мм

**2537. ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию
- Б) перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка)
- В) перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ
- Г) коронароангиографию, ЭхоКГ

**2538. ДИАГНОЗ «ИНСИДЕНТАЛОМА» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) предварительным
- Б) окончательным
- В) диагнозом исключения
- Г) частью основного диагноза

**2539. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ВЕРОЯТНЫМ  
ДЕФИЦИТОМ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипопитуитаризм
- Б) первичный гипотиреоз
- В) первичный гипогонадизм
- Г) первичный гипокортицизм

**2540. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА**

- А) утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
- Б) трепет рук и век, потливость, снижение веса, повышение температуры тела
- В) гиперемию лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
- Г) сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

**2541. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ  
ЖАЛОБЫ НА**

- А) трепет рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение
- Б) утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
- В) гиперемию лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
- Г) сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

**2542. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аутоиммунный адреналит
- Б) пангиопитуитаризм
- В) туберкулез
- Г) адренолейкодистрофия

**2543. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) акромегалия
- Б) гиперкортицизм
- В) гиперпаратиреоз
- Г) синдром «пустого турецкого седла»

**2544. ПАЦИЕНТУ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕОБХОДИМО УМЕНЬШИТЬ ДОЗУ БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА ПРИ ВЫСОКОЙ ГЛИКЕМИИ**

- А) натощак и гипогликемии в ночное время
- Б) перед сном и через 2 часа после приема пищи
- В) натощак и в ночное время Г)  
препрандиальной

**2545. ПРИЧИНОЙ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ  
\_\_\_\_\_ ГОРМОНА**

- А) дефицит антидиуретического (АДГ)
- Б) дефицит соматотропного (СТГ)
- В) избыток антидиуретического (АДГ)
- Г) избыток соматотропного (СТГ)

**2546. ПОКАЗАТЕЛЕМ ОПТИМАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ISPAD ОТ 2014 Г., ЯВЛЯЕТСЯ ДИАПАЗОН ЗНАЧЕНИЙ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 4-8
- Б) 5-10
- В) 4,5-9
- Г) 3,6-5,6

**2547. ОГРАНИЧЕННАЯ ПОДВИЖНОСТЬ СУСТАВОВ ИЛИ ХАЙРОПАТИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПЛОХО КОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА СВЯЗАНА С**

- А) избыточным гликированием коллагена
- Б) дефицитом мышечной массы
- В) недоразвитием эпифизарной хрящевой ткани
- Г) отставанием в линейном росте

**2548. ТЕСТОМ ПЕРВОГО УРОВНЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АКРОМЕГАЛИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ**

- А) инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1)
- Б) соматотропного гормона (СТГ)
- В) пролактина
- Г) белков, связывающих инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1)

**2549. ДОЗА СУХОЙ ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЛЮКОЗОТOLERАНТНОГО ТЕСТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 1,75 г/кг массы тела, но не более 75 г
- Б) 1,55 г/кг массы тела, но не более 50 г
- В) 75 г
- Г) 50 г

**2550. К СЕКРЕТОГЕНАМ ОТНОСЯТ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ**

- А) глинидов
- Б) глитазонов
- В) бигуанидов
- Г) глиптинов

**2551. К СРЕДСТВАМ С ИНКРЕТИНОВОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОТНОСЯТ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ**

- А) глиптинов
- Б) глинидов
- В) глитазонов
- Г) бигуанидов

**2552. МЕТФОРМИН ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА**

- А) бигуанидов
- Б) ингибиторов альфа-глюкозидаз
- В) ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- Г) ингибиторов дипептидилпептидазы-4

**2553. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ановуляция, поликистоз по результатам сонографии, гиперандрогения
- Б) алопеция, биохимическая гиперандрогения
- В) олигоменорея, поликистоз по результатам сонографии
- Г) задержка полового развития, гиперандрогения

**2554. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) 17-гидроксипрогестерон
- Б) кортизол
- В) дигидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-С)
- Г) индекс инсулинерезистентности HOMA

**2555. В ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНАЛИЗ**

- А) суточной мочи на метанефрин и норметанефрин
- Б) суточной мочи на ванилилминдальную кислоту (ВМК)
- В) крови на электролиты, активность ренина плазмы
- Г) крови на ренин и альдостерон с определением альдостерон-ренинового соотношения

**2556. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) транссфеноидольная аденомэктомия
- Б)  $\gamma$ -терапия
- В) протонотерапия
- Г) терапия ингибиторами стероидогенеза

**2557. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ**

- А) левотироксина в заместительной дозе
- Б) левотироксина в супрессивной дозе
- В) калия иодида в терапевтической дозе
- Г) калия иодида в профилактической дозе

**2558. ВЫСОКИЙ РОСТ, ВЫСОКАЯ ТАЛИЯ И ПРИЗНАКИ ГИНЕКОМАСТИИ, ГИПОГОНАДИЗМА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА\_\_\_\_\_ С НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ КАРИОТИПОМ \_\_\_\_\_**

- A) Кайнфельтера, 47 XXY
- Б) Шерешевского-Тернера, 45 XO
- В) Дауна, 47 XX или XY, 21+
- Г) Патау, 47 XX или XY, 13 +

**2559. НИЗКИЙ РОСТ, КОРОТКАЯ ШЕЯ С КРЫЛОВИДНЫМИ КОЖНЫМИ СКЛАДКАМИ С НИЗКОЙ ЛИНИЕЙ РОСТА ВОЛОС НА ЗАТЫЛКЕ И НАЛИЧИЕ ДИСГИНЕЗИИ ГОНАД ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА\_\_\_\_\_ С НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ КАРИОТИПОМ \_\_\_\_\_**

- A) Шерешевского-Тернера, 45 XO
- Б) Кайнфельтера, 47 XXY
- В) Дауна, 47 XX или XY, 21+
- Г) Патау, 47 XX или XY, 13 +

**2560. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) тонкоигольная аспирационная биопсия
- Б) сцинтиграфия с радиоизотопами йода 131
- В) ультразвуковое исследование
- Г) пальпаторное исследование

**2561. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ТРАКЦИОННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) терминалная стадия ретинопатии
- Б) глаукома
- В) автономная нейропатия
- Г) макулярный отек и атрофия зрительного нерва

**2562. РАННИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) исчезновение ранней фазы секреции инсулина
- Б) высокий уровень глюкозы натощак
- В) наличие частых эпизодов гипогликемии в ночное время
- Г) кетонурия

**2563. МАКСИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ В ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 7,8
- Б) 6,1
- В) 7,0
- Г) 6,4

**2564. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 1 ВОЗНИКАЮТ НА СТАДИИ**

- А) 90% деструкции  $\beta$ -клеток
- Б) полной деструкции  $\beta$ -клеток
- В) прогрессивного снижения 1 фазы секреции инсулина
- Г) инициации иммунных процессов

**2565. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ**

- А) инсулинерезистентности и относительного дефицита инсулина
- Б) генетически обусловленных дефектов функции бета-клеток поджелудочной железы
- В) аутоиммунной деструкции бета-клеток поджелудочной железы
- Г) опухоли или травмы поджелудочной железы

**2566. СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ**

- А) через 1,5-2 года после установления диагноза «сахарный диабет»
- Б) с момента установления диагноза «сахарный диабет»
- В) через полгода после установления диагноза «сахарный диабет»
- Г) через 5 лет после установления диагноза «сахарный диабет»

**2567. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТА 30 ЛЕТ БЕЗ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА И РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ГИПОГЛИКЕМИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (%)**

- А) 6,5
- Б) 7,0
- В) 7,5
- Г) 8,0

**2568. СОСТОЯНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) возможностью отменить инсулиновую терапию
- Б) снижением потребности в экзогенном инсулине менее 0,4 ед на кг массы тела
- В) снижением потребности в экзогенном инсулине менее 0,8 ед на кг массы тела
- Г) повышением потребности в инсулине более 1 ед на кг массы тела

**2569. СКРИНИНГ НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) 2 ТИПА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

- А) при установлении диагноза «сахарный диабет»
- Б) через 5 лет после установления диагноза «сахарный диабет»
- В) через 1 год после установления диагноза «сахарный диабет»
- Г) через 10 лет после установления диагноза «сахарный диабет»

**2570. САМЫМ РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ РАБОТЫ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиперфильтрация
- Б) артериосклероз
- В) микроальбуминурия
- Г) протеинурия

**2571. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ КОРОТКОЙ (МЕНЕЕ ОДНОГО ЧАСА) ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- А) съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов
- Б) съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов
- В) уменьшить дозу инсулина
- Г) избегать физических нагрузок

**2572. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) стимуляция секреции инсулина
- Б) снижение периферической инсулиноврезистентности
- В) замедление всасывания глюкозы в кишечнике Г)
- подавление глюконеогенеза в печени

**2573. РЕПАГЛИНИД ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА**

- А) производных бензоевой кислоты
- Б) производных сульфонилмочевины
- В) бигуанидов
- Г) тиазолидиндионов

**2574. АКАРБОЗА ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА**

- А) ингибиторов альфа-глюкозидаз
- Б) бигуанидов
- В) ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2
- Г) ингибиторов дипептидилпептидазы-4

**2575. БОЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИНИМАТЬ ПИЩУ \_\_\_\_\_ РАЗА/РАЗ В СУТКИ**

- А) 5-6
- Б) 4
- В) 3
- Г) 1-2

**2576. СНИЖЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ УМЕНЬШЕНИЯ**

- А) жиров
- Б) белков
- В) углеводов
- Г) белков, жиров и углеводов

**2577. СЕКРЕЦИЯ ГОРМОНА РОСТА УГНЕТАЕТСЯ ПРИ**

- А) ожирении
- Б) хронической почечной недостаточности
- В) неврогенной анорексии
- Г) стрессе

**2578. СЕКРЕЦИЯ ГОРМОНА РОСТА СТИМУЛИРУЕТСЯ ПРИ**

- А) гипогликемии
- Б) гипотиреозе
- В) гипертиреозе
- Г) приеме глюкокортикоидов

**2579. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ АКРОМЕГАЛИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) селективные аналоги соматостатина
- Б) соматостатин
- В) дофамин
- Г) антагонисты дофамина

**2580. СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ИНСУЛИНЕ В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТАВЛЯЕТ (ЕД/КГ МАССЫ ТЕЛА)**

- А) 1,0-2,0
- Б) 0,6-1,0
- В) 0,5-0,8
- Г) 0,2-0,6

**2581. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРОВОДИТСЯ**

- А) не зависимо от приема пищи
- Б) натощак
- В) через 2 часа после приема пищи
- Г) натощак и через 2 часа после приема пищи

**2582. ГЛЮКАГОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ**

- А)  $\alpha$ -клетками поджелудочной железы
- Б)  $\beta$ -клетками поджелудочной железы
- В) L-клетками ЖКТ
- Г)  $\delta$ -клетками поджелудочной железы

**2583. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4)
- Б) препараты инсулина
- В) производные сульфонилмочевины
- Г) глиниды

**2584. К БИГУАНИДАМ ОТНОСИТСЯ**

- A) Метформин
- Б) Глибенкламид
- В) Репаглинид
- Г) Пиоглитазон

**2585. ПРИ ИСХОДНОМ ЗНАЧЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА 6,5–7,5% НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ РЕКОМЕНДОВАНО С**

- A) монотерапии (Метформин, ингибиторы ДПП-4 или аналог ГПП-1)
- Б) комбинации 2 сахароснижающих препаратов, включая базисный инсулин
- В) комбинации 3 сахароснижающих препаратов, включая базисный инсулин
- Г) инсулиновой терапии в базис-болюсном режиме

**2586. ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО**

- A) образование витреоретинальных шварт с тракционным синдромом
- Б) большое количество твердых и «ватных» экссудатов
- В) множество мелких интрапаретинальных геморрагий и микроаневризм
- Г) образование фиброзной ткани и неоваскуляризация

**2587. К ФАКТОРАМ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИМ РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОГО ОЖИРЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ**

- A) энергетический дисбаланс между поступлением и расходом энергии
- Б) тяжелый физический труд, употребление высококалорийной пищи
- В) вирусные инфекции
- Г) опухоли головного мозга

**2588. ИНСУЛИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ\_\_\_\_\_ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- A)  $\beta$ -клетками
- Б)  $\alpha$ -клетками
- В)  $\delta$ -клетками
- Г) РР-клетками

**2589. С МОМЕНТА ПОСЛЕДНЕГО ПРИЕМА ПИЩИ ДО ПРОВЕДЕНИЯ ОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА ДОЛЖНО ПРОЙТИ (ЧАС)**

- А) не менее 8
- Б) не менее 6
- В) не менее 10
- Г) не более 8

**2590. ДАПАГЛИФЛОЗИН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ**

- А) блокаторов натрий-глюкозного котранспортера
- Б) производных сульфонилмочевины
- В) ингибиторов ДПП-4
- Г) бигуанидов

**2591. ОРАЛЬНЫЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ НА 24-28 НЕДЕЛЯХ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ**

- А) всем беременным при отсутствии ранее выявленных нарушений углеводного обмена и противопоказаний
- Б) только при наличии ожирения
- В) всем беременным при выявленной наследственности, отягощенной по сахарному диабету и отсутствии противопоказаний
- Г) при выявлении кетонурии

**2592. ЭКСЕНАТИД ОТНОСИТСЯ К**

- А) классу агонистов рецепторов ГПП-1
- Б) классу ингибиторов ДПП-4
- В) препаратам аналогов инсулина длительного действия
- Г) классу производных сульфонилмочевины

**2593. НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ**

- А) гликлазида МВ и натеглинида
- Б) глимепирида и алоглиптина
- В) базального инсулина и метформина
- Г) метформина и инГЛТ-2

**2594. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С ЗА СТАДИИ  
ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) Глибенкламид
- Б) Метформин
- В) Эмпаглифлозин
- Г) Ситаглиптин

**2595. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ПРЕДМЕТ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПАЦИЕНТУ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА  
ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ\_\_\_\_\_ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА**

- А) сразу
- Б) через 3 месяца
- В) через 6 месяца
- Г) через 1 год

**2596. МИКРОАДЕНОМОЙ СЧИТАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ ГИПОФИЗА  
ДИАМЕТРОМ**

- А) менее 1,0 см
- Б) менее 2,0 см
- В) менее 0,5 см
- Г) любым, не приводящим к синдрому компрессии

**2597. К РАЗВИТИЮ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕНЕЗА  
МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ**

- А) Домперидон
- Б) Эналаприл
- В) Левотироксин натрия
- Г) Урсодезоксихолевая кислота

**2598. ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИКРОПРОЛАКТИНОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) медикаментозная терапия
- Б) трансназальная транссфеноидальная аденоэктомия
- В) сочетание медикаментозной терапии и  
аденоэктомии Г) лучевая терапия на область гипофиза

**2599. ПРОЛАКТИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ КЛЕТКАМИ**

- А) передней доли гипофиза
- Б) задней доли гипофиза
- В) промежуточной доли гипофиза
- Г) вентромедиальных ядер гипоталамуса

**2600. ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ИНЦИДЕНТАЛОМЫ ГИПОФИЗА ПОКАЗАНА**

- А) во всех случаях выявления инциденталомы
- Б) только при наличии симптомов компрессии
- В) только при наличии клинической картины гиперпродукции  
гормонов Г) при диаметре образования более 1,0 см

**2601. В КАЧЕСТВЕ ТЕСТА ПЕРВОГО УРОВНЯ В ДИАГНОСТИКЕ АКРОМЕГАЛИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) оценка уровня инсулинподобного фактора-1 (ИФР-1)
- Б) оценка базального уровня соматотропного гормона (СТГ)
- В) оценка уровня соматотропного гормона (СТГ) во время проведения  
орального глюкозотерантного теста (ОГTT)
- Г) магнитно-резонансная томография (МРТ) гипофиза

**2602. ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) диастема
- Б) сухость кожи
- В) склонность к запорам
- Г) алопеция

**2603. САНДОСТАТИН ЛАР ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) аналогов соматостатина
- Б) antagonists of somatotropin receptors (STГ)
- В) agonists of dopamine
- Г) ингибиторов соматолиберина

**2604. ПЕРВИЧНЫЙ МАНИФЕСТНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) повышением ТТГ и снижением T4 свободного
- Б) повышением ТТГ и нормальным уровнем T4 свободного
- В) повышением ТТГ и повышением T4 свободного
- Г) снижением ТТГ и снижением T4 свободного

**2605. НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН**

- А) составляет до 18 мл
- Б) составляет до 25 мл
- В) составляет до 20 мл
- Г) зависит от возраста

**2606. УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО**

- А) при выявлении пальпируемого образования в проекции железы
- Б) всем пациентам старше 50 лет
- В) всем беременным женщинам, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита
- Г) всем детям, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита

**2607. ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) подострого тиреоидита
- Б) цитокин-индуцированного тиреоидита
- В) послеродового тиреоидита
- Г) острого гнойного тиреоидита

**2608. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ 2001 Г., ЗОБ 2 СТЕПЕНИ  
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ**

- А) увеличенная щитовидная железа видна при нормальном положении шеи
- Б) объем каждой доли не превышает размер дистальной фаланги большого пальца кисти обследуемого
- В) щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи, но в одной из долей пальпируется узловое образование диаметром около 1 см
- Г) в щитовидной железе нормального объема по данным УЗИ выявляются множественные узловые образования

**2609. АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ ТТГ ЯВЛЯЮТСЯ  
СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ**

- А) болезни Грейвса-Базедова
- Б) хронического аутоиммунного тиреоидита
- В) послеродового тиреоидита
- Г) цитокин-индуцированного тиреоидита

**2610. ДЛЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО**

- А) снижение или полное отсутствие захвата радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии щитовидной железы
- Б) преимущественное повышение трийодтиронина
- В) повышение титра антител к тиреоидной пероксидазе
- Г) повышение титра антител к рецептору ТТГ

**2611. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ 1997 ГОДА ДИАГНОСТИКА  
ОЖИРЕНИЯ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОЦЕНКЕ**

- А) индекса массы тела
- Б) массы тела
- В) окружности талии
- Г) соотношения окружности талии к окружности бедер

**2612. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК СООТНОШЕНИЕ**

- А) массы тела в кг к росту в  $\text{м}^2$
- Б) массы тела в кг к росту в метрах
- В) роста в см к массе тела в кг
- Г) массы тела в кг к росту в  $\text{см}^2$

**2613. АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ЖЕНЩИН БЕЛОЙ РАСЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ (СМ)**

- А) 80
- Б) 94
- В) 90
- Г) 92

**2614. НАИБОЛЬШЕЙ КАЛОРИЙНОСТЬЮ В РАСЧЕТЕ НА 1 Г ОБЛАДАЮТ**

- А) спирты
- Б) углеводы
- В) белки
- Г) клетчатка

**2615. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ПРИМЕНЕНИЯ СИБУТРАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) сердцебиение, потливость, сухость во рту
- Б) запоры и сухость кожи
- В) вздутие живота, диарея
- Г) холестаз, гипербилирубинемия

**2616. ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА**

- А) SCORE
- Б) CHA2DS2-VASc
- В) HAS-BLED
- Г) GRACE

**2617. НА ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УКАЗЫВАЕТ**

- А) индекс Соколова-Лайона $>3,5$  мВ, RaVL $>1,1$  мВ
- Б) комплекс интима-медиа =1,1
- В) лодыжечно-плечевой индекс  $>0,9$
- Г) клубочковая фильтрация = 80 мл/мин

**2618. РИСК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ УВЕЛИЧИВАЕТ**

- А) неблагоприятный семейный анамнез ССЗ
- Б) низкий уровень ТГ ( $> 1,7$  ммоль/л)
- В) возраст старше 45 лет
- Г) высокий уровень ЛПВП ( $>1,2$  ммоль/л)

**2619. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) изолированной систолической АГ
- Б) изолированной диастолической АГ
- В) систоло-диастолической АГ
- Г) вторичной АГ

**2620. ПО ШКАЛЕ SCORE РАССЧИТЫВАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ В БЛИЖАЙШИЕ 10 ЛЕТ**

- А) фатальных осложнений
- Б) инсульта
- В) инфаркта миокарда
- Г) сердечной недостаточности

**2621. У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ОГРАНИЧИВАТЬ СУТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СОЛИ ДО (Г)**

- А) 5-6
- Б) 1-3
- В) 2-4
- Г) 3-5

**2622. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДИЕТЕ ТИПА DASH (ДИЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРЕКРАЩЕНИЮ ГИПЕРТОНИИ)**

- А) снижает риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий
- Б) способствует снижению АД, но не влияет на риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий
- В) снижает риск развития инфаркта миокарда
- Г) снижает риск развития инсульта, но не влияет на риск развития сердечной недостаточности

**2623. НАЧИНАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ РИСКЕ ПО ШКАЛЕ SCORE РАВНОМ (%)**

- А) 2
- Б) 3
- В) 5
- Г) 10

**2624. У ПАЦИЕНТКИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ, НАЛИЧИЕМ В АНАМНЕЗЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЩЕЙ И ЧАСТИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ БУДЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Феррум Лек внутримышечно
- Б) Феррум Лек перорально
- В) Витамина В12 внутримышечно
- Г) Фолиевой кислоты перорально

**2625. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) синдром мальдигестии
- Б) язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии
- В) повторная беременность
- Г) планируемое оперативное лечение миомы матки

**2626. ДЛЯ ХОБЛ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (GOLD) ХАРАКТЕРНО  
ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (%)**

- А)>80
- Б) 50-80
- В) 30-50
- Г)<30

**2627. ДЛЯ ХОБЛ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ (GOLD) ХАРАКТЕРНО  
ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (%)**

- А) 30-50
- Б) 50-80
- В)>80
- Г)<30

**2628. ДЛЯ ХОБЛ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ (GOLD) ХАРАКТЕРНО  
ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (%)**

- А)<30
- Б) 50-80
- В) 30-50
- Г)>80

**2629. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ, КОТОРЫЙ  
ПРИВОДИТ К ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) стафилококк
- Б) гемофильная палочка
- В) синегнойная палочка
- Г) пневмококк

**2630. САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ У 60-ТИ ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО С АТЕЛЕКТАЗОМ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ОДЫШКОЙ И НЕПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхоскопия
- Б) спирометрическое исследование
- В) определение титра антител к ДНК
- Г) перфузионная сцинтиграфия легких

**2631. У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ПРИ СПИРОМЕТРИИ ВЫЯВЛЯЮТ**

- А) рестриктивные нарушения
- Б) обструктивные нарушения
- В) смешанные изменения
- Г) изменения только индекса Тиффно

**2632. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ПРЕОБЛАДАЕТ**

- А) прогрессирующая одышка
- Б) гнойная мокрота в большом количестве
- В) длительная и рецидивирующая лихорадка
- Г) бледно-розовая сыпь в области суставов

**2633. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ТИПИЧНЫ**

- А) изменения по типу «матового стекла»
- Б) диссеминированные инфильтративные изменения
- В) инфильтративные изменения в одном легком Г)  
множественные полости в обоих легких

**2634. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) острой интерстициальной пневмонии
- Б) неспецифической интерстициальной пневмонии
- В) лимфоцитарной интерстициальной пневмонии Г)  
криптогенной организующейся пневмонии

**2635. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ**

- А) макролиды
- Б) пенициллины
- В) цефалоспорины
- Г) тетрациклины

**2636. КРИТЕРИЕМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нестабильная гемодинамика
- Б) выявленный лейкоцитоз более  $10 \times 10^9/\text{л}$
- В) верхнедолевая локализация поражения
- Г) фебрильная лихорадка в течение 3 дней

**2637. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ**

- А) при гнойной мокроте
- Б) при усилении кашля
- В) при появлении кровохарканья
- Г) при нарастании одышки

**2638. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) III-IV степени тяжести и частых обострениях
- Б) I-II степени тяжести и частых обострениях
- В) III-IV степени тяжести и редких обострениях
- Г) I-II степени тяжести и редких обострениях

**2639. ВАКЦИНАЦИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРОВОДИТСЯ 1 РАЗ В (ГОД)**

- А) 5
- Б) 2
- В) 1
- Г) 3

**2640. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) смешанном нефrite
- Б) наличии макрогематурии
- В) нефротическом синдроме
- Г) артериальной гипертонии

**2641. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ**

- А) отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии
- Б) артериальной гипертонии, отечного синдрома, гематурии В)
- лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии Г)
- артериальной гипертонии, протеинурии, лейкоцитурии

**2642. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ**

- А) интерстициальной ткани
- Б) канальцевого аппарата
- В) клубочкового аппарата
- Г) мезангимальной ткани

**2643. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) альбуминурия
- Б) лейкоцитурия
- В) макрогематурия
- Г) микрогематурия

**2644. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) энтеробактерия
- Б) золотистый стафилококк
- В) синегнойная палочка
- Г) смешанная флора

**2645. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ**

- А) стрептококк
- Б) стафилококк
- В) клебсиелла
- Г) синегнойная палочка

**2646. РАННИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) протеинурия
- Б) бактериурия
- В) лейкоцитурия
- Г) цилиндрурия

**2647. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ**

- А) протеинурии
- Б) макрогематурии
- В) лейкоцитурии
- Г) гиперстенурии

**2648. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗАХ МОЧИ**

- А) протеинурии
- Б) лейкоцитурии
- В) гипостенурии
- Г) бактериурии

**2649. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ**

- А) гипопротеинемия и гиперлипидемия
- Б) гиперлипидемия и гипербилирубинемия
- В) гиперпротеинемия и диспротеинемия
- Г) гиперфибриногенемия и гиперферментемия

**2650. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЧИТАЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ**

- А) миеломной нефропатии
- Б) анальгетической нефропатии
- В) хронического гломерулонефрита
- Г) хронического пиелонефрита

**2651. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЦИЛИНДРЫ**

- А) гиалиновые
- Б) эпителиальные
- В) восковидные
- Г) жироперерожденные

**2652. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) антибиотики
- Б) глюкокортикоиды
- В) антикоагулянты
- Г) дезагреганты

**2653. ПРЕПАРАТАМИ, СНИЖАЮЩИМИ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) тиазидные диуретики
- В) антагонисты кальция
- Г) антикоагулянты непрямого действия

**2654. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение внутриклубочковой гипертензии
- Б) повышение реабсорбции натрия и воды в канальцах
- В) снижение активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон
- Г) повышение активности депрессорной системы почек

**2655. К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Индометацина
- Б) Метилпреднизолона
- В) Циклофосфамида
- Г) Дипиридамола

**2656. В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЭФФЕКТИВНЫ**

- А) глюкокортикоиды
- Б) петлевые диуретики
- В) белковозамещающие препараты
- Г) анаболические гормоны

**2657. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФОРМЕННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ КРОВИ НЕОБХОДИМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А) цитостатиками
- Б) антибиотиками
- В) глюкокортикостероидами
- Г) тиазидными диуретиками

**2658. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) климатический
- Б) физиотерапевтический
- В) бальнеологический
- Г) спелеологический

**2659. НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) суточная протеинурия
- Б) липидный спектр крови
- В) уровень мочевой кислоты в крови
- Г) анализ мочи по Зимницкому

**2660. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) азотемия
- Б) гиперстенурия
- В) протеинурия
- Г) лейкоцитурия

**2661. ВОЗМОЖНЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение сократительной способности миокарда
- Б) миксоматозная дегенерация клапанов
- В) гипертрофия миокарда левого желудочка
- Г) легочная гипертензия

**2662. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- А) расширении восходящей части аорты
- Б) расширении полости левого желудочка
- В) стенозе митрального клапана
- Г) легочной гипертензии

**2663. НА ВЕРХУШКУ СЕРДЦА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ КЛАПАНА**

- А) митрального
- Б) аортального
- В) легочной артерии
- Г) трикуспидального

**2664. НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ \_\_\_\_\_ СТВОРОК**

- А) трех
- Б) двух
- В) четырех
- Г) пяти

**2665. НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ (СМ<sup>2</sup>)**

- А) 4-6
- Б) 2-4
- В) 6-8
- Г) 3-5

**2666. ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ**

- А) недостаточности аортального клапана
- Б) стеноза устья аорты
- В) недостаточности митрального клапана
- Г) стеноза митрального клапана

**2667. ТЯЖЕЛЫМ СИСТЕМНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С РАЗРУШЕНИЕМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) инфекционный эндокардит
- Б) токсическая кардиомиопатия
- В) острый перикардит
- Г) миксоматозная дегенерация

**2668. ПЯТНА РОТА (БЕЛЫЕ ПЯТНА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ)  
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) инфекционного эндокардита
- Б) артериальной гипертензии
- В) синдрома Марфана
- Г) ревмокардита

**2669. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ЛЕВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ НА ВЫДОХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А) стеноза клапана легочной артерии
- Б) недостаточности митрального клапана
- В) стеноза аортального клапана
- Г) недостаточности трехстворчатого клапана

**2670. К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ**

- А) аневризма левого желудочка
- Б) разрыв стенки левого желудочка
- В) кардиогенный шок
- Г) фибрилляция желудочек

**2671. УСИЛЕНИЕ И ТОНА СЕРДЦА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) тиреотоксикозе
- Б) ожирении
- В) эмфиземе
- Г) артериальной гипотонии

**2672. У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, А ТАКЖЕ СЛЕВА И СПРАВА ОТ НЕГО ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА КЛАПАНЕ**

- А) трехстворчатом
- Б) легочной артерии
- В) аортальном
- Г) митральном

**2673. К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВАЗОДИЛАТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ**

- А) антагонисты кальциевых каналов
- Б) бета-адреноблокаторы
- В) агонисты альфа-адреноблокаторов
- Г) агонисты имидозалиновых рецепторов

**2674. К СЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Метопролол
- Б) Пропранолол
- В) Надолол
- Г) Карведилол

**2675. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Капотена
- Б) Допегита
- В) Лабетолола
- Г) Нифедипина

**2676. ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПАЦИЕНТАМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Моксонидина
- Б) Нифедипина
- В) Гидролазина
- Г) Фелодипина

**2677. ПАЦИЕНТАМ С АГ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ  
ПРЕПАРАТОВ В КОМБИНАЦИИ**

- А) ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензина II
- Б) ингибиторов АПФ и тиазидовых диуретиков
- В) бета-адреноблокаторов и антагонистов кальциевых каналов Г) Моксонидина и диуретика

**2678. ПАЦИЕНТАМ С АГ И ГИПЕРДОСТЕРОНИЗМОМ  
РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ**

- А) Спиронолактон
- Б) Триамтерен
- В) Диакарб
- Г) Гидрохлортиазид

**2679. К ПЕТЛЕВЫМ ДИУРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) торасемид
- Б) хлорталидон
- В) амилорид
- Г) спиронолактон

**2680. ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ В ВИДЕ КАШЛЯ ПРИ ПРИЕМЕ  
ИНГИБИТОРОВ АПФ СВЯЗАН С**

- А) увеличением продукции брадикинина в легких
- Б) снижением содержания ангиотензина II В)  
снижением активности ренина плазмы
- Г) увеличением продукции натрийуретических пептидов

**2681. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С  
ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА  
ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) β-адреноблокаторы
- Б) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)
- В) диуретики
- Г) блокаторы ангиотензиновых рецепторов

**2682. БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ**

- А) госпитализировать по «03» в БИТ
- Б) направить на консультацию к врачу-кардиологу
- В) направить на ЭКГ
- Г) направить на анализ крови

**2683. НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ**

- А)  $\alpha$ -адреноблокаторов и антагонистов кальция
- Б) антагонистов кальция и диуретиков
- В)  $\beta$ -адреноблокаторов и диуретиков
- Г) ингибиторов АПФ и антагонистов кальция

**2684. АЛЬФА-БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Карведилол
- Б) Бисопролол
- В) Небиволол
- Г) Соталол

**2685. ПРЕПАРАТАМИ, ОБЛАДАЮЩИМИ ВЫРАЖЕННЫМИ АНГИОПРОТЕКТИВНЫМИ И АНТИАТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) антагонисты кальция
- Б) диуретики
- В)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Г)  $\alpha$ -адреноблокаторы

**2686. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ОКАЗЫВАЮТ**

- А) неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) антагонисты кальция
- В) ингибиторы АПФ
- Г) препараты центрального действия

**2687. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\alpha$ -агонисты центрального действия
- Б) тиазидные диуретики
- В) ингибиторы АПФ
- Г) блокаторы рецепторов ангиотензина II

**2688. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- В) неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
- Г) диуретики

**2689. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ОТНОСЯТ**

- А) блокаторы рецепторов ангиотензина II
- Б)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- В) неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
- Г) диуретики

**2690. ИНТОКСИКАЦИЯ ПРЕПАРАТАМИ ДИГОКСИНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- А) тошнотой и рвотой
- Б) болью в сердце
- В) возбуждением
- Г) кровотечением

**2691. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) предполагаемое расслоение аорты
- Б) ишемический инсульт любой давности
- В) артериальная гипертензия
- Г) острый коронарный синдром

**2692. РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНОГО**

- А) хирургического вмешательства
- Б) тромболизиса
- В) МРТ-исследования
- Г) антибактериального лечения

**2693. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- Г) препараты центрального действия

**2694. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ОКАЗЫВАЮТ**

- А) мочегонные препараты
- Б) антагонисты кальция
- В) ингибиторы АПФ
- Г) препараты центрального действия

**2695. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- Г) препараты центрального действия

**2696. ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАПИИ**

- А) цитостатиками
- Б) антибактериальными препаратами
- В) гипотензивными препаратами
- Г) нестероидными противовоспалительными препаратами

**2697. ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
АНТИКОАГУЛЯНТОВ КУМАРИНОВОЙ ГРУППЫ ОПТИМАЛЬНА  
ПРИ ПОДДЕРЖАНИИ МНО В ПРЕДЕЛАХ**

- А) 2,0-3,0
- Б) 1,0-2,0
- В) 0-1,0
- Г) 5,0-6,0

**2698. ОРГАНИЧЕСКИЕ НИТРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ДОНОРАМИ**

- А) NO
- Б) Ca<sup>2+</sup>
- В) Mg<sup>2+</sup>
- Г) K<sup>+</sup>

**2699. ПРЕПАРАТАМИ, К КОТОРЫМ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ,  
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) нитраты
- Б) ингибиторы АПФ
- В) антагонисты кальция
- Г) антикоагулянты

**2700. ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ИНФАРКТЕ  
МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ АРТИФИЦИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА  
НЕОБХОДИМО В ПЕРВЫЕ \_\_\_\_\_ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- А) 6
- Б) 12
- В) 8
- Г) 10

**2701. КОНТРОЛЬ АДЕКВАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО  
ОПРЕДЕЛЕНИЮ**

- А) МНО
- Б) уровня фибриногена
- В) протромбинового индекса
- Г) С-реактивного белка

**2702. В НОРМАЛЬНОМ ЛИМФОУЗЛЕ ПРИСУТСТВУЮТ**

- А) В- и Т-лимфоциты
- Б) клетки миелоидного ряда
- В) эпителиоидные клетки
- Г) только Т-лимфоциты

**2703. КЛОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА Т-ЛИМФОЦИТОВ  
ПРОИСХОДИТ В**

- А) тимусе
- Б) лимфоузлах
- В) костном мозге
- Г) селезенке

**2704. ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) высокий ретикулоцитоз
- Б) тромбоцитопения
- В) лейкоцитоз
- Г) повышение трансаминазной активности

**2705. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ  
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ**

- А) В12-дефицитной анемии
- Б) железодефицитной анемии
- В) гемофилии
- Г) болезни Виллебранда

**2706. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ**

- А) хронического миелолейкоза
- Б) хронического волосатоклеточного лейкоза
- В) сублейкемического лейкоза
- Г) острого промиелоцитарного лейкоза

**2707. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ**

- А) остром лейкозе
- Б) хроническом лимфолейкозе
- В) болезни Виллебранда
- Г) гемолитической анемии

**2708. УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИ**

- А) бронхиальной астме
- Б) стенокардии напряжения
- В) циррозе печени
- Г) ревматоидном артите

**2709. ЛЕЙКОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОТРАЖЕНИЕМ**

- А) пневмонии
- Б) бронхиальной астмы
- В) вирусного гепатита
- Г) стенокардии напряжения

**2710. ЛЕЙКОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОТРАЖЕНИЕМ**

- А) острого инфаркта миокарда
- Б) нестабильной стенокардии
- В) приступа фибрилляции предсердий
- Г) стенокардии покоя

**2711. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) гиперспленизма
- Б) переливания несовместимой крови
- В) травмы живота
- Г) хронического пиелонефрита

**2712. СДВИГ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) бактериальной инфекции
- Б) вирусной инфекции
- В) глистной инвазии
- Г) физического перенапряжения

**2713. К ПРИЗНАКАМ ДВС-СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ**

- А) гематомно-петехиальный
- Б) гематомный
- В) петехиальный
- Г) васкулитно-пурпурный

**2714. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЭРИТРОЦИТОВ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) ХОБЛ
- Б) стенокардии напряжения
- В) сепсисе
- Г) остром пиелонефrite

**2715. ТАЛАССЕМИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У**

- А) жителей Средиземноморья
- Б) жителей экваториальной Африки
- В) восточно-европейских жителей
- Г) северо-американских индейцев

**2716. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) хронического гепатита
- Б) миеломной болезни
- В) хронического лимфолейкоза
- Г) острого панкреатита

**2717. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) эритремии
- Б) острого лейкоза
- В) хронического лимфолейкоза
- Г) В12-дефицитной анемии

**2718. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) ДВС-синдроме
- Б) железодефицитной анемии
- В) гемолитической анемии
- Г) эссенциальной тромбоцитемии

**2719. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) эссенциальной тромбоцитемии
- Б) острого лейкоза
- В) железодефицитной анемии
- Г) гемолитической анемии

**2720. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) острой тромбоцитопенической пурпуре
- Б) железодефицитной анемии
- В) гемолитической анемии
- Г) эритремии

**2721. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) остром лейкозе
- Б) эритремии
- В) гемолитической анемии
- Г) эссенциальной тромбоцитемии

**2722. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) амилоидозе
- Б) остром лейкозе
- В) применении антиагрегантов
- Г) применении антикоагулянтов

**2723. ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕСЯЦА И  
ЛИМФОАДЕНОПАТИИ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ**

- А) лимфогранулематоз
- Б) болезнь Крона
- В) болезнь Виллебранда
- Г) гемофилию

**2724. АНЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ\_\_\_\_\_  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) хронической почечной
- Б) острой печеночной
- В) острой сердечной
- Г) хронической дыхательной

**2725. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ В12 - ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ  
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) исследование морфологии костного мозга
- Б) оценка уровня витамина В12 в крови
- В) расчет лейкоцитарного индекса в крови
- Г) оценка насыщения гемоглобином эритроцитов

**2726. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОТНОСЯТ**

- А) постоянные лихорадку и потливость
- Б) выраженные миалгии, оссалгии
- В) некупируемые тошноту и рвоту
- Г) чередование поносов и запоров

**2727. К В-СИМТОМАМ ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАХ ОТНОСЯТ**

- А) похудание, слабость
- Б) лимфоаденопатию
- В) гиперспленизм
- Г) анемию и тромбоцитопению

**2728. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) Анальгина
- Б) Преднизолона
- В) цитостатиков
- Г) диуретиков

**2729. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) цитостатиков
- Б) гормональных контрацептивов
- В) колониестимулирующего фактора
- Г) Эритропоэтина

**2730. НАЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ**

- А) артериальную гипертензию
- Б) тошноту и рвоту
- В) лихорадочный синдром
- Г) тромбоцитопению

**2731. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ**

- А) лихорадочный синдром
- Б) тромбозы
- В) кровотечения
- Г) тромбоцитоз

**2732. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ \_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ ТЕРАПИИ**

- А) ретикулоцитов к концу 1
- Б) эритроцитов к концу 1
- В) гемоглобина к концу 1
- Г) гемоглобина к концу 2

**2733. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ В12 У БОЛЬНЫХ С В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ \_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ ТЕРАПИИ**

- А) ретикулоцитов к концу 1
- Б) лейкоцитов к концу 1
- В) гемоглобина к концу 1
- Г) тромбоцитов к концу 2

**2734. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ В12 У БОЛЬНЫХ С В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ \_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ ТЕРАПИИ**

- А) гемоглобина к концу 3
- Б) уровня лейкоцитов к концу 3
- В) уровня гемоглобина к концу 1
- Г) уровня тромбоцитов к концу 3

**2735. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Леналидомид
- Б) Интерферон альфа
- В) Интерферон бета
- Г) колониестимулирующий фактор

**2736. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Бортезамиб
- Б) Колхицин
- В) Интерферон бета
- Г) колониестимулирующий фактор

**2737. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ОТНОСИТСЯ**

- А) агранулоцитоз
- Б) тромбоз
- В) сыпь на коже
- Г) насморк

**2738. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ПРИЕМА**

- А) Анальгина
- Б) Преднизолона
- В) цитостатиков
- Г) Эритропоэтина

**2739. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАПТЕНОВОГО АГРАНУЛОЦИТОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) антибиотики и антисептики
- Б) антибиотики и преднизолон
- В) преднизолон и цитостатики
- Г) преднизолон и колониестимулирующий фактор

**2740. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОГО АГРАНУЛОЦИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) антибиотики, антисептики и колиниестимулирующий фактор
- Б) антибиотики, преднизолон и колиниестимулирующий фактор
- В) преднизолон, антисептики и цитостатики
- Г) преднизолон, антисептики и колиниестимулирующий фактор

**2741. ЭРИТРОПОЭТИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- А) анемии при хронической болезни почек
- Б) анемии при острой почечной недостаточности
- В) анемии, аутоиммунном гемолизе
- Г) лейкопении при воздействии цитостатиков

**2742. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ПЕРЕД ДВУХВАЛЕНТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) меньшая частота осложнений
- Б) более быстрый эффект
- В) более низкая стоимость
- Г) меньшая суточная доза

**2743. ВИТАМИН В12 РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ С ЕГО ДЕФИЦИТОМ ПО СХЕМЕ**

- А) месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы 1-2 раза в год
- Б) два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы ежеквартально
- В) два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года
- Г) месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года

**2744. В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИСУТСТВУЮТ**

- А) плазмаферез и свежезамороженная плазма
- Б) антиагреганты и активаторы фибринолиза
- В) антикоагулянты, антифибринолитики
- Г) антикоагулянты и активаторы фибринолиза

**2745. МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДВС-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) переливание достаточных объемов свежезамороженной плазмы
- Б) введение не менее 1 л теплой донорской крови
- В) проведение плазмафереза в объеме 1 л эксфузии
- Г) назначение препаратов фактор протромбинового комплекса

**2746. ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ТЕРАПИЮ ДВС-СИНДРОМА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) проведения плазмафереза в объеме 1 л
- Б) переливания свежей донорской крови
- В) введения фибринолитиков
- Г) наложения жгута на пораженную конечность

**2747. ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ**

- А) плазмаферез и антикоагулянты
- Б) только Преднизолон в малых дозах
- В) пульс-терапию Преднизолоном
- Г) Азатиоприн

**2748. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПАТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С ПРИЕМОМ**

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б) антибиотиков широкого спектра действия
- В) противовирусных препаратов
- Г) гипотензивных лекарственных средств

**2749. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) международное нормализованное отношение
- Б) протромбиновый индекс по Квику
- В) уровень антитромбина III
- Г) активированное парциальное тромбиновое время

**2750. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕБНЫХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) активированное парциальное тромбиновое время
- Б) международное нормализованное отношение
- В) протромбиновый индекс по Квику Г)
- тромбиновое время

**2751. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) наличие геморрагических осложнений
- Б) хронометрические показатели гемостаза
- В) уровень агрегации тромбоцитов
- Г) уровень фибринолитической активности крови

**2752. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ**

- А) неиммунная тромбоцитопения
- Б) лекарственная тромбоцитопатия
- В) гепаринассоциированный агранулоцитоз
- Г) вторичный тромбоз

**2753. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) цитостатики и таргетные биологические препараты
- Б) антикоагулянты и антиагреганты
- В) антибиотики и антикоагулянты
- Г) стероидные гормоны и антибиотики

**2754. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики
- Б) цитостатики и стероидные гормоны
- В) стероидные гормоны и антибиотики
- Г) антибиотики и ингибиторы тирозинкиназы

**2755. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ПРИВОДИТ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ НЕ МЕНЕЕ, ЧЕМ \_\_\_\_\_ % ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ**

- А) 80-85
- Б) 70-80
- В) 50-70
- Г) 40-50

**2756. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН**

- А) переодеваться при входе в палату
- Б) носить исключительно одноразовое стерильное белье
- В) мыть руки трижды перед входом в палату
- Г) протирать свои руки и лицо раствором антиспетика

**2757. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН**

- А) обеспечить больному асептические условия пребывания
- Б) после каждого входа в палату персонала включать ультрафиолетовый облучатель
- В) мыть полы и стены палаты ежечасно
- Г) включать приточно-вытяжную вентиляцию каждые 2-3 часа

**2758. ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПО ПАНЧЕНКОВУ РАВНОЕ 2 ММ В ЧАС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нормальным для мужчин и женщин
- Б) повышенным для мужчин и женщин
- В) нормальным для женщин
- Г) пониженным для мужчин

**2759. УМЕНЬШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) увеличения концентрации эритроцитов в крови
- Б) увеличение вязкости крови
- В) болезней обмена веществ
- Г) снижения концентрации эритроцитов в крови

**2760. ГЛИКИЛИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН ОБОЗНАЧАЮТ**

- А) HbA1c
- Б) HbO2
- В) HHb
- Г) HbF

**2761. БОЛЕЗНЬ ГОШЕ И ПОРФИРИЯ**

- А) являются редкими болезнями, мало знакомыми врачам-терапевтам
- Б) относятся к гемобластозам и к сфере ведения больных врачом-гематологом
- В) в России не диагностируются и не лечатся
- Г) требуют трансплантации костного мозга

**2762. БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тромбоцитопатией
- Б) тромбозами и геморрагиями
- В) васкулитно-пурпурной кровоточивостью
- Г) тромбоцитопенией

**2763. АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ**

- А) является частой причиной невынашивания беременности
- Б) встречается исключительно у больных с гепатитом
- В) диагностируется с помощью исключительно иммунологических методов
- Г) является редкой болезнью, не встречающейся в практике врача-терапевта

**2764. ФЕНОМЕН УСКОРЕНИЯ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ  
ОБУСЛОВЛЕН**

- А) снижением заряда мембранных эритроцитов из-за окружения ее патологическими белками
- Б) появлением белковых «мостиков» между клетками
- В) дислипидемией, обусловленной воспалением
- Г) нарушением электролитного баланса крови с повышением заряда мембранных эритроцитов

**2765. КРИТЕРИЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В  
ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ферритин
- Б) гепсидин
- В) трансферрин
- Г) гемосидерин

**2766. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ**

- А) проводится в амбулаторных и стационарных условиях
- Б) проводится исключительно врачом гематологом
- В) всегда требует местной анестезии
- Г) всегда требует общей анестезии

**2767. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ**

- А) асептические условия
- Б) проветривание помещений
- В) чистоту полов
- Г) стерильную пищу

**2768. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ СЛЕДУЕТ**

- А) обеспечить нормальный режим труда и отдыха
- Б) обеспечить минимальный уровень физической нагрузки
- В) обеспечить асептические условия
- Г) исключить работы с физической нагрузкой

**2769. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ СЛЕДУЕТ  
ОБЕСПЧЕЧИТЬ**

- А) асептические условия, трансфузиологическую помощь
- Б) занятия физической культурой в возрастающем режиме
- В) полный отказ от физических нагрузок Г) обязательное получение инвалидности

**2770. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ АУТОИММУННОЙ  
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ДОЛЖНЫ**

- А) иметь нормальный режим труда и отдыха
- Б) исключить физические нагрузки, занятия спортом
- В) избегать массовых скоплений людей
- Г) питаться с применением гипоаллергенных диет

**2771. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ДОЛЖНЫ**

- А) иметь нормальный режим труда и отдыха
- Б) исключить физические нагрузки, занятия спортом
- В) избегать массовых скоплений людей
- Г) питаться с применением гипоаллергенных диет

**2772. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ ДОЛЖНЫ**

- А) избегать условий высокого риска респираторных инфекций
- Б) исключить физические нагрузки, занятия спортом
- В) выйти на инвалидность
- Г) питаться с применением гипоаллергенных диет

**2773. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА**

- А) не требуются ограничения физической нагрузки
- Б) требуются ограничения продолжительности рабочего дня
- В) требуются ограничения по степени умственной нагрузки
- Г) требуется исключить использование общественного транспорта

**2774. ПРИ ВЫБОРЕ ДИЕТИЧЕСКОГО РЕЖИМА БОЛЬНЫМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ**

- А) мясные продукты
- Б) яблоки
- В) гречневую крупу
- Г) зелень

**2775. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

- А) регулярные анализы крови
- Б) регулярные анализы мочи
- В) ежедневный осмотр гематолога
- Г) профилактическое назначение антибиотиков

**2776. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У РОЖЕНИЦЫ С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРЕДУСМОТРЕТЬ ПЕРЕЛИВАНИЕ**

- А) эритроцитарной и тромбоцитарной массы
- Б) эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы
- В) тромбоцитарной массы и свежезамороженной плазмы
- Г) нативной плазмы

**2777. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ СЛЕДУЕТ  
ОБЕСПЕЧИТЬ**

- А) трансфузиологическую помощь
- Б) максимальную физическую активность
- В) соблюдение строгого постельного режима
- Г) обязательное получение инвалидности

**2778. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У ОБИЛЬНО  
МЕНСТРУИРУЮЩИХ ЖЕНЩИН НЕОБХОДИМО ПРИНИМАТЬ  
ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА**

- А) после окончания менструации
- Б) до и во время менструации
- В) только когда снижается уровень сывороточного железа
- Г) только когда снизится уровень гемоглобина

**2779. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЕМОФИЛИИ  
ПРОВОДИТСЯ**

- А) путем регулярного введения расчетных доз препаратов факторов свертывания крови
- Б) введением нужного количества препаратов факторов свертывания в самом начале кровотечения
- В) применением препаратов активированного седьмого фактора крови
- Г) ежедневным введением препаратов протромбинового комплекса

**2780. БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ОПАСНОЙ С ПОЗИЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кровь
- Б) моча
- В) сперма
- Г) кал

**2781. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ**

- А) объяснить больному ход процедуры и ее значение
- Б) дать успокоительное и поддерживать ободряющую беседу во время процедуры
- В) дать успокоительное и не мешать разговорами процедуре Г) провести местное обезболивание кожи перед проколом

**2782. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ**

- А) наклеить стерильную повязку на место прокола
- Б) наложить на место прокола давящую повязку
- В) положить на место прокола пузырь со льдом
- Г) оставить больного под наблюдением медицинского персонала

**2783. К ОБЩИМ ПРАВИЛАМ ВЗЯТИЯ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ДЛЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОТНОСЯТ**

- А) взятие крови натощак
- Б) взятие крови сухой иглой
- В) взятие крови только в шприц
- Г) создание в вене минимального стаза

**2784. ВЕНОЗНУЮ КРОВЬ У ПАЦИЕНТА СЛЕДУЕТ БРАТЬ**

- А) всегда в перчатках
- Б) без перчаток
- В) используя перчатки по желанию или необходимости
- Г) используя перчатки только по необходимости

**2785. ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» С УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ**

- А) выявления РНК HCV
- Б) выявления ДНК HCV
- В) повышения уровня ЩФ
- Г) повышения уровня АСТ

**2786. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кишечная непроходимость
- Б) кровотечение
- В) повышенный риск малигнизации
- Г) развитие токсического мегаколона

**2787. ПРИЧИНОЙ РОТОГЛОТОЧНОЙ ДИСФАГИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) перенесенный инсульт
- Б) пищевод Баррета
- В) передозировка блокаторов кальциевых каналов
- Г) ахалазия кардии

**2788. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС**

- А) SCORE
- Б) Фрамингемский
- В) АНА/ACC
- Г) NYHA

**2789. ПАЦИЕНТЫ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ОТСУТСТВИЕ ИЗВЕСТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОсятся К ГРУППЕ РИСКА**

- А) очень высокого
- Б) высокого
- В) умеренного
- Г) низкого

**2790. ПАЦИЕНТ 52 ЛЕТ, НЕКУРЯЩИЙ, СТРАДАЮЩИЙ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, У КОТОРОГО ПРИ СЛУЧАЙНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН 40% СТЕНОЗ ПРАВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ РИСКА**

- А) очень высокого
- Б) высокого
- В) умеренного
- Г) низкого

**2791. МИНИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ УМЕРЕННОЙ АЭРОБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ДЛЯ ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2016 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ МИНУТ В НЕДЕЛЮ**

- А) 150
- Б) 75
- В) 60
- Г) 90

**2792. ДОПУСТИМОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЕЖЕДНЕВНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2016 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (Г/СУТ)**

- А) 5
- Б) 2
- В) 1
- Г) 3

**2793. ПРЕПАРАТЫ ОМЕГА-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ СНИЖАЮТ УРОВЕНЬ**

- А) триглицеридов
- Б) ЛПНП
- В) ЛПВП
- Г) общего холестерина

**2794. У ПАЦИЕНТА ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ЗНАЧЕНИИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА 9 ММОЛЬ/Л, ЛПНП 5,4 ММОЛЬ/Л И ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ 3 ММОЛЬ/Л ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) статины
- Б) фибраты
- В) омега-полиненасыщенные жирные кислоты
- Г) ингибиторы АПФ

**2795. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) диуретики
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) альфа-адреноблокаторы

**2796. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ТЕРАПИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) диуретики и антагонисты кальция
- Б) ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы
- В) антагонисты рецепторов ангиотензина 2 и препараты центрального действия
- Г) бета-адреноблокаторы и препараты центрального действия

**2797. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ**

- А) полиартрит
- Б) олигоарthritis
- В) артралгия
- Г) моноартрит

**2798. МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) подагре
- Б) ревматоидном артрите
- В) анкилозирующем спондилоартрите
- Г) системной красной волчанке

**2799. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полиартрит
- Б) гломерулонефрит
- В) геморрагический васкулит
- Г) пневмонит

**2800. СИНДРОМ РЕЙНО ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- А) системной склеродермии
- Б) ревматоидного артрита
- В) дерматомиозита
- Г) узелкового полиартериита

**2801. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА «УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие вируса гепатита В
- Б) развитие полиартрита
- В) поражение верхних дыхательных путей
- Г) легочное кровотечение

**2802. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА «СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) серозит
- Б) пульмонит
- В) полинейропатия
- Г) гепатит

**2803. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОТНОСЯТ**

- А) ринит, фарингит
- Б) полинейропатию
- В) миокардит
- Г) ишемический колит

**2804. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТ**

- А) артериит Такаясу
- Б) узелковый полиартериит
- В) грануломатоз с полиангииитом
- Г) пурпуро Шенлейн-Геноха

**2805. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ**

- А) Метотрексат
- Б) соли золота
- В) аминохинолиновые производные
- Г) Инфликсимаб

**2806. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА КОНТРОЛИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОЗВОЛЯЕТ**

- А) клинический анализ крови
- Б) общий анализ мочи
- В) уровень альбумина в крови
- Г) уровень холестерина в крови

**2807. НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ВАСКУЛИТАМИ ВЛИЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) цитостатиков
- Б) глюкокортикоидов
- В) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Г) вазодилататоров

**2808. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Аллопуринол
- Б) Диклофенак
- В) Гидрохлортиазид
- Г) Цистон

**2809. ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ ЗАТЯЖНОЙ, ЕСЛИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕЕ (НЕДЕЛЯ)**

- А) 4
- Б) 3
- В) 2
- Г) 5

**2810. О НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СУДЯТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ**

- А) соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ
- Б) жизненной емкости легких (ЖЕЛ)
- В) максимальной вентиляции легких (МВЛ)
- Г) диффузионной способности легких (ДЛ)

**2811. НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) склероз стенки бронхов
- Б) бронхоспазм
- В) отек слизистой оболочки бронхов
- Г) гипер- и дискриния

**2812. УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) уплотнении легочной ткани в результате воспаления легких
- Б) наличии жидкости или газа в плевральной полости
- В) утолщении грудной стенки
- Г) эмфиземе легких

**2813. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) эмфиземе легких
- Б) полости в лёгком, сообщающейся с бронхом
- В) компрессионном ателектазе
- Г) пневмосклерозе

**2814. УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) неизмененной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции
- Б) ранней стадии пневмонии
- В) обтурационном ателектазе
- Г) интерстициальном отёке легких

**2815. ВЕДУЩЕЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сухой кашель
- Б) кашель с мокротой
- В) боль в грудной клетке
- Г) одышка

**2816. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ НЕ БУДЕТ ОСЛАБЛЕНО НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ**

- А) компрессионном ателектазе
- Б) обтурационном ателектазе
- В) гидротораксе
- Г) фибротораксе, швартах

**2817. ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) бронхиолите
- Б) эмфиземе лёгких
- В) гидротораксе
- Г) интерстициальном отёке легких

**2818. ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхиальная обструкция
- Б) трахеобронхит
- В) легочная рестрикция
- Г) пневмония

**2819. К ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИЛИКОЗА НЕ ОТНОСЯТ**

- А) ателектазы
- Б) двустороннее расположение очагов
- В) симметричность
- Г) мономорфность

**2820. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ  
ВСКОРЕ ПОСЛЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИСТУПА  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЮТ**

- А) увеличение остаточного объема легких
- Б) нормальные значения пика объемной скорости выдоха
- В) снижение диффузионной способности легких
- Г) отсутствие изменения пика объемной скорости выдоха после ингаляции бронходилататора

**2821. ОБЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО И БРОНХИТИЧЕСКОГО ТИПОВ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) одышка
- Б) положительная реакция на бронходилататоры
- В) полицитемия
- Г) хронический кашель

**2822. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) понижение АД
- Б) раздражительность
- В) дневная сонливость
- Г) повышенная утомляемость

**2823. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОБЛ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) абсцесс легкого
- Б) легочное сердце
- В) полицитемия
- Г) дыхательная недостаточность

**2824. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНезАПНО ПОЯВИвшЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) тромбоэмболии легочной артерии
- Б) расслаивающей аневризмы аорты
- В) острого перикардита
- Г) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

**2825. ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) набуханием шейных вен, уменьшающимся в вертикальном положении
- Б) застоем крови в венозном русле большого круга кровообращения
- В) положительным венным пульсом
- Г) акроцианозом, отёками стоп и голеней, усиливающимися к вечеру

**2826. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ СОСТАВ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ПЛЕВРАЛЬНОМ ЭКССУДАТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) туберкулеза
- Б) пневмонии
- В) лимфолейкоза
- Г) опухоли

**2827. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ**

- А) сухие хрипы
- Б) влажные хрипы
- В) шум трения плевры
- Г) крепитацию

**2828. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ВОЗДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАШЛЯ НЕ МЕНЕЕ**

- А) 3 месяцев в году в течение 2-х лет подряд
- Б) 4 месяцев в году в течение 3 лет подряд
- В) 6 месяцев в году в течение 2-х лет подряд
- Г) 2 месяцев в году в течение 3-х лет подряд

**2829. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фибробронхоскопия
- Б) рентгенография грудной клетки
- В) спирография
- Г) бронхография

**2830. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ ВСПЫШКЕ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ В КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) микоплазма
- Б) кишечная палочка
- В) пневмококк
- Г) протей

**2831. ПРИ ЛЕГКОМ ФЕРМЕРА В КАЧЕСТВЕ АЛЛЕРГЕНА ВЫСТУПАЮТ**

- А) актиномицеты
- Б) пылевые аллергены
- В) эпидермальные аллергены
- Г) кандиды

**2832. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) инспираторной одышки
- Б) экспираторной одышки
- В) влажных хрипов
- Г) сухих хрипов

**2833. РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В ЛИМФОУЗЛЫ**

- А) надключичные
- Б) подмышечные
- В) заднешейные
- Г) подчелюстные

**2834. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО НА СТАДИИ CARCINOMA IN SITU ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фибробронхоскопия
- Б) рентгенография грудной клетки
- В) томография легких
- Г) трансторакальная биопсия легкого

**2835. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЁГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) обструктивная болезнь лёгких
- Б) деформация грудной клетки
- В) первичная лёгочная гипертензия
- Г) бронхиальная астма

**2836. ПРИЧИНОЙ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ**

- А) тотальная пневмония
- Б) ателектаз легкого
- В) экссудативный плеврит
- Г) осумкованный плеврит

**2837. ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ВЫПОТАХ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ЧАЩЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- А) экссудат
- Б) транссудат
- В) хилоторакс
- Г) гемоторакс

**2838. ПРИ ОСТРОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ**

- А) серозная
- Б) геморрагическая
- В) гнойная
- Г) хилезная

**2839. ОЧЕНЬ БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ**

- А) мезотелиомы (рака) плевры
- Б) хронической сердечной недостаточности
- В) туберкулеза легких
- Г) системной красной волчанки

**2840. СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)**

- А) 30-40
- Б) 0-18
- В) 18- 30
- Г) 40-60

**2841. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) боль в груди
- Б) сухой кашель
- В) сосудистый коллапс
- Г) легочное кровотечение

**2842. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) отставание при дыхании
- Б) уменьшение в объеме
- В) притупление перкуторного звука
- Г) усиление голосового дрожания

**2843. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) ослабленное дыхание
- Б) бронхиальное дыхание
- В) усиление бронхофонии
- Г) шум трения плевры

**2844. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) медиастинальная эмфизема
- Б) викарная эмфизема
- В) воздушная эмболия
- Г) легочное кровотечение

**2845. ДИФФУЗНЫЙ ПНЕВМОСКЛЕРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ У БОЛЬНЫХ**

- А) ХОБЛ
- Б) бронхеоктатической болезнью
- В) тяжелой пневмонией
- Г) абсцессом легких

**2846. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) компьютерная томография
- Б) физикальное обследование
- В) рентгенография
- Г) ультразвуковое исследование

**2847. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ МУКОВИСЦИДОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кашель с вязкой мокротой
- Б) сухой кашель
- В) боль в груди
- Г) инспираторная одышка

**2848. ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЕТСЯ**

- A) Legionella
- Б) Staphilococcus aureus
- В) Streptococcus pneumoniae
- Г) Moraxella catarrhalis

**2849. КРИТЕРИЕМ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ЧСС  $\geq 120$  в минуту
- Б) ЧСС  $\leq 22$  в минуту
- В) диастолическое АД  $>100$  мм рт.ст.
- Г) систолическое АД  $<120$  мм рт.ст.

**2850. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА 2-3 ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) частота дыхательных движений менее 20 в минуту
- Б) снижение СОЭ
- В) снижение интенсивности кашля
- Г) высокая чувствительность микрофлоры к антибиотику

**2851. ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ВОЗНИКАЕТ ПРИ**

- А) нарушении проходимости воздухоносных путей
- Б) снижении функции дыхательных мышц
- В) уменьшении дыхательной поверхности лёгких
- Г) угнетении функции дыхательного центра

**2852. ВНЕГРУДНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ОБЛАСТИ ШЕИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) частым поверхностным дыханием
- Б) дыханием Биота
- В) дыханием с затруднением фазы выдоха
- Г) дыханием Чайна-Стокса

**2853. НАРУШЕНИЕ ДИФФУЗИИ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) диффузном фиброзе легких
- Б) плеврите
- В) бронхиальной астме
- Г) отеке гортани

**2854. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) исследование функции внешнего дыхания
- Б) рентгенография грудной клетки
- В) бронхоскопическое исследование
- Г) анализ мокроты

**2855. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%
- Б) ЖЕЛ менее 50%
- В) ОФВ1/ФЖЕЛ менее 90%
- Г) ОФВ1 менее 60%

**2856. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ СТРОИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- А) функции внешнего дыхания
- Б) анализа мокроты
- В) рентгенографии грудной клетки
- Г) IgE в сыворотке крови

**2857. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аллергическое воспаление дыхательных путей
- Б) гиперпродукция бронхиального секрета
- В) десквамация эпителия дыхательных путей
- Г) пролиферация эпителия дыхательных путей

**2858. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ТИФФНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ СОСТАВЛЯЕТ < (%)**

А) 70

Б) 50

В) 60

Г) 80

**2859. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) одышка

Б) головная боль

В) лихорадка

Г) слабость

**2860. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ДАННЫМ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

А) сухие свистящие хрипы

Б) крепитацию

В) влажные разнокалиберные хрипы

Г) шум трения плевры

**2861. БОЛЬНОЙ ВЫДЕЛЯЕТ МОКРОТУ ПО УТРАМ ПОЛНЫМ РТОМ ПРИ**

А) бронхоэктатической болезни

Б) бронхиальной астме

В) крупозной пневмонии

Г) экссудативном плевrite

**2862. КРОВОХАРКАНЬЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ**

А) абсцессе легкого

Б) бронхиальной астме

В) муковисцидозе

Г) экссудативном плевrite

**2863. ПРОКОЛ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

- А) по верхнему краю ребра
- Б) по нижнему краю ребра
- В) на середине расстояния между ребрами
- Г) между ребрами

**2864. ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ОФВ1
- Б) ФЖЕЛ
- В) ПСВ25-75
- Г) МВЛ

**2865. КРОВЬ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ**

- А) алая, пенистая
- Б) темная, со сгустками
- В) темная, пенистая
- Г) цвета кофейной гущи

**2866. ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ СУХОМ КАШЛЕ ЗАСТАВЛЯЕТ ДУМАТЬ О**

- А) раке бронха
- Б) пневмонии
- В) бронхоэктатической болезни
- Г) хроническом бронхите

**2867. ПЕРКУТОРНО ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЕГО ОБЪЕМЕ НЕ МЕНЕЕ (МЛ)**

- А) 500
- Б) 100
- В) 50
- Г) 1000

**2868. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гемофильная палочка
- Б) микоплазма
- В) золотистый стафилококк
- Г) пневмококк

**2869. ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ**

- А) стафилококком
- Б) пневмококком
- В) хламидией
- Г) энтерококком

**2870. ГИДРОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ**

- А) экссудата
- Б) крови
- В) гноя
- Г) лимфы

**2871. ПРИ СНИЖЕНИИ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОФВ<sub>1</sub><50% ОТ ДОЛЖНОГО СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК**

- А) тяжелая
- Б) среднетяжелая
- В) легкая
- Г) крайне тяжелая

**2872. К ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ МУКОВИСЦИДОЗА ОТНОСЯТ**

- А) повышение концентрации натрия и хлора в потовой жидкости
- Б) повышение концентрации калия и хлора в сыворотке крови В)
- снижение концентрации калия и хлора в сыворотке крови Г)
- воспалительные изменения в биохимическом анализе крови

**2873. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ПОЛОСТИ В ЛЁГКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кольцевидное затемнение с чётким наружным и внутренним контурами
- Б) просветление неправильной формы с неопределяющимся наружным контуром
- В) кольцевидное затемнение с неровными краями и толстыми стенками Г)
- просветление с чётким горизонтальным уровнем жидкости

**2874. К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

- А) атопию
- Б) вирусные инфекции
- В) пищевую аллергию
- Г) лекарственные препараты

**2875. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С**

- А) хроническим синуситом, аденоидами
- Б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
- В) сахарным диабетом
- Г) хроническим тонзиллитом

**2876. РАК ЛЁГКОГО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С**

- А) хроническим неспецифическим заболеванием лёгких
- Б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
- В) сахарным диабетом
- Г) бронхиальной астмой

**2877. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

- А) сухие хрипы на выдохе
- Б) сухие хрипы на вдохе
- В) влажные хрипы
- Г) крепитацию

**2878. ОСНОВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ**

- А) дефицит альфа1-антитрипсина
- Б) хроническое заболевание бронхолегочного аппарата
- В) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- Г) возрастная инволюция эластической ткани легких

**2879. ОСНОВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ИНВОЛЮТИВНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ**

- А) деградация эластической ткани легкого
- Б) дефицит альфа1-антитрипсина
- В) функциональное перенапряжение аппарата дыхания
- Г) хроническое заболевание бронхолегочного аппарата

**2880. САККАДИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) гипервентиляции
- Б) очаговом сужении бронхиол при бронхиолите
- В) патологии регуляции дыхательных мышц
- Г) травме грудной клетки

**2881. ДЫХАНИЕ ЧЕЙН—СТОКСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) апноэ, сменяющимся гиперпноэ
- Б) продолжительным вдохом и коротким выдохом
- В) коротким вдохом и продолжительным выдохом
- Г) апноэ

**2882. ДЫХАНИЕ БИОТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) частым глубоким дыханием, чередующимся с дыхательными паузами
- Б) плавно меняющейся амплитудой дыхательного объема
- В) коротким вдохом и продолжительным выдохом
- Г) продолжительным вдохом и коротким выдохом

**2883. ПИКФЛОУМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕМ**

- А) пиковой скорости выдоха
- Б) объема форсированного выдоха за 1 секунду
- В) жизненной емкости легких
- Г) максимальной вентиляции легких

**2884. ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б)  $\beta_2$ -агонисты короткого действия
- В) метилксантины
- Г) М-холинолитики

**2885. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ НЕ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) сердечных гликозидов
- Б) растворов нитроглицерина
- В) блокаторов кальциевых каналов
- Г) антагонистов альдостерона

**2886. БЕРОДУАЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) комбинацией адреномиметика и холинолитика
- Б) ингаляционным глюкокортикоидом
- В) коротко действующий адреномиметиком
- Г) пролонгированным холинолитиком

**2887. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ  
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВВЕДЕНИЕ**

- А) симпатомиметиков через небулайзер
- Б) эуфиллина внутривенно
- В) интала через спейсер
- Г) глюкокортикоидов внутривенно

**2888. БОЛЬНОМУ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ,  
СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) Амлодипин
- Б) Нитросорбид
- В) Бисопролол
- Г) Кораксан

**2889. ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И  
СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) Метопролол
- Б) Амлодипин
- В) Эналаприл
- Г) Гипотиазид

**2890. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ  
ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) срок 3-4 дня после нормализации температуры
- Б) срок 8-10 дней после нормализации температуры
- В) рассасывание пневмонической инфильтрации
- Г) нормализация показателей периферической крови

**2891. СРЕДИ В2-АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ**

- А) Сальметерол
- Б) Сальбутамол
- В) Беротек
- Г) Вентолин

**2892. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИЁМОМ ПРИ МАССАЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) вибрация
- Б) растирание
- В) разминание
- Г) поглаживание

**2893. НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) постуральный дренаж
- Б) дыхательная гимнастика
- В) массаж грудной клетки
- Г) оксигенотерапия

**2894. НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ С**

- А) Цефалоспоринами
- Б) Левомицетином
- В) Пенициллином
- Г) Эритромицином

**2895. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННОЙ В 1 ТРИМЕСТРЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Амоксициллин
- Б) Ципрофлоксацин
- В) Тетрациклин
- Г) Левомицетин

**2896. ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИН У БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Линкомицин
- Б) Цефалексин
- В) Эритромицин
- Г) Доксициклин

**2897. СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta_2$ -агонисты адренорецепторов
- Б) стабилизаторы тучных клеток
- В) антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- Г) глюкокортикоидные гормоны

**2898. ТИОТРОПИЯ БРОМИД ОБЛАДАЕТ СЕЛЕКТИВНОСТЬЮ К БРОНХОВ**

- А) M3-холинорецепторам
- Б) M1-, M2-холинорецепторам
- В)  $\beta_2$ -адренорецепторам
- Г)  $\beta_1$ - и  $\beta_2$ -адренорецепторам

**2899. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Атровент
- Б) Сальбутамол
- В) Фенотерол
- Г) Эуфиллин

**2900. АТРОВЕНТ ПРИ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТ ПО \_\_ИНГАЛЯЦИИ\_\_ РАЗА В ДЕНЬ**

- А) 2;4
- Б) 2;2
- В) 3;2
- Г) 1;4

**2901. МУЖЧИНЕ С ХОБЛ И ЖАЛОБАМИ НА ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ**

- А) Атровент
- Б) Сальбутамол
- В) Фенотерол
- Г) Теофиллин

**2902. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИПРАТРОПИЯ БРОМИДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) глаукома
- Б) язва желудка
- В) хронический пиелонефрит
- Г) катаракта

**2903. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кандидоз ротовой полости
- Б) артериальная гипертензия
- В) сахарный диабет
- Г) остеопороз

**2904. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ (ПЕРОРАЛЬНЫХ) ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ХОБЛ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 10-14 дней
- Б) 3 дня
- В) 1-3 месяца
- Г) 1 год

**2905. ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ  
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ  
АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) ингаляционные глюкокортикоиды
- Б) антибиотики
- В) кромогликат натрия и недокромил натрия
- Г) теофиллины

**2906. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия по потребности
- Б) ежедневное введение противовоспалительных препаратов
- В) применение бронходилататоров пролонгированного действия
- Г) применение системных глюкокортикоидов

**2907. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ  
АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) ежедневное введение противовоспалительных препаратов
- Б) применение бронходилататоров пролонгированного действия короткими курсами
- В) ежедневные ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия
- Г) частое применение системных глюкокортикоидов

**2908. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ  
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение частоты рецидивов язвенной болезни
- Б) снижение секреции соляной кислоты
- В) уменьшение выраженности болевого синдрома
- Г) уменьшение риска прободения язвы

**2909. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА,  
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH НЕ ВКЛЮЧАЕТ  
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) количества тромбоцитов
- Б) наличия асцита
- В) стадии печеночной энцефалопатии
- Г) протромбинового времени/индекс

**2910. МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА  
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)**

- А) 2
- Б) 5
- В) 4
- Г) 3

**2911. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕВОЗМОЖНО  
ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ \_\_\_\_\_ ИЗУЧАЕМЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР**

- А) микроструктуру (морфологическое строение)
- Б) макроструктуру
- В) топографо-анатомические взаимоотношения
- Г) макроструктуру и топографо-анатомические взаимоотношения

**2912. ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖКТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА  
НЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полипоз
- Б) перфорация
- В) холелитиаз
- Г) внутрикишечная обструкция

**2913. ДИАРЕЯ НЕ ПОДДАЕТСЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ**

- А) эозинофильном энтерите
- Б) болезни Уиппла
- В) доброкачественной лимфоидной гиперплазии /вариабельный иммунодефицит
- Г) остром бактериальном энтерите

**2914. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАРЦИНОИДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аппендикс
- Б) прямая кишка
- В) терминальная часть подвздошной кишки
- Г) сигмовидная кишка

**2915. ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ**

- А) регистрации жидкых и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода
- Б) рентгенологического исследования пищевода с барием
- В) измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды
- Г) спектрофотометрии рефлюксата

**2916. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ**

- А) аденоцианомы пищевода
- Б) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
- В) плоскоклеточного рака пищевода
- Г) лейкоплакии пищевода

**2917. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ**

- А) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа
- Б) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа
- В) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов
- Г) эпителия желудка по кишечному типу

**2918. РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ПРИ**

- А) кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени
- Б) эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения
- В) цилиндрической метаплазии с железами фундального типа
- Г) цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

**2919. ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛ**

- А) глоточно-пищеводный
- Б) эпибронхиальный
- В) бифуркационный
- Г) эпифренальный

**2920. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) одинофагия
- Б) изжога
- В) икота
- Г) отрыжка воздухом

**2921. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ КАНДИДОЗНОГО ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) белых и белесовато-желтых бляшек на слизистой оболочке пищевода, налета с трудом снимаемого биопсийными щипцами, после удаления которого остаются участки осаднения
- Б) ярко розового циркулярного участка слизистой оболочки или «языка», ярко розовой слизистой оболочки различной протяженности
- В) неглубоких изъязвлений небольшого размера, четко ограниченных от окружающей слизистой оболочки, которые могут располагаться цепочкой, в средней/нижней трети пищевода
- Г) одного (или более) участка поврежденной слизистой оболочки размером до 5 мм, который расположен на вершине складки

**2922. ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО**

- А) преимущественное поражение антрального отдела желудка
- Б) наличие антител к парietальным клеткам желудка
- В) наличие гипогастринемии
- Г) наличие ахлоргидрии

**2923. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ С ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Карведилол
- Б) Пропранолол
- В) Надолол
- Г) Тимолол

**2924. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИНГИБИТОР АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА**

- А) Каптоприл
- Б) Периндоприл
- В) Фозиноприл
- Г) Лизиноприл

**2925. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ**

- А) Протамин
- Б) Менадиона натрия бисульфат
- В) Этамзилат
- Г) Аминокапроновую кислоту

**2926. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СРЕДИ H2-БЛОКАТОРОВ ВЫЗЫВАЕТ**

- А) Циметидин
- Б) Фамотидин
- В) Низатидин
- Г) Ранитидин

**2927. ДЛЯ СОСТОЯНИЯ ГИПОВОЛЕМИИ ХАРАКТЕРНО**

- А) уменьшение объема циркулирующей крови
- Б) улучшение реологических свойств крови
- В) повышение центрального венозного давления
- Г) повышение ударного объема и сердечного выброса

**2928. ГИПОВОЛЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) низким ударным объемом
- Б) метаболическим алкалозом
- В) повышением артериального давления
- Г) дыхательным ацидозом

**2929. ПРИЧИНОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипоксия
- Б) гипервентиляция
- В) интерстициальная гипергидратация
- Г) гиповентиляция

**2930. СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС ЗАВИСИТ ОТ**

- А) сократительной способности сердечной мышцы
- Б) величины температурного градиента В)
- диффузионной способности легких
- Г) насыщения гемоглобина кислородом в артериальной крови

**2931. СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ**

- А) перитоните
- Б) печеночной недостаточности
- В) непроходимости кишечника
- Г) гипергликемической коме

**2932. ТРЕБОВАНИЕМ К АНЕСТЕЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) простое и безопасное обезболивание
- Б) проведение поверхностного наркоза
- В) введение больших доз гипнотиков
- Г) введение больших доз анальгетиков

**2933. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) возраст старше 65 лет
- Б) бронхиальное дыхание
- В) кашель с гнойной мокротой
- Г) субфебрильная лихорадка

**2934. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ**

- А) сатурации кислорода
- Б) сатурации углекислого газа
- В) пиковой скорости выдоха
- Г) гемоглобина

**2935. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И В ТОЧКЕ БОТКИНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ СТЕНОЗЕ КЛАПАНА**

- А) аорты
- Б) митрального
- В) трёхстворчатого
- Г) лёгочной артерии

**2936. ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И В ТОЧКЕ БОТКИНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНА**

- А) аорты
- Б) митрального
- В) трёхстворчатого
- Г) лёгочной артерии

**2937. К ПРИЧИНАМ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ ОТНОСЯТ**

- А) гиперпаратиреоз
- Б) гиперфосфатемию
- В) жировую эмболию
- Г) рабдомиолиз

**2938. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ ПО САФАРУ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) разгибание головы назад, выведение нижней челюсти вперед, открытие рта
- Б) поворот головы пострадавшего на бок, открывание рта, валик под голову
- В) освобождение от стесняющей одежды области шеи Г) прием Селика

**2939. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ОТНОСИТСЯ**

- А) динамическое наблюдение за меланомоопасными невусами
- Б) хирургическое лечение всех выявленных невусов кожи
- В) проведение фотодинамического лечения меланомоопасных невусов Г)
- ежегодное проведение термодифференциального теста в группе риска

**2940. К КАТЕГОРИИ СОБСТВЕННО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ**

- А) антракоз, вибрационную болезнь
- Б) экзему, дерматит
- В) бронхиальную астму, ХОБЛ
- Г) варикозное расширение вен нижних конечностей

**2941. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПОСЛЕ ОТМЕНЫ МЕРКАЗОЛИЛА РАЗВИЛСЯ РЕЦИДИВ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА) ВКЛЮЧАЕТ ЛЕЧЕНИЕ**

- А) радиоактивным йодом или оперативное лечение
- Б) тироксином
- В) бета-адреноблокаторами
- Г) препаратами глюкокортикоидов

**2942. ДОЛГОСРОЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) предотвращение прогрессирования заболевания
- Б) повышение толерантности к физической нагрузке
- В) увеличение жизненной емкости легких
- Г) облегчение симптомов

**2943. К ОСНОВНЫМ СИНДРОМАМ ПРИ ГРИППЕ ОТНОСЯТ**

- А) респираторный и интоксикационный
- Б) катаральный синдром и синдром лимфоаденопатии
- В) менингеальный
- Г) диспепсический и болевой абдоминальный

**2944. К ОСНОВНЫМ СИМТОМАМ СТОЛБНЯКА ОТНОСЯТ**

- А) тризм жевательной мускулатуры, опистотонус, генерализованные судороги
- Б) менингит, сильную тошноту, понос
- В) сильные головные боли, потерю сознания
- Г) рвоту, боли в животе, боли в пояснице

**2945. ПРИРОДНО-ОЧАГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЧИТАЮТ**

- А) болезнь Лайма
- Б) холеру
- В) малярию
- Г) энтеровирусную инфекцию

**2946. У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ  
ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА  
РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Прокаинамид
- Б) Лидокаин
- В) Верапамил
- Г) сердечные гликозиды

**2947. ТОНЗИЛЛИТ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИАДЕНОПАТИЕЙ  
СВОЙСТВЕНЕН**

- А) инфекционному мононуклеозу
- Б) кандидозу ротовой полости
- В) герпетической ангине
- Г) ангине Венсана

**2948. АНАЛЬНЫЙ ЗУД ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) энтеробиозе
- Б) тениозе
- В) трихоцефалезе
- Г) дифиллоботриозе

**2949. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) больные люди
- Б) предметы окружающей среды
- В) больные животные
- Г) кровососущие насекомые

**2950. К ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТНОСЯТСЯ**

- А) мужчины
- Б) подростки
- В) женщины
- Г) пожилые люди

**2951. НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА ИГРАЮТ**

- А) микобактерии человеческого типа
- Б) микобактерии птичьего типа
- В) микобактерии бычьего типа
- Г) атипичные микобактерии

**2952. В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОсят**

- А) выявление больных туберкулезом среди населения
- Б) диагностику туберкулеза у больных
- В) лечение и наблюдение больных туберкулезом
- Г) проведение специфической профилактики туберкулеза

**2953. ОТЛИЧИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ ДРУГИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) интерстициальном расположении очагов в легких
- Б) преобладание казеозно-некротической тканевой реакции
- В) верхнедолевой локализации легочного процесса Г) раннем формировании пневмосклероза в легких

**2954. МАССОВЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) флюорографическое обследование органов дыхания
- Б) проведение туберкулинодиагностики по пробе Манту
- В) проведение рентгенографии органов грудной клетки
- Г) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

**2955. МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ НА НАЛИЧИЕ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЛАБОРАТОРИЯМИ**

- А) медицинских организаций
- Б) городских поликлиник
- В) противотуберкулезных диспансеров
- Г) областных и районных больниц

**2956. К ВЕДУЩЕМУ МЕТОДУ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ**

- А) флюорографию органов грудной клетки
- Б) туберкулинодиагностику по пробе Манту
- В) пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
- Г) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

**2957. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД**

- А) культуральный
- Б) бактериоскопический
- В) иммунно-генетический
- Г) люминесцентной микроскопии

**2958. К МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ**

- А) сахарный диабет
- Б) хронический тонзиллит
- В) тиреотоксикоз
- Г) ревматоидный артрит

**2959. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) флюорография органов грудной клетки
- Б) рентгеноскопия органов грудной клетки
- В) полимеразная цепная реакция мокроты
- Г) туберкулиновидиагностика по пробе Манту

**2960. ОТЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ ВТОРИЧНОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) поражением лимфатических узлов
- Б) деструкцией легочной ткани
- В) выраженной эндогенной интоксикацией
- Г) анергией к туберкулину

**2961. ОБНАРУЖЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ИНФИЛЬТАРОМ В ЛЕГКОМ И НАЛИЧИЕМ МИКОБАКТЕРИЙ В МОКРОТЕ СООТВЕТСТВУЕТ**

- А) несвоевременному выявлению туберкулеза
- Б) своевременному выявлению туберкулеза
- В) раннему выявлению туберкулеза
- Г) позднему выявлению туберкулеза

**2962. ГИПЕРЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ ППД-Л У ВЗРОСЛЫХ СЧИТАЮТ РАЗМЕР ПАПУЛЫ \_\_\_\_ ММ И БОЛЕЕ**

- A) 21
- B) 15
- C) 12
- D) 17

**2963. ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЕТ БОЛЬНЫХ**

- A) язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки
- B) переболевших острым респираторным заболеванием
- C) ревматоидным артритом
- D) кишечной инфекцией

**2964. МЕТОДОМ ОБЩЕДОСТУПНОЙ И СРОЧНОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) прямая бактериоскопия мазка мокроты
- B) люминесцентная бактериоскопия
- C) простая микроскопия методом флотации
- D) бактериологическое исследование

**2965. К ПОЗДНО ВЫЯВЛЕННОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТ\_\_\_\_\_ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ**

- A) фиброзно-кавернозный
- B) диссеминированный
- C) очаговый
- D) инфильтративный

**2966. ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ С**

- А) хроническими заболеваниями легких
- Б) хроническим алкоголизмом
- В) сахарным диабетом
- Г) длительным приемом иммунодепрессантов

**2967. ЭКССУДАТ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО**

- А) лимфоцитарным
- Б) нейтрофильным
- В) эозинофильным
- Г) хилезным

**2968. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С**

- А) рентгенографии органов грудной клетки
- Б) томосинтеза органов грудной клетки
- В) флюорографии органов грудной клетки
- Г) компьютерной томографии органов грудной клетки

**2969. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБУСЛОВЛЕНЫ**

- А) гиперчувствительностью замедленного типа
- Б) антителообразованием
- В) гиперчувствительностью немедленного типа
- Г) развитием толерантности

**2970. В СОСТАВЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ОТСУТСТВУЮТ**

- А) эозинофилы
- Б) лимфоциты
- В) гигантские клетки Пирогова-Лангханса
- Г) эпителиоидные клетки

**2971. К ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМ АКТИВНОСТИ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОсят**

- А) обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте Б)
- получение положительной реакции по пробе Манту В)
- выявление кашля со скудной мокротой, слабости Г)
- обнаружение атипичных микобактерий в мокроте

**2972. МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ АСПИРАЦИОННОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ БИОПСИИ, ПОДЛЕЖИТ ИССЛЕДОВАНИЮ**

- А) цитологическому и бактериологическому
- Б) гистологическому и цитологическому
- В) цитологическому и биохимическому
- Г) бактериологическому и биохимическому

**2973. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ С ЖАЛОБАМИ НА**

- А) кашель с мокротой, потливость, потерю массы тела
- Б) слабость, одышку, тяжесть за грудиной, потливость
- В) потливость, одышку, головную боль, потерю массы тела
- Г) учащенное сердцебиение, потливость, малый субфебрилитет

**2974. В ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ**

- А) лимфоциты
- Б) нейтрофины
- В) моноциты
- Г) макрофаги

**2975. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ МОЖЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ**

- А) бактериоскопического исследования мокроты
- Б) объективного обследования больного
- В) результата общего анализа крови, мочи
- Г) результата туберкулинодиагностики

**2976. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выраженный казеозно-некротический компонент воспаления Б)  
преобладание параспецифических тканевых реакций В)  
преобладание продуктивного компонента воспаления Г) раннее  
формирование фиброзных изменений в легких

**2977. К ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ**

- А) клеточный фактор иммунитета
- Б) гуморальный фактор иммунитета
- В) клеточно-гуморальный фактор
- Г) неспецифический фактор защиты

**2978. У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНЫ С**

- А) первичным периодом туберкулезной инфекции
- Б) вторичным периодом туберкулезной инфекции
- В) наличием наследственной патологии легких Г)  
наличием дисбиоза кишечника

**2979. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ГРУППОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) шейная
- Б) подмышечная
- В) паховая
- Г) надключичная

**2980. КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ВЫДЕЛЕНИЕМ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА**

- А) обильным
- Б) скучным
- В) редким
- Г) однократным

**2981. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СВЕТОВОГО МИКРОСКОПА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСЛОТОУСТОЙЧИВЫХ МИКОБАКТЕРИЙ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (МИКРОБНЫХ ТЕЛ В 1 МЛ)**

- А) 10 000
- Б) 1 000 000
- В) 100
- Г) 1 000

**2982. ЭКССУДАЦИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПЛЕВРОЙ**

- А) висцеральной
- Б) диафрагмальной
- В) медиастинальной
- Г) межреберной

**2983. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ**

**ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ С**

- А) распадающимся раком легкого
- Б) туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов
- В) саркоидозом легких и внутригрудных лимфоузлов
- Г) крупозной пневмонией

**2984. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ОТНОСЯТ**

- А) кровохарканье и легочное кровотечение
- Б) амилоидоз внутренних органов
- В) инфекционно-токсический шок
- Г) хроническое легочное сердце

**2985. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОВОДЯТ С**

- А) брюшным тифом
- Б) хроническим бронхитом
- В) аспергиллезом
- Г) туберкулезной интоксикацией

**2986. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИНАДЛЕЖИТ**

- А) химиотерапии
- Б) диетотерапии
- В) патогенетической терапии
- Г) хирургии

**2987. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ХИМИОТЕРАПИЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) степенью выраженности побочного свойства
- Б) патогенезом выявляемых побочных реакций
- В) правильной идентификацией химиопрепарата, вызвавшего побочный эффект
- Г) своевременным проведением корригирующих мероприятий

**2988. К КОМПЛЕКСУ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ**

- А) Изониазид и Рифампицин
- Б) Стрептомицин и Канамицин
- В) Этамбутол и Пиразинамид
- Г) Протионамид и Этионамид

**2989. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Изониазид
- Б) Этамбутол
- В) Рифампицин
- Г) Пиразинамид

**2990. ВТОРИЧНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ  
МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) лечении одним препаратом
- Б) вторичном иммунодефиците
- В) спонтанных мутациях микобактерий туберкулеза
- Г) наличии сопутствующих заболеваний

**2991. МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ  
МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ К**

- А) Изониазиду и Рифампицину
- Б) Рифампицину и Этионамиду
- В) Рифампицину и Канамицину
- Г) Изониазиду и Пиразинамиду

**2992. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИЗОНИАЗИДА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) заболевание центральной и периферической нервной систем
- Б) декомпенсированная форма сахарного диабета
- В) обострение хронического холецистита и панкреатита
- Г) осложнение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

**2993. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ  
СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) боли в груди, усиливающиеся при вдохе, с иррадиацией в шею, иногда в эпигастральную или поясничную область и одышка
- Б) боли в груди колющего характера, затрудненное дыхание, кашель с мокротой и температура
- В) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди с иррадиацией в поясничную область
- Г) лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка непосредственно связанная с размером пневмоторакса

**2994. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау во II-III межреберье
- Б) наложение искусственного пневмоторакса во II-III межреберье
- В) наложение давящей повязки на грудную клетку во II-III межреберье
- Г) медикаментозное лечение химиопрепаратами резервного ряда

**2995. МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТ В**

- А) бронхоальвеолярной лаважной жидкости
- Б) биоптате внутригрудных лимфатических узлов
- В) промывных водах желудка, мокроте
- Г) мокроте, моче, промывных водах желудка

**2996. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение функции печени
- Б) сахарный диабет II типа
- В) язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки Г) врожденная катаракта

**2997. ЛЕЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ПРОВОДИТСЯ ПРИ**

- А) кавернозном туберкулезе легких
- Б) очаговом туберкулезе легких
- В) казеозной пневмонии
- Г) цирротическом туберкулезе легких

**2998. К КОМПЛЕКСУ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ИЗЛЕЧЕНИЮ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ**

- А) специфическую химиотерапию, хирургическое лечение, патогенетическую терапию
- Б) специфическую химиотерапию, патогенетическую терапию, пневмоперитонеум
- В) специфическую химиотерапию, патогенетическую терапию, искусственный пневмоторакс
- Г) хирургическое лечение, патогенетическую терапию, искусственный пневмоторакс

**2999. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ТУБЕРКУЛИН У БОЛЬНЫХ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проявлением вторичного иммунодефицита
- Б) признаком хорошей переносимости препаратов
- В) хорошим прогностическим признаком Г) плохим прогностическим признаком

**3000. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НА ТУБЕРКУЛЕЗ 1 РАЗ В ГОД ПРОХОДЯТ**

- А) больные, страдающие сахарным диабетом
- Б) ВИЧ- инфицированные лица, состоящие на учете
- В) лица из бытового или профессионального контакта с туберкулезом Г) военнослужащие, призываемые на военную службу

**3001. ВНЕОЧЕРЕДНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОДЛЕЖАТ**

- А) лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными
- Б) лица, снятые с диспансерного учета в противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, в течение первых 3 лет после снятия с учета
- В) пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях
- Г) лица, получающие кортикоидную, лучевую и цитостатическую терапию

**3002. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ НАПРАВЛЯЕТ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЁЗ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ (ДЕНЬ)**

- A) 3
- Б) 7
- В) 14
- Г) 10

**3003. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммунизация вакциной БЦЖ и БЦЖ-М
- Б) проба с препаратом Диаскинвест
- В) прием изониазида в течение 2 месяцев
- Г) проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л

**3004. К ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА**

- А) находящиеся в контакте с больными активным туберкулезом
- Б) работающие на предприятиях общественного питания В)  
работающие в детских и подростковых учреждениях
- Г) находящиеся в контакте с больными неактивным туберкулезом

**3005. К СОЦИАЛЬНО ОТЯГОЩЕННЫМ ОЧАГАМ ОТНОСЯТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

- А) органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза
- Б) органов дыхания, не выделяющих микобактерии туберкулеза
- В) внелегочных локализаций, выделяющих микобактерии туберкулеза
- Г) внелегочных локализаций, не выделяющих микобактерии туберкулеза

**3006. ПЕРВИЧНОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ОЧАГА ТУБЕРКУЛЁЗА  
ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РЕГИСТРАЦИИ НЕ ПОЗДНЕЕ (СУТКИ)**

- A) 3
- Б) 1
- В) 7
- Г) 10

**3007. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ И РЕВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ  
ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_ ПРОФИЛАКТИКОЙ ТУБЕРКУЛЁЗА**

- A) специфической
- Б) неспецифической
- В) социальной
- Г) санитарной

**3008. ВВЕДЕНИЕ ВАКЦИНЫ БЦЖ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА  
ПРОВОДИТСЯ**

- A) внутрикожно в верхнюю треть плеча
- Б) подкожно в верхнюю треть плеча
- В) внутримышечно в верхнюю треть предплечья
- Г) внутрикожно в верхнюю треть предплечья

**3009. ПРОВЕДЕНИЕ МАССОВОЙ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ  
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- A) городской поликлиникой
- Б) противотуберкулезным диспансером
- В) санэпидемиологической службой
- Г) противотуберкулезным стационаром

**3010. СРОК ПОЛНОГО ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ  
КОНТАКТНЫХ ЛИЦ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (ДНЕЙ)**

- A) 14
- Б) 7
- В) 10
- Г) 3

**3011. К САНИТАРНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ**

- А) изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, работу в очаге туберкулезной инфекции
- Б) изоляцию и лечение больных, вакцинацию БЦЖ, химиопрофилактику, рентгеновское обследования
- В) изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, общеоздоровительные мероприятия
- Г) изоляцию и лечение больных, работу в очаге туберкулезной инфекции, массовые рентгенофлюорографические обследования

**3012. ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) жилище больного, выделяющего микобактерии туберкулеза
- Б) окружение больного, выделяющего микобактерии туберкулеза
- В) вещи больного туберкулезом, выделяющего микобактерии туберкулеза Г)
- жилище здорового человека, живущего в соседнем подъезде

**3013. К ОПАСНЫМ ОЧАГАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ**

- А) бактериовыделителя с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
- Б) скучное бактериовыделение микобактерий туберкулеза при контакте только со взрослыми лицами
- В) бактериовыделителя с факультативным выделением микобактерий туберкулеза при контакте только со взрослыми
- Г) больного активной формой туберкулеза легких без бактериовыделения, проживающего без детей и подростков

**3014. К ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙ РЕЗЕРВУАР ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ \_\_\_\_\_ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ**

- А) фиброзно-кавернозный
- Б) диссеминированный
- В) цирротический
- Г) инфильтративный

**3015. ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ,  
ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ДНЕЙ РАБОТЫ КОЙКИ В  
ГОДУ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) занятость койки
- Б) оборот койки
- В) степень использования коечного фонда
- Г) средний койко-день

**3016. К ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ**

- А) материнская смертность
- Б) заболеваемость
- В) инвалидность
- Г) индекс здоровья

**3017. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ 090/У ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
- Б) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- В) статистический талон о впервые выявленном случае заболевания
- Г) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

**3018. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ 058/У ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- Б) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
- В) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания
- Г) статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

**3019. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОРИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ФОРМА**

- А) 058/у
- Б) 079/у
- В) 089/у
- Г) 090/у

**3020. КЛАССИФИКАТОР ИЗДЕРЖЕК МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) материальные затраты
- Б) амортизационные отчисления
- В) платежи за оказанные медицинские услуги
- Г) налоговые платежи

**3021. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ, ОТНОСЯТ**

- А) прибыль
- Б) себестоимость
- В) прямые затраты
- Г) косвенные затраты

**3022. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОПЕРАТИВНОСТЬ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) своевременность выезда бригад скорой медицинской помощи
- Б) обеспеченность населения скорой медицинской помощью В)  
удельный вес успешных реанимационных мероприятий
- Г) расхождение диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров

**3023. ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) отчет станции, отделения (больницы) скорой медицинской помощи (ф.40)
- Б) дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи (115/у)
- В) журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф.109/у)
- Г) карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у)

**3024. НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ ВИДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОМОЩЬ**

- А) специализированная
- Б) первичная медико-санитарная
- В) скорая
- Г) паллиативная

**3025. ФАКТОР «ВАЛЕНТНОСТЬ», ВЛИЯЮЩИЙ НА МОТИВАЦИЮ СОТРУДНИКОВ В «ТЕОРИИ ОЖИДАНИЙ», ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- А) насколько желателен (ценен) тот или иной результат (вознаграждение за труд)
- Б) связь между показателями функционирования и результатом (вознаграждением за труд)
- В) связь между усилиями сотрудника и показателями его работы
- Г) характер сложившихся взаимоотношений сотрудника и руководителя

**3026. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ СОСТАВА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ОТДЕЛЕНИЯМ СТАЦИОНАРА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПОКАЗАТЕЛЯМИ**

- А) экстенсивности
- Б) интенсивности
- В) обеспеченности
- Г) наглядности

**3027. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПОКАЗАТЕЛЯМИ**

- А) интенсивности
- Б) экстенсивности
- В) наглядности
- Г) обеспеченности

**3028. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) обильный водянистый стул без запаха, рвота, отсутствие болей в животе Б)  
стул с примесью слизи и крови, рвота, боль в околопупочной области  
В) водянистый зловонный стул желтого цвета, рвота, боль в нижних отделах живота  
Г) жидкий зеленый стул, рвота, диффузные боли в животе

**3029. ПРИЧИНОЙ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) язвенное поражение лимфоидных образований подвздошной кишки  
Б) бактериемия  
В) интоксикация  
Г) язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

**3030. ЦИТОЛИЗ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ОТРАЖАЕТ УРОВЕНЬ**

- А) аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы  
Б) общего белка и белковые фракции крови  
В) холестерина  
Г) щелочной фосфатазы

**3031. МАРКЕРОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) anti-HAV IgM  
Б) anti-Hbcor IgM  
В) HBsAg  
Г) anti-HCV IgM

**3032. МАРКЕРОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) HBsAg  
Б) anti-HCV  
В) anti-HAV IgM  
Г) anti-HEV Ig M

**3033. ДЛЯ ЭНТЕРОБИОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) зуда и жжения в области ануса
- Б) уртикарной сыпи
- В) кишечной непроходимости
- Г) гепатосplenомегалии

**3034. ДЛЯ САЛЬМОНЕЛЛЁЗА ХАРАКТЕРНЫ ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА И**

- А) диффузные боли в животе, водянистый обильный стул
- Б) боли в правой подвздошной области, кашицеобразный стул
- В) боли в левой подвздошной области, кашицеобразный стул
- Г) кашицеобразный стул без болей в животе

**3035. БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) АЛТ
- Б) протромбиновый индекс
- В) белковые фракции крови
- Г) уровень холестерина

**3036. ДЛЯ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ**

- А) геморрагическая с некрозом
- Б) уртикарная
- В) папулезная
- Г) везикулезная

**3037. ЛОЖНЫЙ КРУП ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) парагриппа
- Б) гриппа
- В) риновирусной инфекции
- Г) аденоовирусной инфекции

**3038. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ (ЧАС)**

А) 48

Б) 24

В) 72

Г) 36

**3039. ИСХОДОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ**

А) выздоровление

Б) летальный

В) острая печеночная недостаточность

Г) цирроз печени

**3040. ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) кома

Б) дегидратационный шок

В) кровотечение

Г) перитонит

**3041. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ БУБОНА ПРИ ЧУМЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

А) гиперемия кожи, периаденит, резкая болезненность

Б) гиперемия кожи, безболезненность

В) четкая конфигурация лимфоузлов, безболезненность

Г) кожа обычной окраски, безболезненность

**3042. ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА \_\_\_\_\_  
ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ**

А) пневмоцистная

Б) пневмококковая

В) стафилококковая

Г) вирусная

**3043. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ**

- А) высокая температура, головная боль, миалгии,
- трахеит Б) субфебрильная температура, ларингит, ринит
- В) высокая температура, увеличение миндалин, лимфатических узлов, фарингит
- Г) высокая температура, конъюнктивит, фарингит, увеличение лимфатических узлов

**3044. СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ КОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕР СТУЛА**

- А) скудный со слизью и прожилками крови
- Б) обильный типа «мясных помоев»
- В) типа «малинового желе»
- Г) обильный водянистый

**3045. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА, ОТНОСЯТСЯ**

- А) аминогликозиды
- Б) нитрофураны
- В) сульфаниламиды
- Г) макролиды

**3046. МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) количеством коек
- Б) численностью обслуживаемого населения
- В) объемом оказываемых медицинских услуг
- Г) количеством работающих врачей

**3047. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) патологической пораженностью
- Б) распространенностью
- В) первичной заболеваемостью
- Г) болезненностью

**3048. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ  
ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

- А) бюро медико-социальной экспертизы
- Б) территориальный фонд ОМС
- В) Федеральное медико-биологическое агентство Г) министерство здравоохранения

**3049. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА  
НАПРАВЛЯЕТ**

- А) врачебная комиссия медицинской организации
- Б) главный врач
- В) лечащий врач
- Г) лечащий врач и заведующий отделением

**3050. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ  
В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ В РФ**

- ЗАНИМАЮТ**
- А) болезни системы кровообращения Б)
  - болезни нервной системы
  - В) несчастные случаи, отравления и
  - травмы Г) болезни органов дыхания

**3051. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДУ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ**

- А) паллиативная
- Б) первая
- В) санаторно-курортная
- Г) стационарная

**3052. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ**

- А) Министерством здравоохранения РФ
- Б) Правительством РФ
- В) руководством медицинской организации
- Г) Российской академией наук

**3053. ДЛЯ РАСЧЕТА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ  
ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ**

- А) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
- Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- В) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы Г) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

**3054. ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ  
ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) образ жизни
- Б) здравоохранение
- В) наследственность
- Г) внешняя среда

**3055. К ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКАМ ИНФОРМАЦИИ О  
ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОсят**

- А) перепись населения
- Б) статистические публикации
- В) регистры
- Г) картотеки

**3056. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДАМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

- А) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
- Б) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- В) экстренная, неотложная, плановая
- Г) по врачебным специальностям

**3057. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ**

- А) базовую программу ОМС
- Б) протоколы ведения пациентов
- В) стандарт медицинской помощи
- Г) порядок оказания медицинской помощи

**3058. ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЕТСЯ**

- А) страховой медицинский полис
- Б) справка о том, что он застрахован
- В) расписка страховой компании о возмещении расходов на лечение
- Г) договор обязательного медицинского страхования

**3059. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ**

- А) специализированной помощи
- Б) скорой помощи
- В) паллиативной помощи
- Г) первичной медико-санитарной помощи

**3060. ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ**

- А) государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Б) ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- В) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Г) внедомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности

**3061. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ  
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - ЭТО**

- А) комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг
- Б) комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний
- В) набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций
- Г) сочетанные мероприятия по устраниению или облегчению проявлений заболевания

**3062. ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год
- Б) нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике
- В) функция врачебной должности
- Г) количество посещений поликлиники в день

**3063. ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАЗЫВАЮТ**

- А) степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
- Б) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- В) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
- Г) строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

**3064. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ**

- А) antiHAV IgM
- Б) HBsAg
- В) antiHbcor IgM
- Г) antiHCV IgM

**3065. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- A) antiHAV IgM
- Б) HBsAg
- В) antiHbcor IgM
- Г) antiHbe IgM

**3066. В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРИХИНЕЛЛЁЗА РЕДКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- A) кашель
- Б) лихорадка
- В) отек лица
- Г) миалгия

**3067. ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕР СТУЛА ОБЫЧНО**

- A) скудный, со слизью и прожилками крови
- Б) обильный водянистый
- В) обильный типа «мясных помоев»
- Г) типа «малинового желе»

**3068. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ**

- A) тошнота, рвота, жидкий водянистый стул зеленоватого цвета, диффузные боли в животе, высокая температура
- Б) рвота без тошноты, без болей в животе, нормальная температура
- В) схваткообразные боли в животе, скудный стул, высокая температура
- Г) обильный водянистый стул типа «рисового отвара», без болей в животе, нормальная температура

**3069. БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) АЛТ
- Б) белковые фракции крови
- В) протромбиновый индекс
- Г) уровень холестерина

**3070. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЮТ**

- А) лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, появление атипичных мононуклеаров
- Б) нейтрофильный лейкоцитоз
- В) лейкопению с относительным лимфоцитозом
- Г) лейкопению, лимфоцитоз, моноцитоз

**3071. ПРИ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ ЛИХОРАДОЧНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ (ЧАС)**

- А) 48
- Б) 24
- В) 72
- Г) 36

**3072. ДЛЯ НАЧАЛА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ**

- А) быстрого повышения температуры, головной боли, рвоты без болей в животе
- Б) постепенного начала, головной боли, рвоты, жидкого стула
- В) высокой температуры, рвоты, боли в животе
- Г) высокой температуры, головной боли, нарушения зрения

**3073. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ БУБОННОЙ ФОРМЫ ЧУМЫ ОТНОСЯТСЯ**

- А) лихорадка, резко болезненный бубон, гепатосplenомегалия
- Б) лихорадка, бубон малоболезненный, гепатосplenомегалия
- В) лихорадка, гепатосplenомегалия, пневмония
- Г) лихорадка, карбункул, увеличение лимфатических узлов

**3074. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) тризм, тонические судороги конечностей, туловища, ясное сознание
- Б) тризм, обильная саливация
- В) тонические судороги, тризм, нарушение сознания
- Г) тризм, гидрофобия, параличи мышц конечностей

**3075. У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА**

- А) пневмоцистами
- Б) стафилококками
- В) пневмококками
- Г) вирусами

**3076. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ОРНИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ**

- А) лихорадки, пневмонии, лимфаденопатии, гепатосplenомегалии
- Б) лихорадки, пневмонии
- В) лихорадки, пневмонии, лимфаденопатии
- Г) лихорадки, гепатосplenомегалии

**3077. ДЛЯ СИСТЕМНОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ**

- А) лихорадки, кольцевидной эритемы, кардиальных, неврологических поражений, артрита
- Б) лихорадки, гепатосplenомегалии, розеолезной сыпи
- В) лихорадки, артрита, нодозной эритемы Г)
- лихорадки, поражений сердца и суставов

**3078. БОЛИ В МЫШЦАХ, СУСТАВАХ, ПОВТОРНЫЕ ОЗНОБЫ, ПОТЫ, ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ПРИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ОБЩЕМ САМОЧУВСТВИИ, УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) бруцеллеза
- Б) иерсиниоза
- В) лептоспироза
- Г) туляремии

**3079. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ХОЛЕРОЙ III СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Хлосоль
- Б) Регидрон
- В) Цитроглюкокосалан
- Г) 5% раствор Глюкозы

**3080. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) аминогликозиды
- Б) нитрофураны
- В) сульфаниламиды
- Г) макролиды.

**3081. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ КОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Ципрофлоксацин
- Б) Пенициллин
- В) Фуразолидон
- Г) Эритромицин

**3082. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ I СТЕПЕНИ  
ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) Цитроглюкосолан
- Б) Трисоль
- В) Дисоль
- Г) Хлосоль

**3083. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИЕЙ  
II СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ НЕОБХОДИМО**

**НАЗНАЧИТЬ А) Цитроглюкосолан Б) нитрофураны В)**

**фторхинолоны**

**Г) физиологический раствор**

**3084. ОЗЕЛЬТАМИВИР ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ  
ЛЕЧЕНИЯ**

- А) гриппа
- Б) парагриппа
- В) риновирусной инфекции
- Г) аденоовирусной инфекции

**3085. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПЕНИЦИЛЛИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ  
МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ У  
БОЛЬНОГО ВЕСОМ 80 КГ СОСТАВЛЯЕТ (МЛН. ЕД)**

- А) 24
- Б) 2
- В) 6
- Г) 8

**3086. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЫ  
МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН**

- А) Хлорамфеникол
- Б) Пенициллин
- В) Ампициллин
- Г) Азитромицин

**3087. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИККЕТСИОЗОВ**

- А) Тетрациклин
- Б) Пенициллин
- В) Левомицетин
- Г) Эритромицин

**3088. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОЛБНЯКА  
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) антитоксическая сыворотка
- Б) антимикробная сыворотка
- В) бактериофаг
- Г) нормальная лошадиная сыворотка

**3089. 40-ЛЕТНИЙ МУЖЧИНА ПОЛУЧИЛ ГЛУБОКИЕ РАНЫ ПРИ ПАДЕНИИ  
С ТРАКТОРА. НЕ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНУЮ  
СЫВОРОТКУ (ПСС), ЕСЛИ**

- А) он получил полный курс иммунизации и 2 года назад ревакцинацию
- Б) пять лет назад вводилась ПСС
- В) последнее введение столбнячного анатоксина было 12 лет назад
- Г) он получил 2 инъекции столбнячного анатоксина в течение жизни

**3090. АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ**

- А) дифтерии
- Б) лептоспироза
- В) инфекционного мононуклеоза
- Г) бруцеллеза

**3091. БОЛЬНОМУ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНА**

- А) госпитализация в инфекционное отделение
- Б) госпитализация в терапевтическое отделение
- В) лечение амбулаторно
- Г) лечение в условиях дневного стационара

**3092. БОЛЬНОМУ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, 4В СТАДИЕЙ ПОКАЗАНА**

- А) антиретровирусная терапия
- Б) антибактериальная терапия
- В) заместительная иммунотерапия (введение гамма-глобулина, донорской плазмы)
- Г) иммуномодулирующая терапия

**3093. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие вторичных бактериальных осложнений
- Б) тяжёлое течение неосложнённого гриппа В)
- принадлежность пациента к группам риска Г)
- высокий титр антител

**3094. КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАНИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) санация ликвора
- Б) 10-й день нормальной температуры
- В) 21-й день нормальной температуры
- Г) нормализация гемодинамики

**3095. НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫМ И ПРАВИЛЬНЫМ НАБОРОМ СРЕДСТВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ БОТУЛИЗМОМ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) промывание желудка и кишечника, энтеросорбенты, введение антитоксической сыворотки, дезинтоксикационные средства, Хлорамфеникол
- Б) введение антитоксической сыворотки, дезинтоксикационные средства, Хлорамфеникол
- В) промывание желудка, инфузионная терапия, Лазикс
- Г) промывание желудка, инфузионная терапия, Хлорамфеникол

**3096. ГЕМАТОШИЗОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- А) всех форм малярии
- Б) малярии vivax
- В) малярии falciparum
- Г) малярии malariae

**3097. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩЕВЫМИ БОРРЕЛИОЗАМИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) тетрациклины
- Б) аминогликозиды
- В) гликопептиды
- Г) макролиды

**3098. ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- А) структуру явления
- Б) репрезентативность
- В) достоверность
- Г) взаимосвязь признаков

**3099. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) интенсивным показателем
- Б) средней величиной
- В) стандартизованным показателем
- Г) показателем наглядности

**3100. МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ МАЛОЙ ВЫБОРКЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- A) 30
- Б) 100
- В) 50
- Г) 20

**3101. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗА КАКОЙ-ЛИБО ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- A) темп прироста
- Б) стандартизованный показатель
- В) коэффициент достоверности
- Г) интенсивный показатель

**3102. ДЛЯ НАГЛЯДНОСТИ ИЗОБРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДИАГРАММА**

- A) секторная
- Б) столбиковая
- В) линейная
- Г) радиальная

**3103. ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

- А) соотношение двух разнородных совокупностей
- Б) распространение целого в части
- В) частоту явлений в своей среде
- Г) структуру, состав явления

**3104. МИНИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА КОЭФФИЦИЕНТА СТЪЮДЕНТА, ПРИ КОТОРОЙ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ СРАВНИВАЕМЫМИ ВЕЛИЧИНAMI СЧИТАЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ, СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 2,0
- Б) 1,8
- В) 3,0
- Г) 1,0

**3105. ПРИ КОЭФФИЦИЕНТЕ ДОСТОВЕРНОСТИ, РАВНОМ 2, ДОВЕРИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ (%)**

- A) 95,5
- Б) 68
- В) 99,5
- Г) 99,9

**3106. ОБЪЕМ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ**

- А) величины предельной ошибки и степени однородности изучаемого явления
- Б) принятой вероятности безошибочного прогноза и степени однородности изучаемого явления
- В) принятой вероятности безошибочного прогноза и величины предельной ошибки
- Г) достаточного количества единиц в генеральной совокупности

**3107. В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ**

- А) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
- Б) лечебно-диагностическая работа
- В) санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения
- Г) профилактическая работа, диспансеризация

**3108. ВЫКОПИРОВКА ИЗ ЛИСТОВ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ**

- А) ночной постовой медсестрой
- Б) врачом
- В) дневной постовой медсестрой
- Г) старшей медсестрой

**3109. ВОПРОСАМИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАНИМАЮТСЯ**

- А) лечебно-профилактические учреждения
- Б) учреждения образования
- В) органы управления здравоохранением
- Г) санэпидемслужба

**3110. ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЭКСПЕРТИЗУ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО**

- А) любые лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), в том числе частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию на осуществление экспертизы трудоспособности
- Б) ЛПУ любого уровня, профиля, ведомственной принадлежности
- В) ЛПУ с любой формой собственности
- Г) только государственные (муниципальные) лечебно-профилактические учреждения

**3111. УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) контрольная карта диспансерного наблюдения
- Б) карта ежегодной диспансеризации
- В) статистический талон
- Г) амбулаторная карта

**3112. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ**

- А) государством
- Б) медицинскими учреждениями
- В) фондами ОМС
- Г) страховыми организациями (компаниями)

**3113. ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) риск наступления страхового случая
- Б) здоровье
- В) пациент
- Г) болезнь

**3114. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К БЛОКУ НАУК**

- А) отраслевых экономических
- Б) экономической теории
- В) прикладных экономических
- Г) специальных экономических

**3115. АНАЛИЗ «МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ» ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) для подтверждения предпочтения более дешевого метода лечения
- Б) для определения эффективности проведенных мероприятий
- В) при расчете минимального необходимого числа персонала
- Г) при расчете минимально необходимых объемов деятельности для достижения цели

**3116. СПРОС НА ОСНОВНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕН НА НИХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) низкой эластичностью
- Б) совершенной не эластичностью
- В) единичной эластичностью
- Г) высокой эластичностью

**3117. К МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОТНОСЯТ**

- А) методы на основе ПЦР
- Б) диаскинвест
- В) квантифероновый тест
- Г) реакцию Манту

**3118. ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) лимфоидные, эпителиоидные и гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеозный некроз
- Б) эпителиоидные клетки, лимфоциты, макрофаги, плазматические клетки, фибробласти
- В) моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки в кортикальных зонах
- Г) клетки Березовского-Штернберга

**3119. ТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ЭТИОЛОГИЯ МЕНИНГИТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ**

- А) обнаружением ДНК МБТ методом ПЦР при исследовании ликвора
- Б) повышением уровня сахара, снижением уровня белка, нейтрофильным цитозом
- В) снижением уровня сахара, повышением уровня белка, лимфоцитарным цитозом
- Г) выпадением фибриновой пленки на поверхности ликвора

**3120. КОМБИНАЦИЯ НЕСКОЛЬКИХ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) для воздействия на разные стороны обмена веществ и жизнедеятельности МБТ и более выраженного бактериостатического эффекта
- Б) для предотвращения побочного действия химиопрепаратов
- В) с целью стимуляции иммунитета
- Г) с целью устранения нежелательных явлений лекарственных средств

**3121. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) химиотерапия
- Б) патогенетическая терапия
- В) симптоматическая терапия и лечение неотложных состояний
- Г) хирургическое лечение

**3122. СОВРЕМЕННАЯ ГРУППИРОВКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИХ РАЗДЕЛЕНИЕ НА**

- А) препараты I, II и III рядов
- Б) группы А и В
- В) препараты класса А и В
- Г) препараты I и II рядов

**3123. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) лекарственной устойчивости к препаратам
- Б) тяжелых сопутствующих заболеваний
- В) туберкулеза бронхов и нарушения проходимости бронхов
- Г) плевральных осложнений

**3124. ПАЦИЕНТАМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ НАЗНАЧАЮТ \_\_\_\_\_ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ**

- А) IV
- Б) I
- В) II
- Г) III

**3125. БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЯМ ДО 13 ЛЕТ НЕ ПОКАЗАН**

- А) этамбутол
- Б) изониазид
- В) рифампицин
- Г) пиразинамид

**3126. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ ПОКАЗАН**

- А) левофлоксацин
- Б) изониазид
- В) рифампицин
- Г) пиразинамид

**3127. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, С ОСТОРОЖНОСТЬЮ НУЖНО ПРИМЕНЯТЬ**

- А) Канамицин, Амикацин
- Б) Изониазид, Рифампицин
- В) Изониазид, Этамбутол
- Г) Этамбутол, Рифампицин

**3128. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- А) бактериологическое исследование патологического материала с тестами лекарственной чувствительности
- Б) общий анализ крови
- В) рентгенографию органов грудной полости
- Г) микроскопию мазка мокроты

**3129. МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА НАЗЫВАЮТ**

- А) устойчивость *M. tuberculosis* по крайней мере к Изониазиду и Рифампицину одновременно вне зависимости устойчивости к другим препаратам
- Б) устойчивость микобактерий туберкулёза, развившуюся во время лечения у больных, получавших их более 1 мес.
- В) устойчивость к Изониазиду, Рифампицину, одному из аминогликозидов или полипептиду (К, Ам или Сар) и фторхинолону вне зависимости от устойчивости к другим препаратам
- Г) первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза

**3130. В УСЛОВИЯХ ЗАТУХАЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ ПРОДУКТИВНОЙ ФАЗЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) СВЧ-терапию
- Б) электрофорез лекарственных препаратов
- В) ингаляции
- Г) гальванизацию тканей

**3131. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПРИЕМЕ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) преходящее повышение трансаминаз
- Б) головная боль
- В) тромбоцитопения
- Г) крапивница

**3132. КАКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ АМИНОГЛИКОЗИДОВ?**

- А) бактерицидным, ингибиторы ДНК-гиразы
- Б) бактериостатическим, подавляют липидный обмен и метаболизм клеточных стенок
- В) бактерицидным, ингибируют синтез миколовых кислот
- Г) бактерицидным, подавляют белковый синтез путем блокады транскрипции и синтеза мРНК

**3133. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ (НОРМЕРГИЧЕСКОЙ) РЕАКЦИЕЙ НА ТУБЕРКУЛИН ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) папула 5-16 мм
- Б) папула 17 мм и более
- В) гиперемия 5-16 мм
- Г) папула 2-4 мм

**3134. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ТУБЕРКУЛЁЗ ОТНОСЯТ**

- А) синдром внутригрудной лимфаденопатии, синдром диссеминации, синдром плеврального выпота
- Б) синдром очаговой тени, синдром фокусной тени
- В) синдром ограниченного и/или обширного затенения
- Г) синдром кольцевидной тени

**3135. ДИАСКИНТЕСТ ОСНОВАН НА**

- А) реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену двух белков (ESAT6/CFP10), синтез которых кодируется в геноме *M. tuberculosis humanus* и некоторых условно-патогенных микобактерий
- Б) количественном определении интерферона INF- $\gamma$ , высвобождаемого сенсибилизированными Т-клетками, стимулированными *in vitro* специфическими антигенами (ESAT-6, CFP-10) *M.tuberculosis humanus*
- В) стимуляции Т-клеток пептидами моделирования ESAT-6 и CFP-10 антигенов, которые отсутствуют во всех штаммах БЦЖ
- Г) реакции гиперчувствительности замедленного типа к нескольким антигенам *M. tuberculosis humanus* и *M. tuberculosis bovis*, содержащихся в препарате

**3136. СОЧЕТАНИЕ ДИСФАГИИ, ДИПЛОПИИ, СУХОСТИ ВО РТУ  
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) ботулизма
- Б) псевдотуберкулеза
- В) клещевого энцефалита
- Г) столбняка

**3137. СОЧЕТАНИЕ ЛИХОРАДКИ, ГОЛОВНОЙ БОЛИ,  
БОЛЕЗНЕННОСТИ В ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СКУДНОЙ  
РОЗЕОЛЕЗНОЙ СЫПИ И ГЕПАТОМЕГАЛИИ УКАЗЫВАЕТ НА**

- А) брюшной тиф
- Б) сыпной тиф
- В) дизентерию
- Г) корь

**3138. ОТЕК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ НАЛИЧИИ  
ТОНЗИЛЛИТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) дифтерии
- Б) ангине Симановского-Венсана
- В) туляремии
- Г) листериозе

**3139. ХАРАКТЕРНОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ МАЛЯРИЙНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) озноб, лихорадка, потоотделение
- Б) головная боль, лихорадка, рвота
- В) миалгия, озноб, лихорадка
- Г) рвота, лихорадка, потоотделение

**3140. ЛИХОРАДКА И БОЛИ В ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) лептоспироза
- Б) псевдотуберкулеза
- В) бруцеллеза
- Г) бешенства

**3141. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ПАРАЛИЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) полиомиелита
- Б) бешенства
- В) чумы
- Г) столбняка

**3142. ЛИМФАДЕНИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) туляремии
- Б) холеры
- В) амебиаза
- Г) малярии

**3143. ДЛЯ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) головная боль, высокая температура, нарушение сознания
- Б) кольцевидная эритема, головная боль, рвота
- В) постепенное начало, парастезии, головная боль, рвота
- Г) острое начало, высокая температура, головная боль

#### **3144. ЭРИТЕМА ПРИ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ**

- А) представляет собой гиперемию кожи с воспалительным валиком по периферии и бледно-цианотичным центром
- Б) зудящая, безболезненная, красно-фиолетового цвета, резко ограниченная от окружающей кожи
- В) резко болезненная, с флюктуацией в центре, нечеткими границами
- Г) представляет собой яркую гиперемию кожи с четкими границами, возвышается над уровнем здоровой кожи, горячая на ощупь

#### **3145. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТСЯ**

- А) гепатосplenомегалия, полилимфоаденопатия, тонзиллит
- Б) гепатосplenомегалия, конъюнктивит, ринофарингит,
- В) лихорадка, спленомегалия, анемия
- Г) лихорадка, тонзиллит, регионарный лимфаденит

#### **3146. К СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ**

- А) туберкулез
- Б) лептоспироз
- В) хронический вирусный гепатит С
- Г) менингококковую инфекцию

#### **3147. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА МАЛЯРИИ ПРОВОДЯТ**

- А) микроскопию крови
- Б) биохимический анализ крови
- В) посев крови
- Г) посев спинномозговой жидкости

**3148. СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммуноферментный анализ (ИФА)
- Б) радиоиммунный анализ (РИА)
- В) иммуноблоттинг
- Г) молекулярная гибридизация (ДНК-зонды)

**3149. ОСТРУЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В «ПЕРИОДЕ ОКНА» МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ПО**

- А) появлению белка p24 в крови
- Б) коэффициенту CD4|CD8
- В) лимфоцитозу в клиническом анализе крови
- Г) обнаружению атипичных мононуклеаров в крови

**3150. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ОТРАЖЕНИЕМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) активность аланинаминотрансферазы
- Б) активность щелочной фосфатазы
- В) активность гаммаглутамилтранспептидазы
- Г) содержание билирубина

**3151. БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАННЕЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) протромбиновый индекс
- Б) активность АЛТ
- В) уровень общего белка сыворотки крови
- Г) уровень билирубина в крови

**3152. МАРКЕРОМ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) HBeAg
- Б) HbcorIgG
- В) HbeAb
- Г) HbsAb

**3153. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) фторхинолоны
- Б) гликопептиды
- В) макролиды
- Г) пенициллины

**3154. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕРЫ  
ОТНОСЯТ**

- А) регидратацию и антибактериальную терапию
- Б) регидратацию с форсированием диуреза
- В) дезинтоксикационную и антибактериальную терапию
- Г) антибактериальную терапию в сочетании с гемодиализом

**3155. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Стрептомицин
- Б) Эритромицин
- В) Ванкомицин
- Г) Амикацин

**3156. ПРИ МЕНИНГОКОКЕМИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-  
ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНОМУ  
СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ**

- А) глюкокортикоиды, Левомицетина сукцинат
- Б) глюкокортикоиды, раствор Ацесоль
- В) Фуросемид, Ципрофлоксацин
- Г) глюкокортикоиды, Пенициллин

**3157. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ**

- А) порядками оказания медицинской помощи
- Б) лицензией
- В) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
- Г) программой обязательного медицинского страхования

**3158. СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДЕЙСТВИТЕЛЕН (ДНЕЙ)**

- А) 15
- Б) 30
- В) 10
- Г) 5

**3159. ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С**

- А) орфанными заболеваниями
- Б) множественными переломами
- В) ожирением
- Г) бациллоносительством

**3160. ПЕРЕЧЕНЬ, ЧАСТОТА И КРАТНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании
- Б) порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля
- В) программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
- Г) приказом главного врача медицинской организации

**3161. ВЗИМАНИЕ ПЛАТЫ С ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

- А) не допускается
- Б) допускается при оказании экстренной медицинской помощи иногородним пациентам
- В) допускается при обращении за экстренной медицинской помощью лиц в состоянии алкогольного опьянения
- Г) допускается при оказании экстренной медицинской помощи коммерческими медицинскими организациями

**3162. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ  
ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ**

- А) бюро медико-социальной экспертизы
- Б) отделениями реабилитации
- В) отделениями медицинской профилактики
- Г) санаторно-курортными учреждениями

**3163. ПАЦИЕНТЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ**

- А) пожизненно
- Б) в течение года после проведения радикального лечения
- В) в течение трех лет после проведения радикального лечения
- Г) в течение пяти лет с момента выявления заболевания

**3164. ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ  
КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО**

- А) соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет
- Б) любой врачебной специальности не менее 7 лет
- В) соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет
- Г) любой врачебной специальности не менее 10 лет

**3165. ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ  
КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО**

- А) соответствующей врачебной специальности не менее 5 лет
- Б) любой врачебной специальности не менее 5 лет
- В) соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет
- Г) любой врачебной специальности не менее 10 лет

**3166. ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ВТОРОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ  
КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО**

- А) соответствующей врачебной специальности не менее 3 лет
- Б) любой врачебной специальности не менее 5 лет
- В) соответствующей врачебной специальности не менее 5 лет
- Г) любой врачебной специальности не менее 7 лет

**3167. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АТТЕСТАЦИИ ВРАЧАМ И СРЕДНИМ МЕДРАБОТНИКАМ ПРИСВАИВАЕТСЯ**

- А) квалификационная категория
- Б) сертификат специалиста
- В) ученая степень
- Г) разряд

**3168. ПОДТВЕРЖДАТЬ КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ НЕОБХОДИМО**

- А) каждые пять лет
- Б) каждые десять лет
- В) каждые три года
- Г) ежегодно

**3169. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ**

- А) листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания
- Б) листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу
- В) листок нетрудоспособности до окончания отпуска
- Г) справка установленного образца

**3170. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬСЯ ДО (МЕС.)**

- А) 4
- Б) 10
- В) 6
- Г) 1

**3171. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ НА (ДЕНЬ)**

- A) 140
- Б) 194
- В) 180
- Г) 156

**3172. В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИСПРАВЛЕНИЯ**

- А) не допускаются
- Б) допускается одно исправление
- В) допускается не более двух исправлений
- Г) допускаются не более трех исправлений по разрешению врачебной комиссии

**3173. ЛИЦЕНЗИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВУЕТ**

- А) бессрочно
- Б) 5 лет
- В) 10 лет
- Г) 3 года

**3174. ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ДИПЛОМА ВРАЧ ОБЯЗАН ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ**

- А) каждые 5 лет
- Б) каждые 3 года
- В) каждые 10 лет
- Г) ежегодно

**3175. ВИДАМИ ОТВЕТНЫХ МЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ PPD-L ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) отрицательная, сомнительная, положительная, гиперергическая
- Б) отрицательная, сомнительная, положительная
- В) отрицательная, сомнительная, положительная, неадекватная
- Г) отрицательная, нормергическая, гиперергическая, адекватная

**3176. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ КОМПЛЕКС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) клинической формой первичного туберкулèза
- Б) клинической формой вторичного туберкулèза
- В) рентгенологическим синдромом
- Г) одним из синдромов первичного туберкулèза

**3177. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ**

- А) фокуса специфического воспаления в легком, лимфангита, внутригрудного лимфаденита
- Б) фокуса специфического поражения в легком, подмышечного лимфаденита
- В) фокуса специфического поражения в легком с отсевом в противоположное легкое
- Г) фокуса специфического поражения в легком с отсевом в противоположное легкое, регионарным лимфаденитом

**3178. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ И МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА ФОРМЫ**

- А) туморозную, инфильтративную, малую
- Б) туморозную, инфильтративную, кавернозную (при распаде лимфоузла)
- В) туморозную, инфильтративную, осложненную и неосложненную Г)  
малую, туморозную, индуративную

**3179. ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) малой формой туберкулèза
- Б) запущенной формой туберкулèза
- В) осложнением деструктивных форм туберкулèза
- Г) регрессом любой формы туберкулèза органов дыхания

**3180. ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ РАЗВИТИЮ ИНФИЛЬТРАТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) очаговая
- Б) кавернозная
- В) диссеминированная
- Г) туберкулёма

**3181. ФОРМАМИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) бронхолобулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит
- Б) бронхолобулярный инфильтрат, инфильтрат Астмана, лобит, казеозная пневмония
- В) бронхолобулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облакообразный инфильтрат, казеозная пневмония
- Г) бронхолобулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит, казеозная пневмония

**3182. ТУБЕРКУЛЕМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) клинической формой туберкулёза
- Б) морфологическим субстратом туберкулезногого воспаления
- В) осложнением инфильтративного туберкулёза
- Г) рентгенологическим синдромом в лёгких

**3183. С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ЭКССУДТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ**

- А) рентгенографию, плевральную пункцию, фибробронхоскопию, торакоскопию
- Б) фибробронхоскопию, ангиопульмографию, компьютерную томографию В)
- бронхографию, плевральную пункцию, МРТ Г) рентгенографию, торакоскопию

**3184. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ ПО ПАТОГЕНЕЗУ БЫВАЕТ**

- А) первичный, вторичный, гематогенно-диссеминированный
- Б) только первичный
- В) только вторичный
- Г) первичный, гематогенно-диссеминированный

**3185. КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) клинической формой туберкулèза
- Б) рентгенологическим синдромом
- В) остаточным полостным образованием
- Г) профессиональным полостным заболеванием

**3186. ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) клинической формой туберкулèза
- Б) рентгенологическим синдромом
- В) вариантом посттуберкулèзных изменений
- Г) первичной формой туберкулèза

**3187. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ЦИРРОЗА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) деформация легочного рисунка, уменьшение объема пораженного участка, смещение средостения к зоне цирроза, деформация плевры
- Б) кольцевидная тень с зонами массивного фиброза, лимфангит в прилежащей зоне, очаги
- В) округлая тень в зоне деформации легочного рисунка, кальцинаты во внутргрудных лимфоузлах/фиброзная трансформация корней лёгких
- Г) инфильтрация и деформация легочного рисунка

**3188. КРОВОХАРКАНИЕМ НАЗЫВАЮТ**

- А) обнаружение прожилок, вкраплений крови в мокроте
- Б) отхождение крови при кашле до 100 мл
- В) отхождение крови при кашле в количестве более 100 мл
- Г) отхождение крови при кашле в количестве более 500 мл

**3189. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ КЛЕТОЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ САРКОИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные
- клетки Б) гигантские клетки, Клетки Березовского-Штернберга В) эпителиоидные клетки и фибробласты
- Г) ретикулярные клетки

**3190. ОСНОВОЙ МОРФОГЕНЕЗА САРКОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммунная гранулема
- Б) атипичные клетки
- В) клетки неспецифического воспаления
- Г) специфическая иммунная гранулема

**3191. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) введение ганглиоблокаторов, глюкокортикоидов, антибиотиков широкого спектра действия, кровевосполняющих препаратов, препаратов повышающих вязкость крови, противотуберкулезных препаратов
- Б) введение кровевосполняющих препаратов, препаратов повышающих вязкость крови,
- В) введение гипотензивных препаратов, противотуберкулезных препаратов
- Г) введение ганглиоблокаторов при постоянном контроле артериального давления

**3192. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) длительная полихимиотерапия
- Б) монотерапия длительным курсом
- В) частое чередование туберкулостатиков
- Г) ранняя монотерапия

**3193. ТИПИЧНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) флюорография
- Б) рентгеноскопия
- В) рентгенография
- Г) УЗИ

**3194. БОЛЬНОЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ФЛЮОРОГРАММЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕН К ДООБСЛЕДОВАНИЮ В ТЕЧЕНИЕ (НЕДЕЛЯ)**

- A) 2
- Б) 3
- В) 4
- Г) 6

**3195. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) бактериоскопический
- Б) иммунологический
- В) культуральный (бактериологический)
- Г) биологический

**3196. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ВЫЯВЛЯЕТ**

- A) скучную клиническую симптоматику
- Б) умеренно выраженную клиническую симптоматику
- В) выраженную клиническую симптоматику
- Г) ярко выраженную тяжелую клиническую симптоматику

**3197. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ГЛУХОТУ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ**

- А) Стрептомицин
- Б) Изониазид
- В) Рифампицин
- Г) Этамбутол

**3198. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (МЕС.)**

- А) 6
- Б) 2
- В) 1
- Г) 3

**3199. НЕОБХОДИМОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОБУСЛОВЛЕНА**

- А) возможностью быстрого развития лекарственной устойчивости МБТ
- Б) низкой эффективностью каждого из них
- В) наличием сопутствующей инфекции
- Г) сочетанием их побочных действий

**3200. ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОБУСЛОВЛЕНЫ**

- А) гепатотоксичностью противотуберкулезных препаратов
- Б) кардиотоксичностью противотуберкулезных препаратов
- В) влиянием на процессы возбуждения в ЦНС
- Г) влиянием на процессы торможения в ЦНС

**3201. ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ТАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК**

- А) легочное кровотечение
- Б) экссудативный плеврит
- В) туберкулез бронха
- Г) туберкулез гортани

**3202. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- А) клапанного спонтанного пневмоторакса
- Б) открытого пневмоторакса
- В) закрытого пневмоторакса
- Г) ятрогенного пневмоторакса

**3203. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАНЫ ЭФФЕКТИВНЫМИ, ЕСЛИ У КОНТАКТНЫХ ЛИЦ**

- А) не выявляются новые случаи туберкулеза
- Б) выявляются ограниченные формы туберкулеза
- В) выявляются поражения плевры
- Г) выявляются внелегочные формы туберкулеза

**3204. НАЛИЧИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК (КУРЕНИЕ, ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛОМ) У ПАЦИЕНТА**

- А) повышает вероятность развития туберкулеза
- Б) снижает вероятность развития туберкулеза
- В) не влияет на развитие туберкулеза
- Г) способствует сохранению высокого уровня здоровья

**3205. ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ**

- А) снижает заболеваемость контактных лиц
- Б) не влияет на заболеваемость контактных лиц
- В) повышает заболеваемость контактных лиц Г)
- сохраняет заболеваемость контактных лиц

**3206. ВОЗБУДИТЕЛИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ К ВИДУ**

- А) бактерий
- Б) грибов
- В) простейших
- Г) вирусов

**3207. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

- А) аэрогенный
- Б) алиментарный
- В) трансплацентарный
- Г) контактный

**3208. ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТЕЙ ПРОНИКОВЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗМ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

- А) органы дыхания
- Б) желудочно-кишечный тракт
- В) мочевыделительные органы
- Г) органы кроветворения

**3209. ЛОКАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ У ДЕТЕЙ В**

- А) лимфатической системе
- Б) кроветворной системе
- В) кровеносной системе
- Г) бронхиальной системе

**3210. ПОНЯТИЕ «ЭКЗОГЕННАЯ СУПЕРИНФЕКЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ**

- А) проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм
- Б) проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
- В) повторное проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
- Г) одновременное проникновение нескольких инфекций

**3211. ДЛЯ ОСТРОГО МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ ХАРАКТЕРНО**

- А) отсутствие бактериовыделения
- Б) скудное бактериовыделение
- В) обильное бактериовыделение
- Г) наличие обильной мокроты

**3212. РАЗМЕР ОЧАГОВ В ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

- А) мелкий
- Б) средний
- В) крупный
- Г) разный

**3213. ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

- А) не встречаются
- Б) встречаются редко
- В) встречаются часто
- Г) формируются на фоне фиброза

**3214. ПРИ ЗАЩИТЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕОБЛАДАЕТ**

- А) клеточный фактор иммунитета
- Б) гуморальный фактор иммунитета
- В) клеточно-гуморальный фактор иммунитета
- Г) резистентность верхних дыхательных путей

**3215. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ**

- А) влажных звучных мелкопузырчатых хрипов
- Б) притупления перкуторного звука
- В) бронхиального дыхания в месте притупления
- Г) ослабления дыхания

**3216. НАИБОЛЕЕ УБЕДИТЕЛЬНО ХАРАКТЕРИЗУЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ**

- А) проба Тиффно
- Б) диффузионная способность (по СО<sub>2</sub>)
- В) остаточный объем
- Г) жизненная емкость легких (ЖЕЛ)

**3217. В ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИ**

- А) малом объеме плеврального выпота у больного с пневмонией
- Б) стойком выпоте
- В) подозрении на эмпиему плевры
- Г) неясном происхождении выпота

**3218. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ, ПЕРВАЯ ДОЗА АНТИБИОТИКА ДОЛЖНА БЫТЬ ВВЕДЕНА МАКСИМАЛЬНО РАНО, НЕ ПОЗДНЕЕ ПЕРВЫХ 4 ЧАСОВ, Т.К. ЭТО**

- А) увеличивает выживаемость и снижает летальность
- Б) уменьшает частоту госпитализаций
- В) сокращает длительность стационарного лечения
- Г) сокращает расходы на лечение

**3219. ПРИ ПНЕВМОНИИ ЛЁГКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН  
ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ**

- А) пероральный
- Б) внутримышечный
- В) внутривенный
- Г) сочетанный (внутримышечный и пероральный)

**3220. ПРИЗНАКОМ ЭКССУДАТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ  
ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отношение ЛДГ плевральной жидкости к ЛДГ крови более 0,6
- Б) отношение белка плевральной жидкости (ПЖ) к белку сыворотки менее 0,5
- В) отрицательная проба Ривальта
- Г) удельный вес плевральной жидкости 1012

**3221. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уровень жидкости в плевральной полости до 2 ребра
- Б) нормальное насыщение крови кислородом
- В) отсутствие смешения органов средостения
- Г) отсутствие признаков острой дыхательной недостаточности

**3222. ПРИ ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН  
ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ**

- А) внутривенный
- Б) внутримышечный
- В) пероральный
- Г) сочетанный (внутримышечный и пероральный)

**3223. В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПНЕВМОНИЕЙ ДВА АНТИБИОТИКА  
НЕОБХОДИМЫ В СЛУЧАЕ**

- А) тяжелого течения пневмонии
- Б) невозможности обеспечить достаточную кратность введения одного из препаратов
- В) затяжного течения пневмонии
- Г) сочетания бактериальной и вирусной инфекции

**3224. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ПРОВОДИТСЯ**

- А) Азитромицином
- Б) Пенициллином
- В) Цефазолином
- Г) Тетрациклином

**3225. 40-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ИЗ МОКРОТЫ И КРОВИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА, РЕЗИСТЕНТНОГО К МЕТИЦИЛЛИНУ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) Ванкомицин
- Б) Оксациллин
- В) Цефазолин
- Г) Тобрамицин

**3226. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) клебсиелла
- Б) хламидия
- В) микоплазма
- Г) пневмококк

**3227. У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОДЫШКА НОСИТ ХАРАКТЕР**

- А) экспираторный
- Б) инспираторный
- В) смешанный
- Г) смешанный с преобладанием инспираторного

**3228. БЕРОДУАЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) комбинацией адреномиметика и холинолитика
- Б) адреномиметиком
- В) холинолитиком
- Г) адреномиметиком с пролонгированным эффектом

**3229. А1-АНТИТРИПСИН МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ В ТЕРАПИИ**

- А) первичной эмфиземы легких
- Б) сердечной астмы
- В) синдрома бронхиальной обструкции токсического генеза
- Г) лейомиоматоза

**3230. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ**

- А) обструкция воздухоносных путей не выявляется ни клинически, ни при спирографии, как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания
- Б) обструкция воздухоносных путей может выявляться только в период обострения
- В) обструкция воздухоносных путей постоянная
- Г) обструкция выявляется вне связи с обострением

**3231. ПОД БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ**

- А) нарушение прохождения воздушного потока по мелким и средним бронхам
- Б) нарушение проходимости дыхательных путей вследствие аспирации инородного тела
- В) нарушение проходимости дыхательных путей вследствие отека голосовых связок
- Г) нарушение проходимости главного бронха вследствие опухоли

**3232. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лихорадка и гнойная мокрота
- Б) усиление одышки
- В) увеличение количества сухих хрипов при аусcultации
- Г) лимфоцитоз мокроты

**3233. ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЕМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кандидоз ротовой полости и дисфония
- Б) язва желудочно-кишечного тракта
- В) гирсутизм
- Г) стероидный диабет

**3234. ПРИЗНАКОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) недостаточность кровообращения по большому кругу
- Б) недостаточность кровообращения по малому кругу
- В) одышка
- Г) систолическое давление в легочной артерии по данным ЭХОКГ 50 мм рт.ст.

**3235. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТ ХОБЛ СОСТОИТ В**

- А) обратимости бронхиальной обструкции
- Б) ответной реакции на лечение ингаляционными глюокортикоидами
- В) выраженности бронхобструктивных нарушений
- Г) ответной реакции на лечение пролонгированными холинолитиками

**3236. О КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- А) депрессия сегмента ST более 2 мм
- Б) реверсия негативного зубца Т
- В) удлинение интервала PQ
- Г) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса

**3237. ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ**

- А) II, III, aVF
- Б) I, II, aVL
- В) I, V5 и V6
- Г) AVL, с V1 по V4

**3238. ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ ДВЕ НЕДЕЛИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) синдром Дресслера
- Б) аневризма левого желудочка
- В) кардиогенный шок
- Г) аритмии

**3239. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) уровня МВ-фракции КФК в крови
- Б) ЛДГ в крови
- В) суммарной КФК в крови
- Г) уровня трансамина в крови

**3240. ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЮТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ**

- А) реноваскулярной гипертензии
- Б) первичного альдостеронизма
- В) феохромоцитомы
- Г) коарктации аорты

**3241. У БОЛЬНОГО С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРОПУСТИВШЕГО ОЧЕРЕДНОЙ СЕАНС ГЕМОДИАЛИЗА, НА ЭКГ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ**

- А) высокий остроконечный зубец Т
- Б) депрессию сегмента ST
- В) инверсию зубца Т
- Г) наличие зубца Q

**3242. ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) впервые возникшая стенокардия напряжения
- Б) стабильная стенокардия в сочетании с экстрасистолией
- В) стабильная стенокардия напряжения 1 функционального класса
- Г) стабильная стенокардия напряжения 2 функционального класса

**3243. КРИТЕРИЕМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) горизонтальная депрессия сегмента ST более 2 мм
- Б) горизонтальная депрессия сегмента ST менее 0,5 мм
- В) косонисходящая депрессия сегмента ST менее 1 мм
- Г) увеличение зубца Q в V5 и V6 отведениях

**3244. ДЛЯ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ**

- А) I, V5 и V6
- Б) I, II, aVL
- В) II, III, aVF
- Г) AVL, V1- V4

**3245. ИНТЕНСИВНЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ОТРИЦАТЕЛЬНУЮ ДИНАМИКУ НА ЭКГ И ПОВТОРНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АСТ, АЛТ И КФК-МВ НА 4 НЕДЕЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА КВАЛИФИЦИРУЮТ КАК**

- А) рецидивирующий инфаркт миокарда
- Б) ТЭЛА
- В) повторный инфаркт миокарда
- Г) развитие синдрома Дресслера

**3246. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) ЭКГ
- Б) зондирования желудка
- В) рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта
- Г) гастродуоденоскопии

**3247. К ЭКГ-ПРИЗНАКАМ ОРГАНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ОТНОСЯТ**

- А) комплекс QS в отведениях с V3 по V5
- Б) слабоотрицательные Т в правых грудных отведениях
- В) синусовую аритмию
- Г) экстрасистолическую аритмию

**3248. ФАКТОРОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня липопротеидов высокой плотности
- Б) сахарный диабет
- В) артериальная гипертония
- Г) наследственная отягощенность

**3249. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) высокий остроконечный зубец Т
- Б) депрессия сегмента ST
- В) инверсия зубца Т
- Г) тахикардия

**3250. НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ОСТРОМ ПЕРЕДНЕМ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ РАЗВИТИЕМ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВГО РИТМА 24 В МИНУТУ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) установка эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции
- Б) введение адреномиметиков
- В) введение Атропина
- Г) введение Лазикса

**3251. В ПОНЯТИЕ «РЕЗОРБЦИОННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ» НЕ ВХОДИТ**

- А) увеличение уровня щелочной фосфатазы
- Б) повышение температуры тела
- В) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы
- Г) обнаружение С-реактивного белка и увеличение СОЭ

**3252. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) феохромоцитоме
- Б) альдостероне
- В) узелковом полиартериите
- Г) синдроме Иценко-Кушинга

**3253. ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ С ЧСС 40 В МИН., ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧСС 88 В МИН. И РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ, НЕ ЗАВИСИМЫЙ ОТ РИТМА ПРЕДСЕРДИЙ, НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ**

- А) III степени
- Б) I степени
- В) II степени типа Мобитц I
- Г) II степени типа Мобитц II

**3254. ПОСТОЯННЫЙ ИНТЕРВАЛ РQ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,26 СЕК., РАВНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ RR И ЗУБЕЦ Р, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ КАЖДОМУ КОМПЛЕКСУ QRS, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ**

- А) атриовентрикулярной блокады I степени
- Б) остановки синусового узла
- В) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
- Г) трепетания предсердий правильной формы

**3255. ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ АД ДО 160/100 ММ РТ.СТ., ЧСС 76 В МИН, ИЗВИТОСТИ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА И СУЖЕНИЯ АРТЕРИОЛ, ПРИЗНАКОВ ГЛЖ НА ЭКГ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ОАМ, КРЕАТИНИНА И ЭЛЕКТРОЛИТОВ КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ**

- А) эссенциальной артериальной гипертензии (гипертоническая болезнь) II стадии
- Б) высокой вероятности вазоренальной артериальной гипертензии (АГ)
- В) высокой вероятности эндокринной симптоматической АГ
- Г) случайной АГ, обусловленной волнением при медицинском обследовании

**3256. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- А) мерцательная аритмия
- Б) пароксизмальная тахикардия
- В) экстрасистолия
- Г) атриовентрикулярная блокада

**3257. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ О**

- А) снижении сократительной функции миокарда.
- Б) наличии приступов стенокардии в течение суток.
- В) наличии болевой и безболевой ишемии миокарда.
- Г) количестве и характере нарушений ритма.

**3258. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПУЛЬС**

- А) быстрый высокий
- Б) медленный малый
- В) неодинаков на обеих руках
- Г) нормальных качеств

**3259. ДЛЯ ВОЗНИКОВЕНИЯ ПРИСТУПА БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ  
НАПРЯЖЕНИЯ НЕЛЬЗЯ СЧИТАТЬ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ**

- А) прием вазодилататоров
- Б) физическую и эмоциональную нагрузку
- В) артериальную гипертензию
- Г) тахикардию

**3260. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ  
ФЕОХРОМОЦИТОМЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Фентоламин
- Б) Нифедипин
- В) Пропранолол
- Г) Нитропруссид натрия

**3261. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ  
СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНОГО С  
СНИЖЕННОЙ ПУЛЬСАЦИЕЙ АРТЕРИЙ СТОП И ИЗМЕНЕНИЯМИ  
НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ РЕБЕР НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) коарктация аорты
- Б) гипертоническая болезнь
- В) вазоренальная гипертензия
- Г) гипertiреоз

**3262. СИНДРОМОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) портальная гипертензия
- Б) гепатомегалия
- В) внепеченочные знаки
- Г) цитолитический синдром

**3263. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННУМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) перфорация и/или кишечная обструкция
- Б) неэффективность консервативной терапии
- В) хроническая анемия средней степени тяжести
- Г) наличие кишечных свищей

**3264. О ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- А) мелена
- Б) появление упорных болей
- В) уменьшение ответной реакции на антациды
- Г) изменение характерного ритма болей

**3265. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ**

- А) активности патологического процесса
- Б) мезенхимального воспаления
- В) печеночно-клеточной недостаточности
- Г) портопеченочной недостаточности

**3266. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) инфекция *Helicobacter pylori*
- Б) сдавления и перегибы желчных протоков
- В) дискинезии
- Г) анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков

**3267. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В**

- А) селезеночном изгибе
- Б) слепой кишке
- В) прямой кишке
- Г) сигмовидной кишке

**3268. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ЯЗВАМ ОТНОСЯТСЯ**

- А) лекарственные (применение НПВС, глюкокортикоидов)
- Б) гормональные (при синдроме Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозе, карциноидном синдроме и др.)
- В) стрессорные (при инфаркте миокарда, инсульте, ожоговой болезни и др.)
- Г) ишемические

**3269. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ, СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ФОСФОРА В КРОВИ И ЕГО УСИЛЕННОЙ ЭКСКРЕЦИИ С МОЧОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гиперпаратиреоз
- Б) синдром Золлингера-Эллисона
- В) синдром чревного ствола
- Г) саркоидоз

**3270. ХАРАКТЕРНОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) боль в животе, метеоризм, диарея
- Б) боль в животе, желтуха, высокая температура
- В) боль в животе, прожилки крови в кале, слизь в кале
- Г) боль в животе, рвота «кофейной гущей», мелена

**3271. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО**

- А) повышение активности АЛТ, АСТ
- Б) повышение активности ЩФ, ГГТП
- В) снижение уровня общего белка, альбуминов, холестерина, протромбина
- Г) повышение уровня иммуноглобулинов,  $\gamma$ -глобулинов

**3272. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО А-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ**

- А) гепатоцеллюлярном раке
- Б) карциноме толстой кишки
- В) раке желудка
- Г) раке поджелудочной железы

**3273. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ 60-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ**

- А) асцит
- Б) диаметр v. portae при допплерографии 10 мм
- В) рубиновые пятна
- Г) тромбоцитоз

**3274. НАЛИЧИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) пищевода Барретта
- Б) эзофагита
- В) склеродермии
- Г) ахалазии пищевода

**3275. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСИТСЯ**

- А) синдром неязвенної диспепсии
- Б) субфебрильная температура
- В) умеренный лейкоцитоз
- Г) «спастический» стул

**3276. У ВЗРОСЛЫХ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) язвенная болезнь
- Б) рак желудка
- В) гипертрофия мышц привратника
- Г) пролапс слизистой оболочки через пилорический канал

**3277. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рвота съеденной накануне пищей
- Б) рвота желчью
- В) вздутие живота
- Г) диарея

**3278. НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ**

- А) системная красная волчанка
- Б) синдром Гудпасчера
- В) узелковый полиартрит
- Г) склеродермия

**3279. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гемолитический стрептококк группы А
- Б) стафилококк
- В) клебсиелла
- Г) синегнойная палочка

**3280. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ FACIES NEFRITICA ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отек лица и бледность кожи
- Б) акроцианоз
- В) геморрагическая сыпь на лице и туловище
- Г) диффузный цианоз

**3281. СТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ**

- А) диабетическом нефротическом синдроме
- Б) волчаночном нефrite
- В) лекарственном нефротическом синдроме
- Г) мембранозном гломерулонефrite

**3282. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) протеинурия
- Б) гематурия
- В) лейцкоцитурия
- Г) цилиндртурия

**3283. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА**

- А) суточная протеинурия более 3 г
- Б) гиперпротеинемия
- В) артериальная гипертензия
- Г) гиполипидемия

**3284. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНAM СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК ОТНОСЯТ**

- А) тромбозы и эмболии
- Б) гиповолемический шок
- В) стероидный сахарный диабет
- Г) лекарственную иммуносупрессию

**3285. ЖАЛОБЫ НА СЛАБОСТЬ И БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ,  
ГЕМОГЛОБИН КРОВИ 65 Г/Л, ПРОТЕИНУРИЯ 22 Г В СУТКИ, УРОВЕНЬ  
АЛЬБУМИНА СЫВОРОТКИ 43 Г/Л И КРЕАТИНИН КРОВИ 280  
МКМОЛЬ/Л НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) миеломной болезни
- Б) ХГН в стадии уремии
- В) вторичного амилоидоза с поражением почек
- Г) хронического пиелонефрита

**3286. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У 38-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ,  
АРАБА, С ЭПИЗОДАМИ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ С ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С  
ПОДЪЕМОМ ТЕМПЕРАТУРЫ И ПОЯВЛЕНИЕМ В АНАЛИЗАХ МОЧИ  
ПРОТЕИНУРИИ ДО 1,5 Г/Л, ОТЕЦ КОТОРОГО УМЕР ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «семейная средиземноморская лихорадка, амилоидоз»
- Б) «хронический гломерулонефрит» В) «поликистоз почек»
- Г) «быстропрогрессирующий гломерулонефрит»

**3287. ОБОСНОВАННЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ  
ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ  
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ**

- А) сохранение значительной протеинурии без выраженной гематурии и гипертонии
- Б) наличие отеков
- В) артериальная гипертония
- Г) макрогематурия

**3288. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО  
СИНДРОМА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) первичный мембранозный гломерулонефрит
- Б) липоидный нефроз (болезнь «минимальных изменений»)
- В) фокально-сегментарный гломерулосклероз
- Г) амилоидоз

**3289. ПРИ НЕФРОБИОПСИИ ДИАГНОЗУ «УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ, С ПОРЖЕНИЕМ ПОЧЕК» В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ**

- А) множественные инфаркты
- Б) нефрит «минимальных изменений»
- В) мембранозная нефропатия
- Г) экстракапиллярный «полулунный» ГН

**3290. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кишечная палочка
- Б) сапрофитный стафилококк
- В) синегнойная палочка
- Г) протей

**3291. ПРИЧИНОЙ УРЕМИЧЕСКОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение уровня паратиреоидного гормона
- Б) увеличение уровня креатинина
- В) увеличение уровня мочевины
- Г) снижение уровня эритропэтина

**3292. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК В СТАДИИ ФИКСИРУЕТСЯ ПРИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (МЛ/МИН)**

- А) менее 15
- Б) 60-89
- В) 30-59
- Г) 15-29

**3293. НЕРЕДКО ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) геморрагическая лихорадка
- Б) корь
- В) брюшной тиф / паратиф
- Г) вирусный гепатит

**3294. ПРОТЕИНУРИЯ БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) множественной миеломы
- Б) хронического гломерулонефрита, нефротической формы
- В) быстропрогрессирующего гломерулонефрита
- Г) гипернефромы

**3295. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сердечно-сосудистое заболевание
- Б) острый вирусный гепатит
- В) бактериальная пневмония
- Г) диализный амилоидоз

**3296. У МУЖЧИНЫ 38 ЛЕТ ЛИХОРАДКА, БОЛИ В СУСТАВАХ, СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА, ПРОТЕИНУРИЯ 1 Г/СУТКИ, ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕГКИХ ВЫЯВЛЕНЫ НЕСКОЛЬКО ПОЛОСТЕЙ БЕЗ СОДЕРЖИМОГО; НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ**

- А) «гранулематоз Вегенера»
- Б) «туберкулез»
- В) «болезнь Шегрена»
- Г) «саркоидоз»

**3297. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ, ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ, НЕФРОПАТИЯ, ПРИСТУПЫ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ НА УШНЫХ РАКОВИНАХ И ЛОКТЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- A) подагры
- Б) ревматоидного артрита
- В) ревматического полиартрита
- Г) деформирующего остеоартроза

**3298. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение титра антител к ДНК
- Б) тромбоцитоз
- В) редкое развитие гломерулонефрита
- Г) анкилозирование суставов

**3299. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ, В МОЧЕ ОБНАРУЖЕНА ПРОТЕИНУРИЯ ДО 3,5 Г/Л. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ**

- А) амилоидоза почек
- Б) хронического пиелонефрита
- В) хронического гломерулонефрита
- Г) миеломной болезни

**3300. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) неэрозивный характер артрита
- Б) наличие стойких артралгий
- В) острый моноартрит сустава большого пальца
- Г) наличие утренняя скованности более 1 часа

**3301. ДЛЯ УРОГЕННОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) конъюнктивит
- Б) развитие гломерулонефрита
- В) анкилозирование суставов
- Г) повышение титра антител к ДНК

**3302. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ИЛЕОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА, СИНДЕСМОФИТЫ И КВАДРАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) анкилозирующего спондилита
- Б) ревматоидного артрита
- В) деформирующего остеоартроза
- Г) подагры

**3303. У ПАЦИЕНТА 23 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА, ДИАГНОЗУ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ**

- А) ритм «перепела» при аусcultации сердца
- Б) неэрозивный характер артрита и «летучие» артралгии
- В) sistолический шум на верхушке сердца Г)
- обострение хронического тонзиллита

**3304. СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) гранулематоза Вегенера
- Б) системной красной волчанки
- В) геморрагического васкулита
- Г) амилоидоза

**3305. СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АСИММЕТРИЧНЫМ ПОЛИНЕВРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) узелкового полиартериита
- Б) системной красной волчанки
- В) амилоидоза с поражением почек
- Г) геморрагического васкулита

**3306. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ЧАЩЕ У МУЖЧИН И ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ГЕМАТУРИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ И АБДОМИНАЛГИЯМИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха)
- Б) гематурический гломерулонефрит (болезнь Берже)
- В) узелковый периартериит
- Г) системная красная волчанка

**3307. ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ПРАВОЙ СОННОЙ АРТЕРИЕЙ, ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ И АД 180/120 ММ РТ.СТ. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) неспецифического аортоартериита
- Б) системной красной волчанки
- В) фибромускуллярной мультисосудистой гиперплазии
- Г) облитерирующего тромбангиита

**3308. ПРИ НАЛИЧИИ ПОХОЛОДАНИЯ, БОЛИ И ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА ПАЛЬЦЕВ РУК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХОЛОДА В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ, ПОЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ АРТРИТА МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И ЗАПЯСТИЙ, УПЛОТНЕНИИ КОЖИ ЛИЦА, ЗАТРУДНЕНИИ ПРИ ГЛОТАНИИ ТВЕРДОЙ ПИЩИ И НАЛИЧИИ ЕДИНИЧНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫХ КЛЕТОК НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ**

- А) «системная склеродермия»
- Б) «опухоль пищевода»
- В) «системная красная волчанка»
- Г) «дерматомиозит»

**3309. ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ**

- А) отложение в тканях уратов
- Б) отложение в тканях холестерина
- В) остеофиты
- Г) уплотнение подкожной клетчатки

**3310. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СКВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- А) гломерулонефрита
- Б) амилоидоза
- В) пиелонефрита
- Г) папиллярного некроза

**3311. ИЗ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) крупноочаговый кардиосклероз
- Б) митральный стеноз
- В) аортальная недостаточность
- Г) асептический бородавчатый эндокардит

**3312. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ СЕЗОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ**

- А) Бициллин
- Б) Дигоксин
- В) Делагил
- Г) Ампициллин

**3313. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ОКАЖЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ**

- А) позвоночника и костей таза
- Б) голеностопных суставов
- В) тазобедренных суставов
- Г) коленных суставов

**3314. ИЗ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНİТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) системной красной волчанки
- Б) дерматомиозита
- В) системной склеродермии
- Г) синдрома Шегрена

**3315. ИЗ ПОРЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

- А) эзофагита
- Б) язв желудка и 12-перстной кишки
- В) антрального гастрита
- Г) проктосигмоидита

**3316. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ МЫШЕЧНОГО ПОРЖЕНИЯ ПРИ ПОЛИМИОЗИТЕ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) затруднение при расчесывании волос
- Б) затруднение при отворачивании бутылочной пробки
- В) асимметрия мышц лица
- Г) боль в мышцах

**3317. К ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ АНЕМИИ НЕЗАВИСИМО ОТ ГЕНЕЗА ОТНОСЯТСЯ**

- А) одышка, бледность
- Б) кровоточивость, боли в костях
- В) увеличение селезенки, лимфатических узлов
- Г) неврологические нарушения

**3318. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕТИКУЛОЦИТОВ В КРОВИ  
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) гемолитической анемии
- Б) хронической кровопотери
- В) апластической анемии
- Г) анемии при хронических заболеваниях

**3319. К ПРИЗНАКАМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ОТНОСЯТ**

- А) ломкость ногтей и выпадение волос
- Б) иктеричность кожи и склер
- В) увеличение печени
- Г) парестезии

**3320. АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ И ТРЕЩИНЫ КОЖИ ПРИ ОСМОТРЕ  
ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ**

- А) сидеропеническом синдроме
- Б) геморрагическом синдроме
- В) обезвоживании организма
- Г) гиперэстрогенемии

**3321. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В12 В ОТЛИЧИЕ ОТ ДЕФИЦИТА  
ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) фуникулярным миелозом
- Б) макроцитарной анемией
- В) гиперхромной анемией
- Г) мегалобластическим кроветворением

**3322. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ  
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) хронической почечной недостаточности
- Б) синдроме Иценко-Кушинга
- В) акромегалии
- Г) В12-дефицитной анемии

### **3323. ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ**

- А) анемия пропорциональна тяжести хронической почечной недостаточности и обусловлена снижением синтеза эритропоэтина почками
- Б) анемия обусловлена хроническим дефицитом В12 и фолиевой кислоты
- В) анемия чаще всего связана с хронической кровопотерей
- Г) для коррекции достаточно применения препаратов железа

### **3324. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СЕПСИСЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) билатеральными инфильтратами на рентгенограмме
- Б) субтотальным поражением легочной ткани
- В) экссудативным плевритом
- Г) легочной гипертензией

### **3325. ВЫСОКАЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) хронической болезни почек 5 стадии
- Б) гипертиреоза
- В) гипертонической болезни
- Г) атеросклероза аорты

### **3326. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 150/110 ММ РТ СТ И ОБНАРУЖЕНИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ПРОТЕИНУРИЯ 0,8 Г/Л В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ**

- А) суточную протеинурию и исследование креатинина крови
- Б) велоэргометрию
- В) исследование ванилилминдальной кислоты в моче
- Г) определение гормонов щитовидной железы

**3327. ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, НО ПРИ НАРАСТАНИИ ЯВЛЕНИЙ ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) направление на хирургическое лечение
- Б) смена антибиотика
- В) процедура плазмафереза
- Г) увеличение дозы диуретиков и добавление бетаблокаторов

**3328. «БОЛЬШИМИ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ DUKE-КРИТЕРИЯМИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) вегетации/деструкции клапанов сердца и положительная гемокультура
- Б) порок сердца и гломерулонефрит
- В) внутривенное употребление наркотиков и фебрильная лихорадка
- Г) фебрильная лихорадка и порок сердца

**3329. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ**

- А) синдром, обусловленный системным действием опухоли на макроорганизм
- Б) множественные отдаленные гематогенные метастазы опухоли В)  
множественные регионарные лимфогенные метастазы опухоли
- Г) последствия полихимиотерапии по поводу злокачественной опухоли

**3330. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) полуисинтетические пенициллины
- Б) тетрациклины
- В) Левомицетин
- Г) фторхинолоны

**3331. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ**

- А) развития инфаркта миокарда
- Б) тромбоэмболии мозговых сосудов
- В) развития легочной гипертензии
- Г) развития венозной недостаточности

**3332. АНГИОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) подъемом ST в период боли
- Б) депрессией ST в период боли
- В) появлением патологического зубца Q в период боли
- Г) появлением отрицательного зубца Т в период боли

**3333. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭХОКГ ХАРАКТЕРЕН**

- А) локальный гипокинез
- Б) диффузный гиперкинез
- В) диффузный гипокинез
- Г) локальный гиперкинез

**3334. КОНКОРДАНТНЫЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ**

- А) сухого перикардита
- Б) экссудативного перикардита
- В) констриктивного перикардита
- Г) стабильной стенокардии

**3335. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) отсутствием зубцов Р
- Б) одинаковыми интервалами R-R
- В) наличием преждевременных комплексов QRS
- Г) укорочением интервалов PQ

**3336. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) атриовентрикулярной блокаде III степени
- Б) одиночной желудочковой экстрасистолии
- В) синоатриальной блокаде I степени
- Г) атриовентрикулярной блокаде I степени

**3337. КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ КРИЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ**

- А) феохромоцитоме
- Б) болезни Иценко-Кушинга
- В) синдроме Конна
- Г) сахарном диабете

**3338. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) субэндомиокардиальная биопсия
- Б) рентгенография органов грудной полости
- В) ЭКГ
- Г) суточное мониторирование ЭКГ

**3339. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) желудочковая аритмия
- Б) стенокардия напряжения
- В) развитие сердечной недостаточности
- Г) полная блокада левой ножки пучка Гиса

**3340. ПРИЗНАКОМ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
- Б) диффузный цианоз
- В) снижение АД без гипотензивной терапии
- Г) появление патологического зубца Q на ЭКГ

**3341. ОБЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ МИОКАРДИТА И ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кардиомегалия
- Б) отсутствие дуг по контурам сердечной тени
- В) отсутствие застоя в легких
- Г) укорочение тени сосудистого пучка

**3342. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕЗАГРЕГАНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) неконтролируемая АГ
- Б) стенокардия напряжения
- В) нестабильная стенокардия
- Г) острый инфаркт миокарда

**3343. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ УСИЛЕНИЯ ОДЫШКИ, ПОЯВЛЕНИЯ ОТЕКОВ И УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АКШ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИКОАГУЛЯНТОВ ЯВИЛОСЬ РАЗВИТИЕ**

- А) гемоперикарда
- Б) гидроперикарда
- В) повторного инфаркта миокарда
- Г) инфекционного экссудативного перикардита

**3344. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИБС И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ**

- А) коронарография
- Б) возраст и пол больного
- В) высокий уровень липидов в плазме
- Г) эхокардиография

**3345. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ХСН ПРИ ИБС**

- А) эксцентрическая гипертрофия миокарда
- Б) оглушенный миокард
- В) постинфарктный кардиосклероз
- Г) гибернация миокарда

**3346. К АТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) ЛПВП
- Б) ЛПОНП
- В) ЛПНП
- Г) хиломикроны

**3347. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОТНОСЯТ**

- А) аномалии развития клапанов сердца, экстракцию зубов, протезированные клапаны сердца
- Б) протезированные клапаны сердца
- В) экстракцию зубов
- Г) аномалии развития клапанов сердца

**3348. КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ**

- А) неполного смыкания створок митрального клапана вследствие их органического изменения
- Б) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
- В) дисфункция папиллярных мышц
- Г) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте

**3349. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) легочный инфильтрат
- Б) ателектаз
- В) повышенная воздушность легких
- Г) ячеистость легочного рисунка

**3350. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ ОБНАРУЖИВАЮТ**

- А) гипертрофию и дилатацию правых отделов сердца
- Б) гипертрофию и дилатацию левых отделов сердца
- В) дилатацию всех камер сердца
- Г) гипертрофию левого желудочка

**3351. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЕ ВЫПОТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ**

- А) глистной инвазии
- Б) травме
- В) пневмонии
- Г) туберкулезе

**3352. ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТЬЮ ЛЁГКИХ НАЗЫВАЮТ**

- А) максимальный объем воздуха, который попадает в лёгкие при вдохе и выходит при выдохе
- Б) максимальный объем воздуха, который выходит из лёгких при выдохе
- В) максимальный объем воздуха, который попадает в лёгкие при вдохе
- Г) объем, вдыхаемый за определенное время во время выполнения маневра форсированной ёмкости лёгких вдоха

**3353. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ КРОВОХАРКАНЬЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхоэкститическая болезнь
- Б) эмфизема легких
- В) бронхиальная астма
- Г) бронхит

**3354. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КРИТЕРИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) S-тип ЭКГ
- Б) выраженное отклонение оси QRS влево
- В) смещение переходной зоны вправо
- Г) нарушение процессов реполяризации

**3355. ПРИЧНОЙ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИИ КРОВИ И ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ В ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ**

- А) аллергический бронхолегочный аспергиллез
- Б) экзема
- В) внутрибольничная пневмония
- Г) обострение бронхита

**3356. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение выдоха
- Б) акроцианоз
- В) нарушение вдоха
- Г) гипертермия

**3357. ВЕРНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ, КАСАЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более
- Б) наличие приступов удушья
- В) обратимый характер бронхиальной обструкции
- Г) очаговый характер заболевания дыхательных путей

**3358. РАЗВИТИЕ АБСЦЕССА ЛЁГКОГО ВЫЗЫВАЕТ**

- А) золотистый стафилококк
- Б) палочка Пфейффера
- В) пневмококк
- Г) стрептококк

**3359. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ, НАБЛЮДАЮЩИМСЯ ПРИ БРОНХОГЕННОМ РАКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) синдром Иценко-Кушинга
- Б) увеличение шейных лимфоузлов
- В) дисфония
- Г) гипотермия

**3360. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ, ПРИНИМАЮЩЕЙ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ БОЛЕЕ ГОДА, С ЖАЛОБАМИ НА ОДЫШКУ, СУБФЕБРИЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ, МОКРОТУ ПРИ КАШЛЕ С ПРОЖИЛКАМИ КРОВИ И БОЛЬ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «тромбоэмболия легочной артерии»
- Б) «спонтанный пневмоторакс»
- В) «острый коронарный синдром»
- Г) «бронхоэктатическая болезнь»

**3361. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У БОЛЬНОГО С СИММЕТРИЧНЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, КОРОБОЧНЫМ ЗВУКОМ ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННЫМ ВЕЗИКУЛЯРНЫМ ДЫХАНИЕМ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ**

является А) «эмфизема лёгких» Б)

«плеврит» В) «гидропневмоторакс» Г)

«пневмония»

**3362. ПОВЫШЕНИЕ КОНЬЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА, ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, Г-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

А) холестатического синдрома

Б) цитолитического синдрома

В) синдрома печеночно-клеточной недостаточности

Г) гиперспленизма

**3363. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ, ВНОСИМЫМ В ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ РИБАВИРИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) двойная контрацепция

Б) строгое соблюдение диеты

В) резкое ограничение физических нагрузок

Г) категорический отказ от приема психотропных средств

**3364. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТ**

А) телеангиэктазии

Б) остеопороз

В) узлы Бушара

Г) параорбитальный отек

**3365. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) АЛТ
- Б) щелочная фосфатаза
- В) альбумин
- Г) холестерин

**3366. БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА АЛКОГОЛЬНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ**

- А) десахарированного трансферрина
- Б) аминотрансфераз
- В) билирубина
- Г) щелочной фосфатазы

**3367. ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- А) первичного билиарного цирроза
- Б) хронического гепатита С
- В) аутоиммунного гепатита
- Г) болезни Вильсона

**3368. АНЕМИЯ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, БЛАСТОЗ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) острого лейкоза
- Б) эритремии
- В) апластической анемии
- Г) В-12 дефицитной анемии

**3369. СУТОЧНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 3,5 Г, НАЛИЧИЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА, ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) миеломной болезни
- Б) нефротического синдрома
- В) макроглобулинемии Вальденстрема
- Г) доброкачественной моноклональной гаммапатии

**3370. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛЕЙКОЦИТОЗ С ЛИМФОЦИТОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) хронического лимфолейкоза
- Б) хронического миелолейкоза
- В) лимфогранулематоза
- Г) острого лимфобластного лейкоза

**3371. ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ, НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ОТСУТСТВИЕ СУЩЕСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) болезни Рандю-Ослера
- Б) болезни Верльгофа
- В) болезни Шенлейн-Геноха
- Г) гемофилии

**3372. ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ ГЕМОЛИЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) наследственного сфероцитоза
- Б) болезни Маркиафавы-Микелли
- В) апластической анемии
- Г) дефицита глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы

**3373. ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА ЧАЩЕ ВСЕГО И ПРЕИМУЩЕСТВЕННО**

- А) поражаются мелкие сосуды - капилляры и артериолы
- Б) поражаются сонные артерии и яремные вены
- В) поражается аорта
- Г) поражается лёгочная артерия

**3374. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРНАЯ МОЧА, ТО МОЖНО ДУМАТЬ О/ОБ**

- А) анемии Маркиафавы-Микелли
- Б) апластической анемии
- В) наследственном сфероцитозе
- Г) серповидно-клеточной анемии

**3375. ПАНЦИТОПЕНИЯ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА И УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) аутоиммунной панцитопении
- Б) наследственного сферацитоза
- В) талассемии
- Г) болезни Маркиафавы-Микелли

**3376. ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ГЕМОЛИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) гемоглобинурией
- Б) повышением уровня непрямого билирубина
- В) повышением уровня прямого билирубина
- Г) уробилинурией

**3377. КРИТЕРИЕМ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО БЛАСТОВ В СТЕРНАЛЬНОМ ПУНКТАТЕ МЕНЕЕ (%)**

- А) 5
- Б) 1
- В) 7
- Г) 10

**3378. ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ**

- А) относится к миелопролиферативным заболеваниям
- Б) характеризуется панцитопенией
- В) возникает у больных с острым лимфобластным лейкозом
- Г) возникает у больных с острым миелобластным лейкозом

**3379. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ**

- А) число мегакариоцитов в костном мозге увеличено
- Б) число мегакариоцитов в костном мозге снижено
- В) не возникают кровоизлияния в мозг
- Г) характерно увеличение печени

**3380. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) времени свертываемости
- Б) времени кровотечения
- В) плазминогена
- Г) фибриногена

**3381. ЛЕЙКЕМОИДНЫЕ РЕАКЦИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) септических состояниях
- Б) иммунном гемолизе
- В) анемическом синдроме
- Г) лейкозах

**3382. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
- Б) гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
- В) гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунквате
- Г) микроцитоз, мишеневидные эритроциты

**3383. ВНУТРЕННИЙ ФАКТОР КАСТЛА ОБРАЗУЕТСЯ В**

- А) фундальной части желудка
- Б) двенадцатиперстной кишке
- В) тонкой кишке
- Г) толстой кишке

**3384. ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНОГО С НАСЛЕДСТВЕННЫМ СФЕРОЦИТОЗОМ**

- А) могут возникнуть тромбозы легочных и мезентериальных сосудов
- Б) серьезных осложнений не возникает
- В) может возникнуть тромбоцитопенический синдром
- Г) возникает эритроцитоз

**3385. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ В КЛИНИКЕ ИММУННЫМИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) аутоиммунные, при которых антитела вырабатываются против собственного неизменного антигена
- Б) изоиммунные, связанные с образованием антител при гемотрансфузиях
- В) гаптеновые
- Г) иммунные, связанные с нарушением антигенной структуры тромбоцита или с появлением нового антигена

**3386. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ИЗМЕНЕНИЕМ ИММУНОГРАММЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение уровня комплемента
- Б) снижение ЦИКов
- В) изменение показателей Ig M
- Г) изменение показателей Ig G

**3387. К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ОТНОСЯТ**

- А) «горбы» - иммунные комплексы на наружной стороне базальной мембранны, покрыты малыми отростками подоцитов
- Б) экстракапиллярные депозиты
- В) тромбозы канальцев клубочков
- Г) мезангимальную пролиферацию

**3388. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) миеломной нефропатии
- Б) волчаночного нефрита
- В) дисметаболической нефропатии
- Г) лекарственной нефропатии

**3389. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) первичная задержка натрия вследствие иммунного поражения базальной мембранны клубочка
- Б) растормаживание РААС
- В) гиперсимпатикотония
- Г) снижение депрессорных механизмов

**3390. СОДЕРЖАНИЕ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ПРОБЕ НЕЧИПОРЕНКО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) в 1 миллилитре мочи
- Б) в поле зрения микроскопа
- В) в суточном количестве мочи
- Г) в 100 мл мочи

**3391. СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) потере отрицательного заряда клубочкового фильтра
- Б) повышении концентрации белка в плазме
- В) повреждении клубочкового фильтра лизосомальными ферментами
- Г) повреждении эпителия канальцев

**3392. ПРИ ГЕМАТУРИИ, СВЯЗАННОЙ С БОЛЕЗНЬЮ БЕРЖЕ, В ИММУНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- А) повышение IgA
- Б) повышение Ig G
- В) повышение IgM
- Г) снижение комплемента

**3393. К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТРИТА, ОТНОСЯТ**

- А) повышение кожной температуры над суставами и припухлость суставов
- Б) механическую боль
- В) хруст в суставе
- Г) гиперпигментацию кожи над пораженными суставами

**3394. ДИАГНОЗ «ПОДАГРА» МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ**

- А) артрита плюснефалангового сустава
- Б) болей механического типа в суставах
- В) утренней скованности
- Г) повышения уровня трансамина в крови

**3395. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лейкопения
- Б) эритроцитоз
- В) тромбоцитоз
- Г) лейкоцитоз

**3396. ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ**

- А) исчезает
- Б) значительно усиливается
- В) незначительно усиливается
- Г) уменьшается

**3397. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) остеофитозом
- Б) множественными эрозиями суставных поверхностей
- В) остеопорозом
- Г) симптомом «пробойника»

**3398. CREST-СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ**

- А) синдрома Рейно
- Б) миозита
- В) кардита
- Г) пиелонефрита

**3399. ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ**

- А) параорбитальный отек
- Б) васкулитную «бабочку»
- В) кольцевидную эритему
- Г) синдром Рейно

**3400. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) утренней скованностью более часа
- Б) асимметричностью поражения суставов
- В) поражением дистальных межфаланговых суставов
- Г) выраженной гиперемией в области суставов

**3401. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ**

- А) эрозии суставной поверхности
- Б) остеофитоз
- В) межпозвоночные оссификаты
- Г) односторонний сакроилиит

**3402. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ УРЕМИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) препаратов эритропоэтина
- Б) внутривенных препаратов железа
- В) Фолиевой кислоты
- Г) Цианокобаламина

**3403. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТАЛАССЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) Десферал
- Б) лечение препаратами железа
- В) Фолиевую кислоту
- Г) Витамин В12

**3404. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВС СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) свежезамороженную плазму
- Б) сухую плазму
- В) переливание эритроцитарной массы
- Г) переливание тромбоцитарной массы

**3405. ГАПТЕНОВЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ**

- А) анальгетиками и сульфаниламидными препаратами
- Б) цитостатиками
- В) Дипиридамолом
- Г) антикоагулянтами

**3406. К АНАЛОГАМ НУКЛЕОЗИДОВ ОТНОСИТСЯ**

- А) Рибавирин
- Б) Ледипасвир
- В) Омбитасвир
- Г) Паритапревир

**3407. К ГАСТРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Ребамипид
- Б) Омепразол
- В) Фамотидин
- Г) Атропин

**3408. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ НА ФОНЕ  
ПРИЕМА**

- А) Целекоксиба
- Б) Индометацина
- В) Ацетилсалициловой кислоты
- Г) Диклофенака

**3409. В ЛЕЧЕНИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) прокинетики
- Б) спазмолитики
- В) желчегонные препараты
- Г) панкреатические ферменты

**3410. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) блокаторов протонного насоса
- Б) М-холиноблокаторов
- В) блокаторов гистаминовых H1рецепторов
- Г) блокаторов гистаминовых H2рецепторов

**3411. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАН**

- А) Верапамил
- Б) Лидокаин
- В) Периндоприл
- Г) Нифедипин

**3412. К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТНОСЯТ**

- А) глюкокортикоиды
- Б) антибиотики
- В) Теофиллин
- Г) Эуфиллин

**3413. ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЮТ**

- А) Бисопролол
- Б) Дипиридамол
- В) Аторвастатин
- Г) Изосорбигид динитрат

**3414. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

- А) нерегулярные ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия
- Б) ежедневные введения противовоспалительных препаратов
- В) ежедневные введения бронходилататоров пролонгированного действия
- Г) системные глюокортикоиды

**3415. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ИЗ-ЗА ТЕРАТОГЕННОГО ЭФФЕКТА АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) антагонисты Са
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) диуретики

**3416. К ГРУППЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ ОТНОСИТСЯ**

- А) Периндоприл
- Б) Валсартан
- В) Атенолол
- Г) Бисопролол

**3417. АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЕТ**

- А) Изосорбida динитрат
- Б) Дипиридамол
- В) Розувастатин
- Г) Гепарин

**3418. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ТРАНСМУРАЛЬНЫМ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проведение дефибрилляции
- Б) введение Строфантина
- В) введение Пропранолола
- Г) введение Кордарона

**3419. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАН**

- А) Кордарон
- Б) Нифедипин
- В) Дигоксин
- Г) Амлодипин

**3420. АНТИАГРЕГАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Аспирин
- Б) Гепарин
- В) Стреотокиназа
- Г) Варфарин

**3421. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННАЯ**

- А) осматривается врачом-терапевтом трижды за беременность
- Б) врачом-терапевтом не осматривается
- В) осматривается врачом-терапевтом каждый месяц
- Г) осматривается врачом-терапевтом в начале и в конце беременности

**3422. ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ОТСУТСТВИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННАЯ**

- А) осматривается врачом-терапевтом при постановке на учет в женскую консультацию, в 32 и 36-37 недель
- Б) осматривается врачом-терапевтом при постановке на учет в женскую консультацию
- В) осматривается врачом-терапевтом непосредственно перед родоразрешением
- Г) врачом-терапевтом не осматривается

**3423. К ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ЭКГ  
ОТНОСЯТ**

- А) глубокие зубцы SI, QIII
- Б) острую блокаду левой ножки пучка Гиса
- В) резкую перегрузку левого предсердия
- Г) резко отрицательный зубец TIII

**3424. В ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ МИНИМУМ ЛАБОРАТОРНЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛИТЕЛЬНО ЛИХОРАДЯЩИХ БОЛЬНЫХ ВХОДЯТ**

- А) определение в мазке малярийных плазмодиев, бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы
- Б) определение в мазке малярийных плазмодиев
- В) бактериологические посевы мочи, кала и крови до 3-6 раз
- Г) общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

**3425. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ  
ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА СЛУЖИТ**

- А) одышка
- Б) боли в грудной клетке
- В) кашель
- Г) кровохарканье

**3426. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ, ТРЕБУЮЩИМ  
ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ  
ГИПЕРТЕРИИ, ОТНОСЯТ**

- А) пневмонию, лихорадку лекарственного происхождения, туберкулез
- Б) пневмонию
- В) лихорадку лекарственного происхождения
- Г) туберкулез

**3427. ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) запись ЭКГ, купирование болевого синдрома, Аспирин 0,325, Плавикс 100 мг и госпитализация
- Б) запись ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
- В) выдача направления на плановую госпитализацию Г)
- амбулаторное обследование

**3428. ТАКТИКОЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) запись ЭКГ на месте, купирование болевого синдрома, Аспирин и тромболитики, срочная госпитализация по скорой помощи
- Б) введение спазмолитиков и проведение наблюдения
- В) направление больного самостоятельно в стационар на госпитализацию
- Г) проведение амбулаторного лечения, а при неэффективности – направление в стационар на госпитализацию

**3429. ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка
- Б) ревматизм, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
- В) лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
- Г) ревматизм, диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода

**3430. ПРИ ОСТРОМ ИМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ РАНЬШЕ ДРУГИХ ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ**

- А) миоглобина
- Б) КФК
- В) ЛДГ
- Г) АсТ

**3431. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эндомиокардиальная биопсия
- Б) эхокардиография
- В) сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
- Г) сцинтиграфия миокарда в покое

**3432. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ЭхоКГ
- Б) ЭКГ
- В) рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- Г) коронароангиография

**3433. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИТА И ИБС, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) коронарография
- Б) электрокардиография
- В) эхокардиография
- Г) внутрисердечное электрофизиологическое исследование

**3434. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) величина протеинурии и уровень холестерина сыворотки
- Б) уровень креатинина крови
- В) величина клубочковой фильтрации
- Г) уровень гемоглобина крови

**3435. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) «симптом пробойника»
- Б) образование костных каверн
- В) значительное разрушение хряща
- Г) околосуставной эпифизарный остеопороз

**3436. БРОНХОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХОБЛ**

- А) является дополнительным методом при диагностике для исключения других заболеваний и состояний, протекающих с аналогичными симптомами.
- Б) является основным методом диагностики ХОБЛ
- В) для диагностики не применяется
- Г) применяется только вместе с биопсией бронхов

**3437. ЭОЗИНОФИЛИЯ В МОКРОТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) бронхиальной астмы
- Б) острого бронхита
- В) хронического бронхита
- Г) пневмонии

**3438. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «КАРДИОМИОПАТИЯ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ЭхоКГ
- Б) ЭКГ
- В) рентгенография органов грудной полости
- Г) УЗИ почек

**3439. АНГИОГРАФИЯ СОСУДОВ ПОЧЕК ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ**

- А) поражения почечных сосудов
- Б) мочекаменной болезни
- В) миеломной болезни
- Г) хронического пиелонефрита

**3440. АМБУЛАТОРНО ПНЕВМОНИЮ ЛЕЧАТ**

- А) у молодых больных при легком или среднетяжелом течении заболевания
- Б) по просьбе пациента
- В) у пожилых пациентов
- Г) у лиц с сахарным диабетом

**3441. НАПРАВЛЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫДАЕТСЯ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ НАЛИЧИИ**

- А) артериальной гипертензии
- Б) бессимптомной бактериурии
- В) железодефицитной анемии легкой степени
- Г) артериальной гипотензии

**3442. К ПОКАЗАНИЯМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ ОТНОСЯТ**

- А) отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии, одышку выше 30 в минуту, возраст старше 70 лет
- Б) отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии
- В) одышку выше 30 в минуту
- Г) возраст старше 70 лет

**3443. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Метилдопа
- Б) Эналаприл
- В) Бисопролол
- Г) Фуросемид

**3444. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) антибиотики, отхаркивающие
- Б) антибиотики, диуретики
- В) бронхолитики, глюкокортикоиды
- Г) бронхолитики, диуретики

**3445. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) Амоксиклав
- Б) Пенициллин
- В) Сульфодимезин
- Г) Эритромицин

**3446. ГРУППОЙ АНТИБИОТИКОВ, НЕ ПОКАЗАННЫХ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) аминогликозиды
- Б) цефалоспорины
- В) пенициллины
- Г) макролиды

**3447. ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БЕРЕМЕННЫЕ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА**

- А) 70 г/л и ниже
- Б) 90 г/л и ниже
- В) 100 г/л и ниже
- Г) 80 г/л и ниже

**3448. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ БУДЕТ**

**СОСТАВЛЯТЬ** А) 3 – 4 месяца Б) 1 месяц В) 2 – 3 месяца Г) 2 недели

**3449. ПРЕПАРАТОМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Цианокобаламин
- Б) Преднизолон
- В) Гепарин
- Г) Метилдопа

**3450. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ**

- А) нестероидными противовоспалительными средствами
- Б) хондропротекторами
- В) кортикостероидами
- Г) иммобилизацией пораженных суставов

**3451. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ  
НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ**

- А) нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюокортикоиды
- Б) глюокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин
- В) ингибиторы протоновой помпы, диуретики, глюокортикоиды
- Г) блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства

**3452. АНТИОКСИДАНТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЛЕЧЕНИИ ХОБЛ,  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) N-ацетилцистеин
- Б) Амброксол
- В) Витамин Е
- Г) Цитрохром Р

**3453. ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ОИМ ЭФФЕКТИВЕН В ПЕРВЫЕ (ЧАС)**

- А) 6
- Б) 14
- В) 16
- Г) 2

**3454. УЛУЧШИТЬ ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ  
КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПОЗВОЛЯЮТ**

- А) β-блокаторы
- Б) непрямые антикоагулянты
- В) нитраты
- Г) антибиотики

**3455. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ  
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

- А) кортикостероиды и цитостатики
- Б) антикоагулянты
- В) антибиотики
- Г) нестероидные противовоспалительные препараты

**3456. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) недостаточность кровообращения IIБ стадии
- Б) единичная экстрасистолия
- В) АВ-блокада I степени
- Г) сахарный диабет 2 типа

**3457. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХСН ВОЗМОЖНО ПРИ**

- А) ХСН ФК II
- Б) отеке легких
- В) ХСН ФК IV
- Г) наличии отеков

**3458. ПОКАЗАНИЕМ К САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) период ремиссии
- Б) смена времени года
- В) обострение заболевания
- Г) дообследование пациента

**3459. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ  
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К САНАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ  
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

- А) компенсированный сахарный диабет
- Б) пароксизмальная желудочковая тахикардия
- В) тромбоэмбологические осложнения в остром периоде
- Г) ранняя постинфарктная стенокардия

**3460. МЕРОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) введение противогриппозной вакцины
- Б) изоляция больных
- В) ношение четырехслойной маски
- Г) кварцевание помещений

**3461. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖНО ОТНЕСТИ**

- А) своевременную и адекватную терапию, своевременное проведение вакцинации от гриппа, прекращение контакта с аллергеном
- Б) своевременную и адекватную терапию
- В) своевременное проведение вакцинации от гриппа
- Г) прекращение контакта с аллергеном

**3462. ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

- А) хронических заболеваний
- Б) острых заболеваний
- В) несчастных случаев
- Г) различных травм

**3463. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВОДИТСЯ К**

- А) контролю уровня гликемии
- Б) коррекции гипертонии
- В) назначению инсулина
- Г) назначению малобелковой диеты

**3464. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

- А) иммунобиологических и противовирусных препаратов
- Б) антибактериальных препаратов в профилактических целях
- В) иммунобиологических препаратов Г) противовирусных препаратов

**3465. ВРАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЮТ**

- А) диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу, санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации
- Б) диагностику и лечение заболеваний, санитарно-просветительную работу, ведение оперативно-учетной документации
- В) санитарно-просветительную работу, противоэпидемическую работу, ведение оперативно-учетной документации
- Г) диагностику и лечение заболеваний, профилактическую работу

**3466. ПО ДАННЫМ ВОЗ, ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СЧИТАЮТСЯ Лица старше (год)**

- А) 60
- Б) 50
- В) 70
- Г) 80

**3467. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) листок нетрудоспособности
- Б) выписка из истории болезни стационарного больного
- В) индивидуальная программа реабилитации инвалида
- Г) справка станции скорой медицинской помощи

**3468. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ**

- А) юридическую, финансовую, статистическую
- Б) государственную, финансовую, диагностическую
- В) финансовую, статистическую, диагностическую
- Г) государственную, юридическую

**3469. ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РОЖДЕНИЯ ЖИВОГО РЕБЕНКА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ НА СРОК (ДЕНЬ)**

- А) 140
- Б) 86
- В) 156
- Г) 180

**3470. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГАСТРИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)**

- А) 6-7
- Б) 3-4
- В) 16-18
- Г) 12-14

**3471. СРОКИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)**

- А) 10–14
- Б) 7–10
- В) 14–21
- Г) 21–42

**3472. СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЛЮМЕРУЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)**

А) 45-50

Б) 30-40

В) 60-80

Г) 80-100

**3473. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I – II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)**

А) 30–45

Б) 15–20

В) 21–30

Г) 7–14

**3474. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)**

А) 15–20

Б) 7–10

В) 10–14

Г) 5–7

**3475. БЕССРОЧНО 1 ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ У БОЛЬНОГО С**

А) ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе

Б) ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе

В) ХСН ФК I и II

Г) ХСН с отеком легких

**3476. ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ**

- А) врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию
- Б) врачи санэпиднадзора, врачи бальнеогрязелечебниц, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию
- В) врачи бальнеогрязелечебниц, врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию
- Г) врачи санэпиднадзора, врачи амбулаторно-поликлинических учреждений

**3477. УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

- А) медико-социальная экспертная комиссия
- Б) заведующий отделением
- В) врачебная комиссия медицинской организации
- Г) лечащий врач

**3478. 1 ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

- А) здоровые: осмотр не менее 1 раза в год
- Б) практически здоровые: осмотр 1-2 раза в год (угрожаемые по хронизации патологии, частые ОРВИ, как первичная профилактика ХНЗЛ)
- В) больные, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации (обострения редкие, лечение эффективно, вне обострения сохраняют трудоспособность), осмотр 2 раза в год
- Г) больные, имеющие хронические заболевания в стадии субкомпенсации, осмотр 4 раза в год

**3479. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА РАКОВОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭЗОФАГИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дисфагия
- Б) боль при глотании
- В) икота
- Г) изжога

**3480. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ  
ПЕРИСТАЛЬТИКИ В ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ПРИ  
НОРМАЛЬНОЙ МОТОРИКЕ В ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ  
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) системной склеродермии
- Б) ахалазии пищевода
- В) эзофагита
- Г) пищевода Баррета

**3481. НАЛИЧИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО  
ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) пищевода Баррета
- Б) эзофагита
- В) склеродермии
- Г) ахалазии пищевода

**3482. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ  
ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ», НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) дуоденальное зондирование
- Б) анализ желудочного сока
- В) рентгенография желудка
- Г) гастроскопия

**3483. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА  
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) хеликобактерной инфекции
- Б) острого гастрита
- В) аутоиммунного гастрита
- Г) гранулематозного гастрита

**3484. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уровень гастрин в крови
- Б) базальная кислотопродукция
- В) максимальная кислотопродукция
- Г) биопсия слизистой оболочки желудка

**3485. УСИЛИВАЮТ ДИАРЕЮ ПРИ ЦЕЛИАКИИ СПРУ**

- А) белые сухари
- Б) рис
- В) кукуруза
- Г) мясо

**3486. ГИПЕРТОНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) ахалазии
- Б) склеродермии
- В) хронического рефлюкс-эзофагита
- Г) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

**3487. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРОПИЧЕСКОЙ СПРУ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) абсорбционный тест
- Б) рентгенологическое исследование
- В) гематологическая картина
- Г) копрологическое исследование

**3488. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- А) потеря желчных кислот со стулом
- Б) недостаточность поджелудочной железы
- В) диарея
- Г) повреждение слизистой оболочки толстой кишки

**3489. ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О**

- А) синдроме раздраженной кишки
- Б) ахлоргидрии
- В) гранулематозном колите
- Г) глютеновой энтеропатии

**3490. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОДЕРМИИ И АХАЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рентгеноскопия
- Б) биопсия пищевода
- В) эзофагоскопия
- Г) атропиновый тест

**3491. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН**

- А) акроцианоз
- Б) диффузный цианоз
- В) цианоз с желтушным оттенком
- Г) локальный цианоз нижних конечностей

**3492. К КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ВО ВРЕМЯ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ПРОХОДИТ РАССТОЯНИЕ, РАВНОЕ 350 М?**

- А) II функциональный класс NYHA
- Б) I функциональный класс NYHA
- В) III функциональный класс NYHA
- Г) IV функциональный класс NYHA

**3493. К КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО ГЕМОДИНАМИКА НЕ НАРУШЕНА, ИМЕЕТ МЕСТО СКРЫТАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, БЕССИМПТОМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ?ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

- А) I стадия ХСН (по классификации ОССН)
- Б) IIА стадия ХСН (по классификации ОССН)
- В) IIБ стадия ХСН (по классификации ОССН)
- Г) III стадия ХСН (по классификации ОССН)

**3494. ПРИ УРОВНЕ Н-КОНЦЕВОГО ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ВЫШЕ \_\_\_\_\_ ПГ/МЛ ВЕРОЯТНОСТЬ ДИАГНОЗА «ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» ВЫСОКА**

- А) 125
- Б) 400
- В) 600
- Г) 800

**3495. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КОНА ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ**

- А) повышение концентрации альдостерона
- Б) повышение активности ренина плазмы
- В) снижение концентрации альдостерона
- Г) повышение уровня катехоламинов

**3496. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ПРОТЕКАЮЩАЯ С КРИЗАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТООТДЕЛЕНИЕМ, БЛЕДНОСТЬЮ ЛИЦА, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) феохромоцитомы
- Б) синдрома Кона
- В) реноваскулярной артериальной гипертензии
- Г) синдрома Иценко-Кушинга

**3497. ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВАНИЛИЛМИНДАЛЬНОЙ КИСЛОТЫ В СУТОЧНОЙ МОЧЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) феохромоцитомы
- Б) синдрома Кона
- В) реноваскулярной артериальной гипертензии
- Г) синдрома Иценко-Кушинга

**3498. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕСТОМ ФОРМИРОВАНИЯ ТРОМБОВ, СЛУЖАЩИХ ПРИЧИНОЙ ТРОМБОМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) система нижней полой вены (глубокие вены нижних конечностей и таза)
- Б) система верхней полой вены
- В) правое предсердие
- Г) левое предсердие

**3499. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ВЕРИФИКАЦИИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) селективная ангиография почечных сосудов
- Б) сцинтиграфия почек
- В) допплерография почечных сосудов
- Г) изотопная ренография

**3500. РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

- А) Мелоксикам
- Б) Индометацин
- В) Вольтарен
- Г) Диклофенак

**3501. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР**

- А) ольховых шишек
- Б) ромашки
- В) мяты
- Г) цветов бессмертника

**3502. ЗАНТАК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) блокаторов гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов
- Б) блокаторов гистаминовых H<sub>1</sub>-рецепторов
- В) симпатомиметиков
- Г) М-холиноблокаторов

**3503. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

- А) блокаторов протонового насоса
- Б) блокаторов гистаминовых H<sub>1</sub>-рецепторов
- В) блокаторов гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов
- Г) М-холиноблокаторов

**3504. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СТИМУЛЯТОРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ**

- А) Атропин
- Б) Эуфиллин
- В) Кофеин
- Г) Гистамин

**3505. К СЛАБИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ, ОБЛАДАЮЩИМ РАЗДРАЖАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЙ АППАРАТ ТОЛСТОЙ КИШКИ И УСИЛИВАЮЩИМ ЕЕ ПЕРИСТАЛЬТИКУ, НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) Сорбит
- Б) Бисакодил
- В) корень ревеня
- Г)alexандрийский лист

**3506. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ**

- А) кортикостероиды
- Б) ферментные препараты
- В) анальгетики
- Г) Сандостатин

**3507. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проведение трансплантации печени
- Б) массивная кортикостероидная терапия
- В) массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками Г) массивная интерферонотерапия

**3508. ПРИ КАКОМ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ОТВЕЧАЮЩИХ**

**КРИТЕРИЯМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ, РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДНЕЙ НАИБОЛЕЕ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫ?**

- А) хронический гепатит D
- Б) хронический гепатит C + B
- В) хронический гепатит C
- Г) хронический гепатит B

**3509. НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- А) Празозин
- Б) Верапамил
- В) Атенолол
- Г) Каптоприл

**3510. КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ДИАКАРБА (АЦЕТАЗОЛАМИДА), ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) метаболический алкалоз
- Б) метаболический ацидоз
- В) передозировка сердечных гликозидов
- Г) гиперхлоремия

**3511. ПРЕДНАГРУЗКУ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СНИЖАЮТ**

- А) диуретики
- Б) сердечные гликозиды
- В) омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
- Г) бета-адреноблокаторы

**3512. ГИПОКАЛИЕМИЮ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ИЛИ УСИЛИВАТЬ**

- А) Гидрохлортиазид
- Б) Надолол
- В) Каптоприл
- Г) Нифедипин

**3513. ЗАДЕРЖКУ НАТРИЯ И ВОДЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ ВЫЗЫВАЕТ**

- А) Клонидин
- Б) Верапамил
- В) Фозиноприл
- Г) Амлодипин

**3514. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ**

- А) Пропранолол
- Б) Доксазозин
- В) Периндоприл
- Г) Нифедипин

**3515. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ**

- А) Пропранолола
- Б) Нифедипина
- В) Лозартана Г)
- Лизиноприла

**3516. ПРИ КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ**

- А) альфа-адреноблокаторы
- Б) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) диуретики

**3517. ДОПУСТИМЫМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНТЕРВАЛ \_\_\_\_\_ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА СИМПТОМОВ**

- А) 48
- Б) 12
- В) 24
- Г) 6

**3518. ОСНОВНЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО МЕТИЦИЛЛИН-РЕЗИСТЕНТНЫМИ КОККАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Ванкомицин
- Б) Оксациллин
- В) Цефтриаксон
- Г) Кларитромицин

**3519. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СО СЛАБОСТЬЮ СИНУСОВОГО УЗЛА ИЛИ БРАДИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ**

- А) дигидропиридиновые антагонисты кальция
- Б) недигидропиридиновые антагонисты кальция
- В) бета-адреноблокаторы
- Г) сартаны

**3520. САМЫМ ДОКАЗАННЫМ ПО БЕЗОПАСНОСТИ КАК ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ, ТАК И ДЛЯ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ**

- А) Допегит
- Б) Лабеталол
- В) Гипотиазид
- Г) Верапамил

**3521. ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК СПОСОБЕН УЛУЧШАТЬ**

- А) Допамин
- Б) Милренон
- В) Добутамин
- Г) Левосимендан

**3522. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ**

- А) межфаланговые
- Б) коленные
- В) крестцово-подвздошные сочленения
- Г) челюстно-лицевые

**3523. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАММЫ**

- А) позвоночника
- Б) голеностопных суставов
- В) тазобедренных суставов
- Г) кистей рук

**3524. В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ**

- А) вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании
- Б) увеличение СОЭ
- В) аускультивная динамика шумов сердца
- Г) нарастание сердечной недостаточности

**3525. ОТЁК ЛЁГКИХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ**

- А) инфаркте миокарда
- Б) истерии
- В) вертебро-базилярной дисциркуляции
- Г) ортостатической пробе

**3526. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1 СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ С**

- А) УЗИ почек и сердца
- Б) урографии
- В) анализа мочи по Зимницкому
- Г) ангиографии почек

**3527. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение ритма
- Б) кардиогенный шок
- В) отек легких
- Г) разрыв сердца.

**3528. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
- Б) боль опоясывающего характера
- В) гипергликемия
- Г) стеаторея

**3529. МЕЛЕНА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНА НА**

- А) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- Б) кровоточащую язву 12-перстной кишки
- В) язвенный колит
- Г) тромбоз мезентериальных артерий

**3530. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) циррозе печени
- Б) хроническом гепатите
- В) метастатическом раке печени
- Г) хроническом панкреатите

**3531. КАКОВО ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ II- III СТЕПЕНИ?**

- А) признать инвалидом 2-й группы
- Б) трудоустроить через ВКК
- В) признать инвалидом 1-й группы
- Г) признать трудоспособным

**3532. ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ПАЦИЕНТУ**

- А) по его желанию
- Б) на своё усмотрение
- В) с согласия родственников
- Г) с разрешения администрации поликлиники

**3533. В СЛУЧАЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ЖИЗНЕННОГО ПРОГНОЗА ИНФОРМАЦИЯ СООБЩАЕТСЯ ТОЛЬКО**

- А) пациенту и членам семьи с его согласия
- Б) пациенту
- В) членам его семьи
- Г) коллегам по работе

**3534. БЕЗ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДОПУСКАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ**

- А) опасном для окружающих
- Б) тяжелом соматическом
- В) тяжелом психическом
- Г) онкологическом

**3535. ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А) бронхиальной гиперсекреции
- Б) наличия диффузного перибронхиального склероза
- В) обструкции
- Г) трахеобронхиальной дискинезии

**3536. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ**

- А) ларингоспазм
- Б) задержка мокроты
- В) воспаление бронхов
- Г) бронхоспазм

**3537. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА МОЖНО НАЧАТЬ С**

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б) антибиотиков
- В) Преднизолона
- Г) Кризанола

**3538. ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ**

- А) людям, с аллергией на куриные яйца
- Б) больным гипертонической болезнью
- В) больным бронхиальной астмой
- Г) больным ХОБЛ

**3539. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕ НАЗНАЧАЮТ**

- А) инъекции Дибазола
- Б)  $\beta$ -блокаторы
- В) антагонисты кальция
- Г) блокаторы рецепторов ангиотензина II

**3540. В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ОГРАНИЧЕНИЙ УПОТРЕБЛЕНИЕ**

- А) поваренной соли
- Б) растительных жиров
- В) углеводов
- Г) воды

**3541. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) хирургическое лечение
- Б) бессолевая диета
- В) прием ингибиторов АПФ
- Г) прием антагонистов кальция

**3542. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК, С НАЛИЧИЕМ НА ЭКГ СИНУСОВОГО РИТМА, ПОСТЕПЕННОГО УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ КОМПЛЕКСА QRS В КАЧЕСТВЕ АНТИАНГИНАЛЬНОГО СРЕДСТВА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН**

- А) Нитросорбид
- Б) Верапамил
- В) Обзидан
- Г) Атенолол

**3543. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) ингаляционных глюкокортикоидов
- Б) Аколата
- В) Кромогликата натрия
- Г) системных глюкокортикоидов.

**3544. БОЛЬНАЯ, СТРАДАЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ЖАЛУЕТСЯ НА ПОЯВЛЕНИЕ СУХОГО КАШЛЯ. ОНА ПРИНИМАЕТ БЕКЛОМЕТАЗОН, КАПОТЕН ЕЖЕДНЕВНО И САЛЬБУТАМОЛ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ. ВЕРОЯТНО, ПОЯВЛЕНИЕ КАШЛЯ СВЯЗАНО С**

- А) приемом капотена
- Б) недостаточной дозой беклометазона
- В) приемом сальбутамола
- Г) приемом бекламетазона и сальбутамола

**3545. К СИМПТОМАМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) полиурия
- Б) понос
- В) рвота
- Г) брадикардия

**3546. ПРЕПАРАТОМ, ТОРМОЗЯЩИМ СИНТЕЗ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Аллопуринол
- Б) Инсулин
- В) Аспирин
- Г) Вольтарен

**3547. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ ИЛИ ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПОКАЗАНО ПРИ**

- А) рентгеномалоконтрастных холестериновых камнях
- Б) камнях диаметром более 20 мм
- В) частых желчных коликах
- Г) некалькулезном холецистите

**3548. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗАПАСОВ ЖЕЛЕЗА ПРИ НАЛИЧИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ**

- А) 3-6 месяцев
- Б) 2 месяцев
- В) 3 недель
- Г) 5-7 дней

**3549. ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНО ПРОИСХОДИТ ИЗ**

- А) мясных продуктов
- Б) фруктов
- В) яблок
- Г) моркови

**3550. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТЮБАЖЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей
- Б) постхолецистэктомический синдром
- В) гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей
- Г) желчнокаменная болезнь

**3551. К БАЗИСНЫМ (ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ) СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ**

- А) Беклометазон
- Б) Ипратропия бромид
- В) Вентолин
- Г) Беротек

**3552. К МЕСТНЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ**

- А) Флютиказона пропионат
- Б) Недокромил натрия
- В) Беклометазон
- Г) Кромогликат натрия

**3553. ИЗ СУЛЬФАМИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕЙСТВУЕТ ТОЛЬКО В ПРОСВЕТЕ КИЩЕЧНИКА, НЕ ВСАСЫВАЯСЬ В КРОВЬ**

- А) Фталазол
- Б) Уросульфган
- В) Сульфадимезин
- Г) Сульфапиридазин

**3554. ГРИПП МОЖНО ЛЕЧИТЬ С ПОМОЩЬЮ**

- А) противовирусных препаратов
- Б) ингаляционных кортикостероидов
- В) антибиотиков
- Г) сульфаниламидов

**3555. ОСЛОЖНЕНИЕМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полипоз пищевода
- Б) появление стриктур пищевода
- В) пищевод Баррета
- Г) аденоракинома пищевода

**3556. ПРИ ГИПЕРСЕКРЕТОРНОМ ГАСТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) натриево-гидрокарбонатные
- Б) натриево-хлоридные
- В) натриево-хлоридно-гидрокарбонатные
- Г) натриево-сульфатно-гидрокарбонатные

**3557. К АТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) липопротеиды высокой плотности
- Б) липопротеиды очень низкой плотности
- В) хиломикроны
- Г) триглицериды

**3558. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_  
ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ**

- А) воспалительным
- Б) дегенеративным
- В) метаболическим
- Г) реактивным

**3559. К ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
ОТНОСИТСЯ СИНДРОМ**

- А) Кушинга
- Б) Рейтера
- В) Золлингера-Эллисона
- Г) Эйзенменгера

**3560. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У  
БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММ РТ.СТ.)**

- А) 140/90
- Б) 120/70
- В) 130/80
- Г) 150/90

**3561. СКРИНИНГОВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ БОЛЬНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тест с 1 мг дексаметазона и определение кортизола в крови
- Б) тест с 8 мг дексаметазона и определение кортизола у крови
- В) проба с голоданием
- Г) проба с сухоедением

**3562. К ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОТНОСЯТ**

- А) общее сосудистое сопротивление
- Б) предсердные натрийдиуретические пептиды
- В) кортикостероиды
- Г) эндотелин

**3563. СОСУДИСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СВЯЗАННЫМ ТОЛЬКО С АГ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нефросклероз
- Б) фибрилляция предсердий
- В) инфаркт миокарда
- Г) ишемический инсульт

**3564. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рефрактерная к комбинированной терапии АГ
- Б) АГ, выявленная у больного в возрасте моложе 20 лет
- В) АГ, возникшая у больного старше 65 лет
- Г) обнаружение у больного АГ кардиомегалии

**3565. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В НАДПОЧЕЧНИКАХ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) первичный гиперальдостеронизм
- Б) параганглиома
- В) ренинсекретирующая опухоль
- Г) болезнь Кушинга

**3566. У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дислипидемия
- Б) снижение содержания в крови натрийуретических пептидов
- В) снижение активности калликреинкининовой системы
- Г) повышение содержания альфа-холестерина

**3567. ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ I СТЕПЕНИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ, РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЭКСПЕРТАМИ ВОЗ/МОГ, ХАРАКТЕРНЫ**

- А) систолическое АД 140-159 мм рт.ст., диастолическое – 90-99 мм рт.ст.
- Б) систолическое АД ниже 140 мм рт.ст., диастолическое – ниже 90 мм рт.ст.
- В) систолическое АД 140-150 мм рт.ст., диастолическое – 94-100 мм рт.ст.
- Г) систолическое АД 160-180 мм рт.ст., диастолическое – 94-100 мм рт.ст.

**3568. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ПАУЗЫ, В КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ВОЛНЫ Р И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМИ КОМПЛЕКСЫ QRS-T, УДЛИНЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ RR РАВЕН УДВОЕННОМУ ОСНОВАНИЮ ИНТЕРВАЛА RR, КАКОВ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ?**

- А) синоаурикулярная блокада без периодов Самойлова-Венкебаха
- Б) синоаурикулярная блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- В) синдром Вольф-Паркинсон-Уайта Г) АВ блокада типа Мобитц-I

**3569. ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ИМПУЛЬС ПОДВЕРГАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКЕ В**

- А) АВ-соединении
- Б) межузловых трактах
- В) ножках пучка Гиса
- Г) синусовом узле

**3570. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА Р-К НА ЭКГ БОЛЬШЕ 0,20 СЕК. ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) атриовентрикулярной блокады I степени
- Б) полной атриовентрикулярной блокады
- В) атриовентрикулярной блокады II степени
- Г) блокады ножек пучка Гиса

**3571. НА ЭКГ КОМПЛЕКСЫ QRS НЕ ИЗМЕНЕНЫ, ИНТЕРВАЛЫ Р-Р ОДИНАКОВЫЕ И СОСТАВЛЯЮТ 0,38 СЕК., ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) АВ блокады I степени
- Б) синоаурикулярной блокады с периодами Самойлова-Венкебаха
- В) синоаурикулярной блокады без периодов Самойлова-Венкебаха
- Г) АВ блокады типа Мобитц-I

**3572. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ**

- А) регистрируется замедление предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала Р—Q(R))
- Б) выпадение отдельных желудочных сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала Р—Q(R)
- В) наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ-узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
- Г) наблюдаются периоды Самойлова — Венкебаха.

**3573. ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ФОРМЫ БЛОКАДЫ  
УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ Р—Q ПРОИСХОДИТ  
ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ЗА СЧЁТ**

- А) удлинения сегмента Р—Q
- Б) удлинения интервала Р—Q
- В) увеличения зубца Q
- Г) увеличения зубца Р

**3574. ПЕРИОДЫ ПОСТЕПЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ИНТЕРВАЛА Р-Q(R)  
С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВОГО  
КОМПЛЕКСА НАЗЫВАЮТСЯ**

- А) периодами Самойлова — Венкебаха
- Б) Мобитц III
- В) признаком Соколова-Лайона
- Г) синдром WPW

**3575. АВ БЛОКАДА I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) замедлением предсердно желудочковой проводимости
- Б) постепенным удлинением сегмента Р—Q
- постепенным удлинением интервала Р—Q
- Г) периодически возникающим прекращением проведения отдельных электрических импульсов

**3576. ПРИ I ТИПЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ**

- А) наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ-узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
- Б) выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала Р—Q(R)
- В) регистрируется замедление предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала Р—Q(R)
- Г) наблюдается асистолия желудочков в течение 10-20 сек.

**3577. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-СТОКСА**

- А) сопровождается нарушением ритма с резким снижением сократительной способности сердца, потерей сознания, развитием судорожного синдрома
- Б) обусловлен повышением минутного объёма крови
- В) характеризуется пароксизмальным включением проксимального эктопического водителя ритма желудочков
- Г) устанавливается только на основании данных ЭКГ

**3578. НА ЭКГ ИНТЕРВАЛ Р-Р СОСТАВЛЯЕТ 0,10 СЕК., КОМПЛЕКС QRS РАСШИРЕН ДО 0,12 СЕК. НА НАЧАЛЬНОЙ ЧАСТИ КОМПЛЕКСА QRS ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВОЛНА «ДЕЛЬТА», ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта
- Б) синоаурикулярной блокады с периодами Венкебаха
- В) АВ блокады типа Мобитц-I
- Г) синоаурикулярной блокады без периодов Венкебаха

**3579. НА ЭКГ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ 35 В 1 МИН., РЕГУЛЯРНЫЙ. ЗУБЕЦ Р НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КОМПЛЕКС QRS УШИРЕН ДО 0,18 СЕК., ДЕФОРМИРОВАН, СЕГМЕНТ ST И ВОЛНА Р ДИСКОРДАНТНЫ НАЧАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) идиовентрикулярного ритма
- Б) инфаркта миокарда
- В) синдрома Фредерика
- Г) ритма коронарного синуса

**3580. НА ЭКГ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ 32 В 1 МИН, РЕГУЛЯРНЫЙ. ВМЕСТО ЗУБЦОВ Р ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ВОЛНЫ ФИБРИЛЛАЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) синдрома Фредерика
- Б) инфаркта миокарда
- В) ритма коронарного синуса
- Г) идиовентрикулярного ритма

**3581. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тромбоз коронарной артерии
- Б) коронароспазм
- В) эмболия коронарной артерии
- Г) эрозия атеросклеротической бляшки

**3582. ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ О ИНФАРКТА МИОКАРДА СВЯЗАНО С**

- А) развитием реактивного эпистенокардитического перикардита
- Б) развитием синдрома Дресслера
- В) присоединением инфекционного процесса
- Г) разрывом межжелудочковой перегородки

**3583. ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ НА ЭКГ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ МОЖНО В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ**

- А) «застывшего» подъёма сегмента ST
- Б) глубоких отрицательных зубцов T
- В) комплексов типа QS в двух и более отведениях
- Г) высоких зубцов R в правых грудных отведениях

**3584. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ВНЕЗАПНОГО ПОЯВЛЕНИЯ ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) разрыв межжелудочковой перегородки
- Б) разрыв свободной стенки левого желудочка
- В) разрыв папиллярной мышцы
- Г) тромбоэмболия легочной артерии

**3585. УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ ЗУБЦА R В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗУБЦОМ Т ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А) заднего инфаркта миокарда (задне-базального)
- Б) передне-перегородочного инфаркта миокарда
- В) инфаркта миокарда правого желудочка Г)
- мелкоочагового инфаркта миокарда

**3586. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ**

- А) бледные, влажные
- Б) цианотичные, сухие
- В) бледные, сухие
- Г) розовые, влажные

**3587. ИНФАРКТ МИОКАРДА КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗРЫВОМ СОСОЧКОВОЙ МЫШЦЫ**

- А) заднедиафрагмальный
- Б) переднеперегородочный
- В) правого желудочка
- Г) верхушки левого желудочка

**3588. ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тромбоз полости левого желудочка
- Б) тромбоэмболия лёгочной артерии
- В) синдром Дресслера
- Г) правожелудочковая недостаточность

**3589. ДЛЯ НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ИНФАРКТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТВЕДЕНИЯХ**

- А) II, III, aVF
- Б) V1-V4
- В) I, aVL, V5,V6
- Г) I, aVL

**3590. АСИСТОЛИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ТРЕБУЕТ**

- А) закрытого массажа сердца
- Б) электроимпульсной терапии
- В) в/в введения Мезатона
- Г) в/в введения Верапамила

**3591. РЕГИСТРАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q И ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V3 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ \_\_\_\_\_ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

- А) передне-перегородочного
- Б) бокового
- В) нижнего
- Г) заднего

**3592. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗАДНЕБАЗАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) высокий зубец R в V1,V2, смещение сегмента ST вниз и увеличение амплитуды зубца Т в этих же отведениях
- Б) патологический зубец Q, подъем сегмента ST и инверсия зубца Т во II, III, aVF-отведениях
- В) высокий зубец R в V1,V2, подъем сегмента ST и инверсия зубца Т в этих же отведениях.
- Г) патологический Q, подъем ST в отведении aVR1

**3593. «ЛОЖНОЙ» АНЕВРИЗМОЙ СЕРДЦА НАЗЫВАЮТ**

- А) «прикрытою» перфорацию
- Б) участок миокарда с парадоксальной пульсацией, но без истончения стенки левого желудочка
- В) аневризму, заполненную организованным тромбом
- Г) аневризму межжелудочковой перегородки

**3594. ТРОМБОЭНДОКАРДИТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) развитии аневризмы левого желудочка
- Б) длительном постельном режиме
- В) чрезмерно ранней активизации больных
- Г) дисфункции папиллярных мышц

**3595. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ ФИБРИЛЛАЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЗАКРЫТИИ ДМПП ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) возраст пациента на момент хирургического вмешательства
- Б) дисфункция правого желудочка
- В) дефект венозного синуса
- Г) сопутствующая митральная регургитация

**3596. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ФАКТОРОМ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) степень обструкции в выходном тракте правого желудочка
- Б) размер дефекта межжелудочковой перегородки
- В) расположение дефекта межжелудочковой перегородки
- Г) наличие дефекта межпредсердной перегородки

**3597. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) почечная артериография
- Б) УЗИ почек
- В) радиоизотопная ренография
- Г) сцинтиграфия почек

**3598. АТЕРОГЕННЫМ КЛАССОМ ЛИПОПРОТЕИНОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) липопротеины низкой плотности
- Б) липопротеины высокой плотности
- В) хиломикроны
- Г) фосфолипиды

**3599. ЦЕЛЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ  
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 1,8
- Б) 2,5
- В) 3,5
- Г) 1,2

**3600. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ  
ФОРМЫ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) уровень холестерина липопротеинов низкой плотности более 8,5 ммоль/л
- Б) уровень холестерина липопротеинов высокой плотности более 5,0 ммоль/л
- В) ксантоматоз верхнего века
- Г) выраженный периферический атеросклероз

**3601. К ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ ОТНОСЯТ**

- А) сахарный диабет, тип 2
- Б) гипертриеоз
- В) гипертоническую болезнь
- Г) хронический пиелонефрит

**3602. В СОСТАВ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ВХОДИТ  
АПОЛИПОПРОТЕИН**

- А) В-100
- Б) А
- В) В-48
- Г) С

**3603. ЛИПОПРОТЕИНЫ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ**

- А) обеспечивают выведение холестерина из периферических тканей
- Б) являются атерогенными липопротеинами В) входят в состав хиломикронов
- Г) способствуют поступлению холестерина в печень

**3604. ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 1,7
- Б) 2,5
- В) 1,0
- Г) 3,0

**3605. НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) перибронхиальный фиброз
- Б) спазм бронхов
- В) воспалительный отек в слизистой оболочке бронхов
- Г) нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов

**3606. ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) курение
- Б) алкоголизм
- В) ожирение
- Г) гиподинамия

**3607. ДЛЯ ХОБЛ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ**

- А) ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 < 30% от должного или ОФВ1 < 50% от должного в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- Б) ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; ОФВ1 > 60% от должного
- В) ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; 50% < ОФВ1 < 70% от должного
- Г) ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70; 60% < ОФВ1 < 80% от должного

**3608. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) альбуминурия/протеинурия
- Б) снижение концентрационной функции почек
- В) гематурия
- Г) цилиндртурия

**3609. КРИТЕРИЕМ III СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ СКФ (МЛ/МИН)**

А) 30-59

Б) менее 40

В) 15-29

Г) менее 15

**3610. СИНДРОМОМ БАДД-КИАРИ НАЗЫВАЮТ**

А) окклюзию печёночных вен или нижней полой вены

Б) тромбоз селезёночной вены

В) спленомио, первичный фиброз селезёнки и анемию

Г) констриктивный перикардит с гепатомегалией

**3611. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ СПЕЦИФИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) повышение уровня антимитохондриальных антител

Б) наличие антител к цитоплазме нейтрофилов

В) повышение титра антител к цитруллину

Г) увеличение уровня антител к кардиолипину

**3612. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СКВ) ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ**

А) болезнь молодых женщин

Б) болезнь накопления

В) болезнь северных народов

Г) возраст и пол не имеют значения

**3613. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

А) иммунокомплексным поражением

Б) отсутствием протеинурии

В) отсутствием нефротического синдрома

Г) изменением только мезангимальных клеток

**3614. CREST СИНДРОМ – ЭТО**

- А) кальциноз, синдром Рейно, нарушение моторики пищевода, склеродактилия, телеангиектазии
- Б) кардиомегалия, повышение частоты сердечных сокращений, эзофагит, слип-апноэ, тромбоцитопения
- В) цереброваскулит, эозинофилия, синдром Титце
- Г) цитопения, ревматоидные узелки, тромбофиля

**3615. ФИБРОЗНО-СКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ЛЕГКИХ, СЕРДЦА, ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ПОЧЕК), ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ В ФОРМЕ СИНДРОМА РЕЙНО ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

- А) системной склеродермии
- Б) системной красной волчанки
- В) диффузного (эозинофильного) фасциита
- Г) синдрома Шегрена

**3616. ТЯЖЕЛЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ МИОЗИТ С РАСПАДОМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ**

- А) дерматомиозита
- Б) смешанного заболевания соединительной ткани
- В) синдрома Чардж-Стросса
- Г) диффузного (эозинофильного) фасциита

**3617. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ДЗСТ ХАРАКТЕРНЫ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: УСКОРЕНИЕ СОЭ, АНЕМИЯ, ЛИМФОПЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА, АНТИ SM –АНТИТЕЛА, ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА?**

- А) системная красная волчанка
- Б) системная склеродермия
- В) диффузный эозинофильный фасциит
- Г) синдром Шарпа

**3618. ОРГАНАМИ-МИШЕНИЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) лёгкие, сердце, пищеварительный тракт, почки, кожа
- Б) головной мозг, почки, селезенка, орган зрения, суставы
- В) суставы, костный мозг, сердце, слуховой аппарат
- Г) только органы дыхательной и пищеварительной системы

**3619. КОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАКУЛОПАПУЛЕЗНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА ЛИЦЕ, В ОБЛАСТИ СКУЛОВЫХ ДУГ И СПИНКИ НОСА (СИМПТОМ «БАБОЧКИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) системной красной волчанки
- Б) системной склеродермии
- В) синдрома Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани)
- Г) диффузного (эозинофильного) фасциита

**3620. ОТНОСИТЕЛЬНУЮ ГИПОВОЛЕМИЮ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ**

- А) инфаркт миокарда правого желудочка
- Б) желудочковая тахиаритмия
- В) атриовентрикулярная блокада высокой степени
- Г) инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка

**3621. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) двусторонний значимый стеноз почечных артерий
- Б) хроническая болезнь почек
- В) гипокалиемия
- Г) синдром Кона

**3622. БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- А) бета-адреноблокаторы
- Б) диуретики
- В) блокаторы рецепторов ангиотензина II
- Г) блокаторы медленных кальциевых каналов

**3623. ПРИНЦИП СНИЖЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО АД ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) денервации почечных артерий
- Б) расширении почечных артерий
- В) стимуляции симпатических нервов почечных артерий
- Г) абляции добавочных почечных артерий

**3624. КАКИМ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ?**

- А) молодым больным АГ I ст. в течение 6-12 мес.
- Б) больным АГ с наличием поражений органов-мишеней
- В) больным с коронарным риском 20% и более при сохранении АД в пределах 140/90 мм рт.ст. и выше
- Г) больным с коронарным риском менее 20% при сохранении АД выше 160/95 мм рт.ст.

**3625. УЛУЧШАЮТ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

- А) бета-блокаторы
- Б) нитраты
- В) дигидропиридиновые антагонисты кальция
- Г) дигоксин

**3626. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПОКАЗАНО**

- А) всем больным инфарктом миокарда в острый период
- Б) только больным с передним инфарктом миокарда
- В) только пациентам с крупноочаговым инфарктом миокарда
- Г) только при анамнестическом указании на перенесение тромбофлебита нижних конечностей у больных инфарктом миокарда

**3627. ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) бета-блокаторы
- Б) ивабрадин
- В) сердечные гликозиды
- Г) Пропафенон

**3628. БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ**

- А) Этмозин
- Б) Метопролол
- В) Кордарон
- Г) Соталол

**3629. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ВВЕДЕНИЯ ДОПАМИНА У БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 5 мкг/кг/мин
- Б) 10 мкг/кг/мин
- В) 100 мкг болясно
- Г) 2 мкг/кг/мин

**3630. ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПТОНИИ ИЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ШОКА У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% р-р глюкозы)
- Б) назначение диуретиков
- В) внутривенное введение сердечных гликозидов
- Г) внутривенное введение атропина

**3631. НАИБОЛЕЕ ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТОМ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение частоты тромбоэмбологических осложнений
- Б) антиангиальное действие.
- В) ограничение зоны инфаркта
- Г) уменьшение частоты реинфаркта

**3632. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА**

- А) глюокортикоиды
- Б) антибиотики
- В) нестероидные противовоспалительные препараты
- Г) анальгетики

**3633. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) закрытие дефекта методом с использованием катетеризации
- Б) медикаментозной ведение
- В) хирургическое закрытие дефекта, используя кардиопульмональный шунт
- Г) левосторонняя торакотомия и хирургическое закрытие дефекта

**3634. ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ**

- А) двустороннем стенозе почечных артерий
- Б) поликистозе почек
- В) диабетической нефропатии
- Г) бронхиальной астме

**3635. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ОТНОСЯТ**

- А) миопатии
- Б) дисфункция щитовидной железы
- В) головные боли
- Г) импотенция

**3636. С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ СЛЕДУЕТ ОЦЕНИВАТЬ УРОВЕНЬ**

- А) креатинфосфокиназы
- Б) тропонина
- В) щелочной фосфатазы
- Г) амилазы

**3637. ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Трайкора
- Б) Омакора
- В) Эзетимиба
- Г) секвестрантов желчных кислот

**3638. ЦЕЛЬЮ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СКВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) удаление циркулирующих иммунных комплексов
- Б) снижение уровня холестерина
- В) снижение уровня липопротеинов низкой и очень низкой плотности
- Г) уменьшение объема циркулирующей крови

**3639. ДЛЯ ПОЛИМИОЗИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) проксимальная мышечная слабость
- Б) слабость мышц кисти
- В) атрофия межкостных мышц кисти
- Г) ульнарная девиация кистей

**3640. СУСТАВ ШАРКО ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ**

- А) сахарном диабете
- Б) гипотиреозе
- В) гиперпаратиреозе
- Г) тиреотоксикозе

**3641. К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ**

- А) субхондральный склероз и остеофиты
- Б) эрозии
- В) кистовидные просветления
- Г) остеолиз

**3642. ПАТОЛОГИЧЕСКИМ РОСТОМ И НАРУШЕНИЕМ СТРУКТУРЫ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА В ОТДЕЛЬНЫХ МЕСТАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) болезнь Педжета
- Б) остеопороз
- В) остеосклероз
- Г) болезнь Рейтера

**3643. МЕЖФАЛАНГОВЫЕ СУСТАВЫ ПАЛЬЦЕВ ПО ФОРМЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) блоковидными
- Б) элипсовидными
- В) шаровидными
- Г) плоскими

**3644. НАИБОЛЕЕ ВСЕГО К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ**

- А) ожирение
- Б) дислипидемия
- В) гипертриеоз
- Г) акромегалия

**3645. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) синдроме Шегрена
- Б) подагрическом артрите
- В) остеоартрозе
- Г) ревматоидном артрите

**3646. У ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЦНС, ПРИНИМАВШЕГО МЕТИЛДОПА, РАЗВИЛАСЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ, КОТОРАЯ БЫСТРО ПРОШЛА ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА. ВИДОМ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ПО КОТОРОМУ РАЗВИЛОСЬ ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) цитотоксический
- Б) реагиновый
- В) иммунокомплексный
- Г) клеточный

**3647. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАЗВИТИИ ВАСКУЛИТОВ ИМЕЕТ \_\_\_\_\_ ВИД ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ**

- А) иммунокомплексный
- Б) цитотоксический
- В) реагиновый
- Г) клеточный

**3648. ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВА ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ**

- А) повышенной чувствительности к химическим веществам, имеющим схожую структуру
- Б) подкожного введения препарата
- В) одновременного введения более двух препаратов
- Г) введения больших доз

**3649. ПЕРЕКРЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТЫ ВОЗМОЖНЫ ИЗ-ЗА**

- А) наличия общих антигенных детерминант
- Б) высокой сенсибилизации
- В) повышенного титра антител
- Г) полипрагмазии

**3650. БОЛЬНЫМ С АСПИРИНОВОЙ АСТМОЙ ИЗ-ЗА СОДЕРЖАНИЯ ТАРТРАЗИНА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ТАБЛЕТИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- А) желтого цвета
- Б) зеленого цвета
- В) белого цвета
- Г) голубого цвета

**3651. К БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ АСТМЫ ОТНОСЯТСЯ**

- А) антилейкотриеновые препараты
- Б) антигистаминные препараты
- В) кромогликаты
- Г) муколитики

**3652. БРОНХИ 1-2 ПОРЯДКА ОТ ДРУГИХ БРОНХИАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ОТЛИЧАЮТСЯ**

- А) внелегочной их локализацией
- Б) наличием фиброзно-хрящевого слоя
- В) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным Г) внутрилегочной локализацией

**3653. ПЕРФУЗИЯ \_\_\_\_\_ ЗОН ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ ПОНИЖЕННОЙ**

- А) верхних
- Б) латеральных
- В) нижних
- Г) медиальных

**3654. ОРГАНОМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, В КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ СОЗРЕВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА Т-ЛИМФОЦИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) вилочковая железа
- Б) костный мозг
- В) лимфатические узлы
- Г) селезенка

**3655. ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ И ОНТОГЕНЕЗА В-ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) костный мозг
- Б) селезенка
- В) вилочковая железа
- Г) лимфатические узлы

**3656. ГРУДНАЯ КЛЕТКА ВСЛЕДСТВИЕ ЛЕГОЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ МОЖЕТ ПРИОБРЕТАТЬ ФОРМУ**

- А) бочкообразную
- Б) воронкообразную
- В) рахитическую
- Г) ладьевидную

**3657. ГРАНИЦЫ ЛЁГКИХ СМЕЩАЮТСЯ КНИЗУ ПРИ**

- А) эмфиземе лёгких
- Б) бронхиальной астме
- В) пневмотораксе
- Г) бронхоэктазах

**3658. ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ**

- А) на вдохе и первую треть выдоха
- Б) на вдохе
- В) на выдохе
- Г) на протяжении всего вдоха и выдоха

**3659. ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЁГКИХ ДЫХАНИЕ**

- А) везикулярное ослабленное
- Б) везикулярное
- В) бронхиальное
- Г) жесткое

**3660. О НАЛИЧИЕ БРОНХОСПАЗМА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИРОСТ ОФВ1 ОТ ИСХОДНОГО ПОСЛЕ БРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ТЕСТА БОЛЕЕ (%)**

- А) 12
- Б) 10
- В) 15
- Г) 5

**3661. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОБНАРУЖИТЬ КИСТУ ЛЁГКОГО, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рентгенография и компьютерная томография лёгкого
- Б) бронхоскопия
- В) бронхография
- Г) радиоизотопное сканирование лёгких

**3662. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) инсульт
- Б) инородное тело бронхов
- В) внебольничная пневмония
- Г) бронхогенный рак с метастазами

**3663. ВО ВРЕМЯ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ МОЖНО  
ДИАГНОСТИРОВАТЬ**

- А) центральный рак лёгкого
- Б) бронхиальную астму
- В) абсцесс лёгкого
- Г) кисты лёгкого

**3664. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ**

- А) чаще проявляется в детском возрасте
- Б) чаще проявляется в молодом возрасте
- В) чаще проявляется в пожилом возрасте
- Г) проявляется одинаково во всех возрастных группах

**3665. К ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ  
ОТНОСЯТСЯ**

- А) муковисцидоз и дефицит а1-антитрипсина
- Б) гамартохондрома
- В) саркоидоз и коллагенозы
- Г) пневмония

**3666. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ФАКТОРОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
ДЕСТРУКЦИЙ В ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аспирация
- Б) контаминация
- В) септическое состояние
- Г) нагноительный процесс в брюшной полости

**3667. О ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЁГКОГО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ  
ПНЕВМОНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ**

- А) преобладанием некротических изменений в лёгких над воспалительными
- Б) одномоментным отхождением большого количества гнойной мокроты, чаще с неприятным запахом
- В) выделением гнойной мокроты полным ртом и неприятным запахом
- Г) более тяжелым клиническим течением

**3668. РЕШАЮЩАЯ РОЛЬ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССА ЛЁГКОГО ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПОЛОСТНОЙ ФОРМЫ РАКА ЛЁГКОГО ПРИНАДЛЕЖИТ**

- А) биопсии
- Б) рентгенологическому методу исследования
- В) бронхоскопии
- Г) клиническому методу исследования

**3669. БРОНХОЛЁГОЧНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

- А) грибковым
- Б) паразитарным
- В) бактериальным
- Г) вирусным

**3670. ГИСТОПЛАЗМОЗ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

- А) грибковым
- Б) вирусным
- В) бактериальным
- Г) паразитарным

**3671. КАНДИДОЗ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

- А) грибковым
- Б) бактериальным
- В) паразитарным
- Г) вирусным

**3672. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО БРОНХИТА НЕ ИМЕЕТ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ**

- А) нарушение режима питания
- Б) переохлаждение
- В) наличие вирусных и бактериальных агентов
- Г) промышленное загрязнение атмосферного воздуха

**3673. ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кашель с мокротой не менее 3 мес в году на протяжении последних двух лет
- Б) наличие бронхиальной обструкции
- В) изменение газового состава крови,
- Г) появление у больного одышки при обычной физической нагрузке.

**3674. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА МАЛОХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кровохарканье
- Б) кашель с выделением мокроты
- В) повышение температуры,
- Г) одышка

**3675. ПНЕВМОКОНИОЗЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ ВДЫХАНИЯ ПЫЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АСБЕСТ, ТАЛЬК, ЦЕМЕНТ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ**

- А) силикатозов
- Б) силикозов
- В) карбокониозов
- Г) металлокониозов

**3676. ПРИ ВТОРИЧНОМ АМИЛОИДОЗЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ БИОПСИЯ**

- А) почки
- Б) подкожной клетчатки
- В) слизистой щеки
- Г) слизистой прямой кишки

**3677. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ В ЦЕНТР**

- А) профпатологии
- Б) оказывающий специализированную помощь по ведущему синдрому
- В) врачей общей практики
- Г) санитарно-эпидемиологического надзора

**3678. К СЕЛЕКТИВНЫМ/СПЕЦИФИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А) Ацеклофенак
- Б) Нимесулид
- В) Мелоксикам
- Г) Эторикоксиб

**3679. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Метотрексат
- Б) Сульфасалазин
- В) Гидроксихлорохин
- Г) Д-пеницилламин

**3680. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО ОПРАВДАНО ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ТЕРАПИИ**

- А) синтетических простагландинов
- Б) цитостатических иммунодепрессантов
- В) диуретиков
- Г) ингибиторов ФНО-альфа

**3681. ПРИ СКВ С ВТОРИЧНЫМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ АРТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ, К ПОСТОЯННОЙ ТЕРАПИИ СКВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ**

- А) оральных антикоагулянтов
- Б) антиагрегантов
- В) тромболитических препаратов
- Г) низкомолекулярных гепаринов

**3682. АНТИФИБРОЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Пеницилламин
- Б) Преднизолон
- В) Десфераль
- Г) Циклофосфамид

**3683. НА КАКОЙ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ВЛИЯЮТ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?**

- А) хроническое иммунное воспаление
- Б) подавление локального местного воспаления
- В) этиологические факторы
- Г) генетическая предрасположенность

**3684. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) глюкокортикоиды и цитостатики
- Б) Пеницилламин
- В) нестероидные противовоспалительные препараты и пеницилламин
- Г) соли золота и цитостатики

**3685. ПЕНИЦИЛЛИНЫ МОГУТ ИМЕТЬ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ С**

- А) цефалоспоринами
- Б) препаратами йода
- В) Новокаином
- Г) ингибиторами АПФ

**3686. НЕ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ МАКРОЛИДОВ**

- А) Гентамицин
- Б) Азитромицин
- В) Спирамицин
- Г) Кларитромицин

**3687. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ С СИММЕТРИЧНЫМ АРТРИТОМ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВЕРСИЕЙ БУДЕТ**

- А) ревматоидный артрит
- Б) реактивный артрит
- В) дерматополимозит
- Г) аортоартериит Такаясу

**3688. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРЯЖЕНИЕ**

- А) дистальных межфаланговых суставов кистей
- Б) проксимальных межфаланговых суставов кистей
- В) лучезапястных суставов
- Г) плюснефаланговых суставов

**3689. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА, ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАСТАВЛЯЕТ ДУМАТЬ О/ОБ**

- А) остеоартрозе суставов кистей
- Б) ревматоидном артите
- В) системной склеродермии
- Г) системной красной волчанке

**3690. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА АНТИГЕН**

- А) HLA B27
- Б) HLA B7
- В) HLA DR4
- Г) HLA B5

**3691. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ НА ДОМУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ШКАЛЫ CRB65 НЕ ОЦЕНИВАЮТ**

- А) индекс массы тела
- Б) частота сердечных сокращений
- В) возраст
- Г) нарушение сознания

**3692. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЪЕДИНЯЮТСЯ В ГРУППУ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СИНДРОМОМ**

- А) рентгенологический синдром диссеминации
- Б) лимфаденопатия
- В) суставной синдром
- Г) синдром полости в легком

**3693. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С ХОБЛ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ПОСТБРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ОФВ1 СОСТАВЛЯЕТ 46%?**

- А) тяжелая
- Б) крайне тяжелая
- В) среднетяжелая
- Г) легкая

**3694. ХЕЛИКОБАКТЕР, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОЛОНИЗИРУЕТСЯ В**

- А) пилорическом отделе желудка
- Б) дне желудка
- В) луковице двенадцатиперстной кишки
- Г) тощей кишке

**3695. В ОСНОВЕ СИНДРОМА ЗОЛИНГЕРА-ЭЛИССОНА ЛЕЖИТ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ**

- А) гастрина
- Б) пепсина
- В) соляной кислоты
- Г) глюкокортикоидов

**3696. КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АСЦИТА У ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ «ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ» ИГРАЕТ**

- А) портальная гипертензия
- Б) снижение коллоидно-осмотического давления плазмы
- В) вторичный гиперальдостеронизм
- Г) гиперэстрогенемия

**3697. ПРИ УГРОЗЕ РАЗВИТИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ**

- А) белки
- Б) углеводы
- В) жиры
- Г) клетчатку

**3698. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) биопсия печени
- Б) спленопортометрия
- В) сцинтиграфия печени
- Г) УЗИ органов брюшной полости

**3699. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО**

- А) диспепсический синдром
- Б) диарея
- В) спастический стул
- Г) умеренный лейкоцитоз

**3700. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) метотрексат
- Б) сульфасалазин
- В) гидроксихлорохин
- Г) Д-пеницилламин

**3701. АНТИФИБРОЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Д-пеницилламин
- Б) Преднизолон
- В) Десфераль
- Г) Циклофосфамид

**3702. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ЕСЛИ ПО ШКАЛЕ CRB65 ПРИ ОСМОТРЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПАЦИЕНТ НАБРАЛ 4 БАЛЛА, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В**

- А) отделении реанимации и интенсивной терапии
- Б) терапевтическом отделении
- В) в амбулаторных условиях
- Г) в отделении торакальной хирургии

**3703. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ОБЛАДАЮТ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б) бетаблокаторы
- В) тиазидовые диуретики
- Г) глюкокортикоиды

**3704. ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ СПИРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду
- Б) снижение форсированной жизненной ёмкости лёгких
- В) увеличение индекса Тиффно
- Г) снижение мощности вдоха

**3705. ПРИ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тахипноэ
- Б) кровохарканье
- В) боль в грудной клетке
- Г) гиперкриния

**3706. ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение D-димера
- Б) проведение диаскин-теста
- В) определение МНО
- Г) определение уровня карбоксигемоглобина

**3707. OVERLAP-ФЕНОТИПОМ НАЗЫВАЮТ СОЧЕТАНИЕ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА**

- А) ХОБЛ и бронхиальной астмы
- Б) ХОБЛ и пневмонии
- В) обострения ХОБЛ и нестабильности гемодинамики
- Г) ХОБЛ и артериальной гипертензии

**3708. НЕОБРАТИМЫМ МЕХАНИЗМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) экспираторный коллапс бронхов
- Б) бронхоспазм
- В) гиперкриния
- Г) дискриния

**3709. ЭКССУДАТ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЛИМФОЦИТОВ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛУЧЕН ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ**

- А) туберкулёзном плеврите
- Б) плевропневмонии
- В) метастатическом поражении плевры
- Г) травме

**3710. ПИКФЛОУМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ**

- А) вариабельность ПСВ в течение промежутка времени
- Б) функцию внешнего дыхания у детей до двух лет В)
- ФЖЕЛ
- Г) ОФВ1

**3711. К ГРУППЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ**

- А) муковисцидоз
- Б) бронхиальная астма
- В) центральный рак легкого
- Г) экзогенный аллергический альвеолит

**3712. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТЛИЧИЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ОТ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рефрактерность к использованию ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов
- Б) появление цианоза носогубного треугольника
- В) аусcultация свистящих хрипов
- Г) изменение гемодинамических показателей

**3713. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «ПНЕВМОНИЯ» ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие очагово-инфилтративных изменений по результатам рентгенологического исследования
- Б) наличие фебрильной температуры тела
- В) аускультативное определение влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации Г)
- наличие лейкоцитоза или лейкопении в общем клиническом анализе крови

**3714. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ**

- А) фибриноидный некроз капиллярных петель,
- кариорексис Б) слияние ножковых отростков подоцитов В)
- положительную окраску тиофлавином Т Г) Ig A в
- иммунных депозитах

**3715. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ У МУЖЧИН И ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ГЕМАТУРИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ И АБДОМИНАЛГИЯМИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) геморрагический васкулит
- Б) острый нефрит
- В) узелковый периартериит
- Г) СКВ

**3716. НЕХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛЯ ПЕРИОДА БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение уровня сывороточных белков
- Б) склонность к задержке жидкости, периодическим отёкам
- В) появление небольшой протеинурии Г) увеличение клубочковой фильтрации

**3717. ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ДРУГИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК ОТЛИЧАЕТСЯ**

- А) отёком и нейтрофильной инфильтрацией почечной лоханки
- Б) стойкой артериальной гипертензией
- В) развитием «сольтеряющей почки» с артериальной гипотензией
- Г) выраженной уремической интоксикацией

**3718. НЕФРОПАТИЯ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) болезни Шёнлейна–Геноха
- Б) узелковом периартериите
- В) острым алкогольном гепатите
- Г) васкулите с криоглобулинемией

**3719. АМИЛОИДОЗОМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ**

- А) ревматоидный артрит
- Б) системная склеродермия
- В) СКВ
- Г) дерматомиозит

**3720. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б) отмену лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему
- В) пероральный приём глюкокортикоидов
- Г) гемодиализ

**3721. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие отёков
- Б) повышение АД
- В) дизурия
- Г) сердцебиение

**3722. ПРОТЕИНУРИЯ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) миломной болезни
- Б) поликистозе почек
- В) амилоидозе с поражением почек
- Г) мочекаменной болезни

**3723. СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АСИММЕТРИЧНЫМ ПОЛИНЕВРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) узелкового периартериита
- Б) СКВ
- В) амилоидоза с поражением почек
- Г) геморрагического васкулита

**3724. УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОЧКИ, ДЕФОРМАЦИЯ ЛОХАНОЧНО-ЧАШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, НЕРОВНЫЕ КОНТУРЫ МАЛЫХ ЧАШЕЧЕК, ОБЛИТЕРАЦИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) сморщенной почки
- Б) туберкулеза почек
- В) гипоплазии почки
- Г) опухоли почки

**3725. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ИСХОДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В ПОЧКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сосочковая зона
- Б) чащечки и лоханка
- В) корковое вещество
- Г) мозговое вещество

**3726. БОЛЬНАЯ, ЖЕНЩИНА 60 ЛЕТ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 18-20 Г/СУТ), ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (95 Г/Л); ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ**

- А) «миеломная болезнь»
- Б) «амилоидоз»
- В) «хронический гломерулонефрит»
- Г) «хронический пиелонефрит»

**3727. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СТИМУЛИРУЕТ**

- А) гастрин
- Б) секретин
- В) холецистокинин
- Г) серотонин

**3728. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А) хронического панкреатита
- Б) болезни Крона
- В) ишемического колита
- Г) синдрома раздраженной кишки

**3729. У ЧЕЛОВЕКА В СУТКИ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА (Л)**

- А) 1,5-2,0
- Б) 0,5-1,0
- В) 1,0-1,5
- Г) до 0,5

**3730. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ?**

- А) повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмина, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой
- Б) наличие синдрома холестаза
- В) повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмина, наличие неврологической симптоматики
- Г) наличие синдрома цитолиза

**3731. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей
- Б) ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей
- В) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей
- Г) ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей

**3732. ЧТО, КРОМЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИСУТСТВУЕТ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ А1-АНТИТРИПСИНА?**

- А) хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности
- Б) прогрессирующая энцефалопатия
- В) нарушение fertильности
- Г) остеомаляция, патологические переломы

**3733. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) часто развивается при муковисцидозе
- Б) часто развивается при первичном амилоидозе
- В) часто развивается при синдроме Марфана
- Г) не развивается ни при одном из перечисленных заболеваний

**3734. ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПОВЫШАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ГИПЕРПРОДУКЦИИ**

- А) катехоламинов
- Б) кортикостероидов
- В) ренина
- Г) альдостерона

**3735. ГИПОКАЛИЕМИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С**

- А) первичным гиперальдостеронизмом
- Б) поликистозом почек
- В) феохромоцитомой
- Г) хроническим пиелонефритом

**3736. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ» АГ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

- А) реноваскулярной
- Б) при гломерулонефrite
- В) при тиреотоксикозе
- Г) при мочекаменной болезни

**3737. НЕОБХОДИМО ЭКСТРЕННОЕ СНИЖЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С**

- А) расслаивающей аневризмой аорты
- Б) гипертонической ангиопатией сетчатки глаза
- В) нарушением мозгового кровообращения
- Г) прогрессирующей почечной недостаточностью

**3738. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) выраженная синусовая брадикардия
- Б) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- В) пароксизмальная мерцательная аритмия
- Г) частая экстрасистолия

**3739. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ОТНОСЯТ**

- А) тромбоз в полости левого предсердия
- Б) «флотирующие» тромбы глубоких вен нижних конечностей
- В) дилатацию правых камер сердца
- Г) частые пароксизмы синусовой тахикардии

**3740. САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сцинтиграфия
- Б) коронароангиография
- В) эхокардиография
- Г) стресс-эхокардиография

**3741. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТВЕДЕНИЯХ V1-V2 ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение высоты и ширины зубцов R
- Б) подъем сегмента ST
- В) отсутствие зубцов R
- Г) отрицательные зубцы P

**3742. ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ НЕ ПОЗДНЕЕ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тромболитическая терапия
- Б) внутривенная инфузия гепарина
- В) внутривенная инфузия селективных бета-блокаторов
- Г) внутривенная инфузия нитроглицерина

**3743. ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ТРОПОНИНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ**

- А) 7-14 дней
- Б) 3-5 недель
- В) 12-24 часов
- Г) 2-3 месяцев

**3744. У БОЛЬНЫХ С ИБС, ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЁМ НИЗКИХ ДОЗ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ**

- А) уменьшает риск повторных ИМ
- Б) уменьшает риск повторных ИМ только у мужчин
- В) не влияет на прогноз
- Г) рекомендуется только для больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа

**3745. У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОВЫШЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ**

- А) выявляют через несколько часов от начала заболевания
- Б) выявляют через 48-72 часа от начала заболевания В)
- выявляют спустя 7-10 дней от начала заболевания Г) не
- характерно

**3746. ПРИЗНАКОМ СОПУТСТВУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ**

- А) подъем сегмента ST в отведении V4 (R)
- Б) депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5
- В) отрицательный зубец Т в отведениях V1-V2
- Г) увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2

**3747. У «ВНУТРИВЕННЫХ» НАРКОМАНОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПОРАЖАЕТСЯ КЛАПАН**

- А) трехстворчатый
- Б) легочной артерии
- В) митральный
- Г) аортальный

**3748. К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ЛЁГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ ОТНОСЯТ**

- А) вены нижних конечностей
- Б) вены таза
- В) правое предсердие
- Г) правый желудочек

**3749. КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ ИЗОФЕРМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) креатинфосфокиназа МВ
- Б) аспарагиновая трансаминаза
- В) креатинфосфокиназа ВВ
- Г) лактатдегидрогеназа-3

**3750. САМЫМИ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННЫХ МИОКАРДИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) вирусы
- Б) кокки
- В) простейшие
- Г) грибы

**3751. «ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС» У БОЛЬНЫХ С ПЕРИКАРДИТОМ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ**

- А) снижения сердечного выброса на вдохе
- Б) снижения сердечного выброса на выдохе
- В) аритмии
- Г) гипертрофии левого желудочка

**3752. КЛАПАННЫМ ПОРОКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аортальный стеноз
- Б) митральный стеноз
- В) аортальная недостаточность
- Г) митральная недостаточность

**3753. КЛАПАННЫМ ПОРОКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ЭПИЦЕНТРОМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аортальная недостаточность
- Б) митральная недостаточность
- В) аортальный стеноз
- Г) митральный стеноз

**3754. ВЫРАЖЕННОЕ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ВЛЕВО И ВНИЗ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**

- А) дилатации левого желудочка
- Б) дилатации обоих предсердий
- В) гипертрофии правого желудочка
- Г) гипертрофии межжелудочковой перегородки

**3755. РИСК ВОЗНИКОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПРИ**

- А) дефекте межжелудочковой перегородки
- Б) митральном стенозе
- В) пролапсе митрального клапана
- Г) дефекте межпредсердной перегородки

**3756. ПРИ ПРИЁМЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА КОНЕЧНОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ**

- А) понижается
- Б) повышается, затем резко снижается
- В) не меняется
- Г) повышается

**3757. К ПРИЗНАКАМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОсят**

- А) приступы сердечной астмы
- Б) отеки ног
- В) гепатомегалию
- Г) видимую пульсацию вен на шее

**3758. ОДНОСТОРОННИЕ ОТЕКИ НОГ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

- А) могут быть при сопутствующей патологии вен
- Б) встречаются только при правожелудочковой сердечной недостаточности
- В) являются типичным признаком бивентрикулярной сердечной недостаточности
- Г) встречаются при сопутствующем гипотиреозе

**3759. НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАЗНАЧАЮТСЯ**

- А) для профилактики тромбообразования
- Б) для уменьшения агрегации тромбоцитов
- В) при отсутствии эффекта от тромболитической терапии
- Г) их использование нецелесообразно, метаанализ многоцентровых исследований показал преимущество нефракционированного гепарина в снижении летальности

**3760. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) передозировка антигипертензивных препаратов
- Б) идиопатическая ортостатическая гипотония
- В) пролапс митрального клапана
- Г) аритмогенная правожелудочковая дисплазия

**3761. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ДИЛТИАЗЕМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ**

- А) купирования приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии
- Б) купирования приступа желудочковой тахикардии
- В) снижения частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом ВПВ
- Г) подавления желудочковой экстрасистолии типа «R на T»

**3762. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО МИКРОСФЕРОЦИТОЗА (БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА) И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ (СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА) ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) морфология эритроцитов
- Б) уровень билирубина
- В) общее состояние больных
- Г) возраст больных

**3763. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ  
ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПРИ**

- А) хроническом гломерулонефрите с периодической макрогематурией
- Б) волчаночном нефрите с наличием тромбоцитопении, суставного синдрома, плеврального выпота
- В) гипернефрому без отдаленных метастазов
- Г) острым (апостематозном) пиелонефрите на фоне сахарного диабета

**3764. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО  
ПРОВЕДЕНИЕ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ**

- А) идиопатической тромбоцитопенической пурпуре
- Б) миелодиспластическом синдроме
- В) болезни Маркиафава
- Г) начальной стадии эритремии

**3765. ГЕМАТОМНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) гемофилии
- Б) дефицита факторов протромбинового комплекса
- В) тромбоцитопатии
- Г) идиопатической тромбоцитопенической пурпуры

**3766. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ У  
БОЛЬНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ  
НАРАСТАЮЩЕЙ ЖЕЛТУХИ, КОЖНОГО ЗУДА, ОБЕСЦВЕЧЕННОГО СТУЛА,  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) удлинение протромбинового времени (снижение протромбинового индекса)
- Б) снижение концентрации фибриногена в крови
- В) снижение концентрации VIII фактора
- Г) снижение количества тромбоцитов в крови

**3767. ВОЗМОЖНАЯ СХЕМА НАЗНАЧЕНИЯ  
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

- А) 2/3 дозы утром+1/3 дозы в обед
- Б) в равных дозах на 2 приема (утро и вечер)
- В) в равных дозах 3 раза в день
- Г) однократно всю дозу во второй половине дня

**3768. КОМБИНИРОВАННЫМ ИНГАЛЯЦИОННЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ  
ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНО ДЛЯ  
КУПИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПО  
ТРЕБОВАНИЮ) ПРИ СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ,  
НАЧИНАЯ С ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНИ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Формотерол/Будесонид
- Б) Салметерол/Флутиказона пропионат
- В) Оладатерол/Тиотропия бромид
- Г) Индакатерол/Гликопиррония бромид

**3769. К «РЕСПИРАТОРНЫМ» ФТОРХИНОЛОНАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) Левофлоксаци
- Б) Ципрофлоксацин
- В) Налидиксовая кислота
- Г) Имипенем

**3770. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМИЛОИДОЗА КОЛХИЦИН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ  
(МГ В СУТКИ)**

- А) 2
- Б) 0,5–1
- В) 10
- Г) 20–30

**3771. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕСИИ С СИНДРОМОМ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ**

- А) антисекреторные препараты
- Б) прокинетики
- В) анальгетики
- Г) спазмолитики

**3772. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОТЁКОМ ЛЁГКИХ, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ В/В ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Нитроглицерин
- Б) Дигоксин
- В) Нифедипин
- Г) Дибазол

**3773. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Амфотерицин В
- Б) Даптомицин
- В) Ванкомицин
- Г) Канамицин

**3774. ОКАЗЫВАЕТ ПРЯМОЕ ВАЗОПРЕССОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ**

- А) ангиотензин II
- Б) ренин
- В) брадикинин
- Г) простациклин

**3775. МАКСИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ИМЕЕТ**

- А) Кордарон
- Б) Бисопролол
- В) Соталол
- Г) Верапамил

**3776. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПРИ СНИЖЕНИИ ПРОТРОМБИНОВОГО ИНДЕКСА ДО 40%, КОЛИЧЕСТВЕ ТРОМБОЦИТОВ  $160 \times 10^9/\text{л}$  ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

- А) трансфузии донорской свежезамороженой плазмы
- Б) трансфузии тромбоцитов
- В) анаболические гормоны парентерально (ретаболил)
- Г) аскорбиновую кислоту в больших дозах

**3777. ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХОЛЕСТЕРИНА ДЛЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СОСТАВЛЯЕТ ДО (ММОЛЬ/Л)**

- А) 5
- Б) 6
- В) 7
- Г) 8

**3778. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИБС ОТНОСИТСЯ**

- А) сердечная недостаточность левожелудочковая
- Б) инсульт
- В) аневризма аорты
- Г) митральный стеноз

**3779. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ангинозная
- Б) церебральная
- В) аритмическая
- Г) астматическая

**3780. ПРИ ВЫСОКОМ СОДЕРЖАНИИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП РИСК РАЗВИТИЯ ИБС**

- А) высокий
- Б) низкий
- В) риск выше при сочетании повышения ЛПНП с повышением ЛПВП
- Г) данный показатель не имеет значения

**3781. ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО**

- А) 10-14 дней
- Б) 2-4 часов
- В) 3-4 недель
- Г) 2-3 месяцев

**3782. ДЛЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ НА ЭКГ**

- А) глубокого зубца «Q»
- Б)monoфазной кривой
- В) двухфазного зубца «R»
- Г) отрицательного зубца «P»

**3783. СИНДРОМ «ПЕРЕКРЕСТА» («НОЖНИЦ») ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) снижением лейкоцитов и повышением СОЭ к концу первой недели
- Б) снижением СОЭ и повышением лейкоцитов крови к концу первой недели
- В) лихорадкой
- Г) изменениями на ЭКГ

**3784. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дистанция 6-минутной ходьбы
- Б) взвешивание
- В) Эхо-КГ
- Г) велоэргометрия

**3785. НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ**

- А) левого предсердия
- Б) левого желудочка
- В) правого желудочка
- Г) правого предсердия

**3786. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ЭХО-КГ ОТНОСЯТ**

- А) вегетации на створках
- Б) аневризму левого желудочка
- В) аортальную недостаточность
- Г) аортальный стеноз

**3787. ПРИЗНАКОМ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) отсутствие пульсации крупных артерий
- Б) глухие тоны сердца
- В) крепитация в легких
- Г) Klokoчущее дыхание

**3788. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ РИТМ СЕРДЦА**

- А) правильный
- Б) неправильный
- В) с ритмичным выпадением сокращений желудочек
- Г) редкий ритмичный

**3789. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ**

- А) приступов сердечной астмы
- Б) переполнения шейных вен
- В) периферических отеков
- Г) увеличения печени

**3790. К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСЯТ**

- А) полиартрит
- Б) лихорадку
- В) ускорение СОЭ
- Г) удлинение интервала PQ

**3791. ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) систолического шума справа от грудины с проведением на шею
- Б) систолического шума на верхушке с проведением вниз, влево
- В) диастолического шума над мечевидным отростком Г)
- двойного тона Траубе на сосудах.

**3792. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ, БЛЕДНОСТИ, ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО 2 МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О НАЛИЧИИ**

- А) аортального стеноза
- Б) митральной недостаточности
- В) митрального стеноза
- Г) аортальной недостаточности

**3793. ПРЯМЫМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) симптом «ниши»
- Б) симптом «песочных часов»
- В) гастроэзофагеальный рефлюкс
- Г) деформация стенки желудка

**3794. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эндоскопия с прицельной биопсией
- Б) рентгенологическое исследование желудка
- В) исследование секреторной функции желудка
- Г) поэтажная манометрия

**3795. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ**

- А) заместительная
- Б) эрадикационная
- В) антирефлюксная
- Г) антисекреторная

**3796. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

- А) трансаминаз
- Б) щелочной фосфатазы
- В) холестерина
- Г) прямого билирубина

**3797. К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТ**

- А) гипергликемию
- Б) снижение массы тела
- В) стеаторею
- Г) дефицит жирорастворимых витаминов

**3798. ПЕЧЕНОЧНО–КЛЕТОЧНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ**

- А) Чайлд–Пью
- Б) Уилсона–Коновалова
- В) Бадда–Киари
- Г) Шерешевского–Тернера

**3799. ВЕДУЩИМ КРИТЕРИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией
- Б) протеинурия > 3,5 г/л в сочетании с гиперальбуминемией
- В) наличие в моче белка Бенс-Джонса
- Г) протеинурия < 3,5 г/л в сочетании с гипоальбуминемией

**3800. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ИГ А- НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рецидивирующая макрогематурия
- Б) протеинурия
- В) цилиндурия
- Г) гипостенурия

**3801. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ И ФОРМЫ ЭРИТРОЦИТОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЖДА?**

- А) микроциты, пойкилоцитоз
- Б) серповидные эритроциты, аизоцитоз
- В) мегалоциты, пойкилоцитоз
- Г) мишеневидные эритроциты, пойкилоцитоз.

**3802. БРОНХОСКОПИЯ ПРИ ХОБЛ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ**

- А) выявить обструкцию периферических бронхов
- Б) получить материал для микробиологического исследования
- В) выявить трахеобронхиальную дискинезию
- Г) получить материал для цитологического исследования

**3803. КЛЮЧЕВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) рентгенография органов грудной клетки
- Б) фибробронхоскопия
- В) компьютерная томография
- Г) исследование функции внешнего дыхания

**3804. К ЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) дистресс-синдром
- Б) инфекционно-токсический шок
- В) инфекционно-аллергический миокардит
- Г) менингит, менингоэнцефалит

**3805. К ФИЗИКАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХОБЛ ОТНОСЯТ**

- А) сухие хрипы
- Б) крепитацию
- В) шум терния плевры
- Г) притупление перкуторного звука в проекции доли легкого

**3806. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- А) удлиненного выдоха
- Б) крепитации
- В) тупого звука под лопатками
- Г) бронхиального дыхания

**3807. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МОКРОТА**

- А) вязкая
- Б) пенистая
- В) легкоотделяемая
- Г) образует три слоя при отстаивании

**3808. ВАГУСНЫЕ ПРОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ**

- А) пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии
- Б) фибрилляции предсердий
- В) пароксизмальной желудочковой тахикардии
- Г) частой желудочковой экстрасистолии

**3809. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПУЛЬСА МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ**

- А) Фенотерола
- Б) Метопролола
- В) Дигоксина
- Г) Дилтиазема

**3810. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ**

- А) Экстенциллин
- Б) Гентамицин
- В) Ампициллин
- Г) Делагил

**3811. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИМПТОМАМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ**

- А) белки
- Б) жиры
- В) углеводы
- Г) жидкость

**3812. ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СНИЖАЮТ**

- А) ингибиторы АПФ
- Б)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- В)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Г) дигидропиридиновые антагонисты кальция

**3813. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) Обзидан
- Б) Интал
- В) Флутиказон
- Г) Ингакорт

**3814. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дилатация миокарда левого предсердия
- Б) очаговый фиброз миокарда желудочков
- В) гипертрофия левого желудочка
- Г) дилатация левого желудочка

**3815. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ**

- А) открытый артериальный проток
- Б) открытое овальное окно
- В) аневризма межпредсердной перегородки
- Г) сеть Хиари

**3816. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА**

- А) инфекционный эндокардит
- Б) ишемическую болезнь сердца
- В) миокардит
- Г) перикардит

**3817. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЭМБОЛИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ ВОЗМОЖНЫ В**

- А) головной мозг
- Б) легочную артерию
- В) легкие
- Г) легочные вены

**3818. ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) осложнение эмболического характера
- Б) ишемическая болезнь сердца
- В) высокая лихорадка
- Г) ДВС-синдром

**3819. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ**

- А) перикардита, плеврита, пневмонита
- Б) плеврита, миокардита, асцита
- В) лихорадки, кардиалгии, отеков нижних конечностей Г) бронхита, миокардита, лихорадки

**3820. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) индекс массы миокарда левого желудочка
- Б) толщина стенок левого желудочка
- В) размер полостей сердца
- Г) ударный объем левого желудочка

**3821. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА - МИКСОМА - НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В**

- А) левом предсердии
- Б) правом предсердии
- В) левом желудочке
- Г) правом желудочке

**3822. САМЫМ ЧАСТЫМ ТИПОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) миксома
- Б) саркома
- В) рабдомиома
- Г) хромафинома

**3823. НАИБОЛЬШУЮ СКЛОНОСТЬ К МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ В СЕРДЦЕ ИМЕЕТ**

- А) меланома
- Б) карцинома
- В) лимфома
- Г) саркома

**3824. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ТРОМБОЗУ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) повреждение эндотелия, турбулентный ток крови, гиперкоагуляция
- Б) спазм сосудов, атеросклероз, высокая активность ренина плазмы
- В) тромбоцитопения, рапефикация микроциркуляторного русла, эмболия
- Г) атероматозные бляшки, гемостаз, гипокоагуляция

**3825. КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА, ВКЛЮЧАЕТ**

- А) одышку, обмороки, стенокардию
- Б) тремор, отеки, одышку
- В) стенокардию, постуральная гипотензию, отеки
- Г) одышку, артериальную гипертонию, обмороки

**3826. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аневризма аорты
- Б) васкулит
- В) миокардиальный фиброз
- Г) нарушение ритма и проводимости сердца

**3827. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТРАН ЕВРОПЫ «СИСТОЛИЧЕСКАЯ АГ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УРОВНЮ АД В ММ РТ.СТ.**

- А) выше 140 и ниже 90
- Б) выше 140 и выше 90
- В) выше 160 и выше 89
- Г) ниже 140 и выше 85

**3828. ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТРАН ЕВРОПЫ «СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ АГ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УРОВНЮ АД В ММ РТ. СТ.**

- А) выше 140 и выше 90
- Б) выше 140 и ниже 90
- В) ниже 140 и выше 90
- Г) ниже 140 и ниже 90

**3829. ДИАГНОЗ «СКРЫТОЙ» АГ МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ УРОВНЕ (ММ РТ.СТ.)**

- А) дневного амбулаторного АД <135 /85
- Б) дневного амбулаторного АД > 135/85
- В) среднесуточного амбулаторного АД  
>135/80 Г) «офисного» АД 140/90

**3830. ДИАГНОЗ «СКРЫТОЙ» АГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЯМИ (ММ РТ. СТ.)**

- А) дневного амбулаторного АД > 135/85 и «офисного АД» < 140/90
- Б) «офисного» АД > 160-170/100 мм рт.ст. и дневного амбулаторного АД > 135/85
- В) среднесуточного амбулаторного АД < 130/80 и повышенного «офисного» АД Г)  
эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД > 135/85

**3831. НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) возраст
- Б) ожирение
- В) сахарный диабет
- Г) курение

**3832. К АССОЦИИРОВАННОМУ СОСТОЯНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) транзиторная ишемическая атака
- Б) пульсовое АД > 60 мм рт.ст (у пожилого и старческого контингента)
- В) гипертрофия левого желудочка
- Г) ХБП с рСКФ 30-60 мл/мин/ $1,73\text{ м}^2$

**3833. К АССОЦИИРОВАННЫМ СОСТОЯНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ**

- А) ИБС: инфаркт миокарда, стенокардию, коронарную реваскуляризацию
- Б) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- В) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)
- Г) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/секи  
лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

**3834. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНОВ –МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) пульсовое АД > 60 мм рт.ст. (у пожилого и старческого контингента)
- Б) цереброваскулярная болезнь
- В) сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса
- Г) клинически манифестное поражение периферических артерий

**3835. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) микроальбуминурия
- Б) стенокардия
- В) сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса
- Г) энцефалопатия

**3836. К АССОЦИИРОВАННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ИЛИ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) стенокардия и сердечная недостаточность, включая сердечную недостаточность с сохраненной фракцией выброса
- Б) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- В) микроальбуминурия и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34мг/ммоль)
- Г) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9

**3837. К АССОЦИИРОВАННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ИЛИ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ**

- А) ХБП с рСКФ  $< 30\text{мл}/\text{мин}/1,73 \text{ м}^2$  или протеинурию  $> 300 \text{ мг}$  в сутки
- Б) ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- В) микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину ( $30\text{-}300\text{мг}/\text{г}$ ;  $3,4\text{-}34 \text{ мг}/\text{ммоль}$ )
- Г) скорость каротидно-феморальной пульсовой волны  $> 10\text{м}/\text{сек}$  и лодыжечно-плечевой индекс  $< 0,9$

**3838. ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕМ АД ПРИ ПЕРЕХОДЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЧЕРЕЗ**

- А) 3 минуты и снижением САД более чем на  $20 \text{ мм рт.ст.}$  и ДАД более чем на  $10 \text{ мм рт. ст.}$
- Б) 1 минуту и снижением САД и ДАД более чем на  $20 \text{ мм рт.ст.}$
- В) 5 минут снижением САД и ДАД более чем на  $20 \text{ мм рт.ст.}$
- Г) 5 минут снижением САД и ДАД более чем на  $25 \text{ мм рт.ст.}$

**3839. ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ САД ДО УРОВНЯ (ММ РТ.СТ.)**

- А) ниже 140
- Б) ниже 130
- В) 120
- Г) ниже 120

**3840. ПАЦИЕНТАМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ПРОТЕИНУРИЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СНИЖАТЬ УРОВЕНЬ САД ПОД КОНТРОЛЕМ СКФ ДО УРОВНЯ (ММ РТ.СТ.)**

- А) ниже 130
- Б) ниже 140
- В) 120
- Г) ниже 120

**3841. ЧАЩЕ ВСЕГО ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ АГ У МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ**

- А) атеросклероза
- Б) фиброму скеллярной дисплазии
- В) опухоли почки
- Г) травмы почки

**3842. ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (СУТКИ)**

- А) 2-3
- Б) 1
- В) 5-6
- Г) 14

**3843. В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ ХСН МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ**

- А) натрийуртических пептидов
- Б) катехоламинов
- В) альдостерона
- Г) ренина и альдостерона

**3844. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ**

- А) синдром Дресслера
- Б) фибрилляция желудочков
- В) кардиогенный шок
- Г) блокада левой ножки пучка Гиса

**3845. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С  
ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА  
ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) Дигоксин
- Б) Бисопролол
- В) Верапамил
- Г) Дилтиазем

**3846. АТЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) антагонисты медленных кальциевых каналов
- В) ингибиторы АПФ
- Г) антагонисты рецепторов ангиотензина II

**3847. ДЛЯ СКРИНИНГА НА ТУБЕРКУЛЁЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ ДЕТЬЯМ  
И ПОДРОСТКАМ ДИАСКИНТЕСТ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

- А) 8-17
- Б) 12-17
- В) 10-17
- Г) 11-17

**3848. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ  
НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЁЗ ПРОВОДИТСЯ С (ГОД)**

- А) 15
- Б) 14
- В) 10
- Г) 7

**3849. ТУБЕРКУЛЕМУ ЛЁГКОГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

- А) периферическим раком
- Б) центральным раком
- В) абсцессом лёгкого
- Г) пневмонией

**3850. У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ С АГ И ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ГОЛЕНЯХ ПРИ ХОДЬБЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ**

- А) коарктацию аорты
- Б) синдром Такаясу
- В) пиелонефрит
- Г) облитерирующий эндартериит

**3851. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД ОТНОСЯТ**

- А) тромбоцитопатию, тромбоцитопению и другие заболевания крови в период обострения
- Б) гипертермию
- В) ортостатическую гипотензию
- Г) нарушения ритма сердца

**3852. ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАСТОЙ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ В**

- А) малом круге кровообращения
- Б) большом круге кровообращения
- В) портальной системе
- Г) большом и малом кругах кровообращения

**3853. КРОВОСНАБЖЕНИЕ МИОКАРДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ**

- А) диастолы
- Б) систолы
- В) систолы и диастолы
- Г) пресистолы

**3854. АДАПТАЦИОННОЕ СНИЖЕНИЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ПУТЕМ УГНЕТЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КАРДИОМИОЦИТА В ОТВЕТ НА УМЕНЬШЕНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК \_\_\_\_\_ МИОКАРДА**

- A) «гибернация»
- Б) «оглушенность»
- В) «некроз»
- Г) «апоптоз»

**3855. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НА ОБЛАСТЬ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К**

- A) кальцификации створок клапанов
- Б) гипертрофии миокарда
- В) асинхронии миокарда
- Г) диастолической дисфункции миокарда

**3856. РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- A) портальной гипертензии
- Б) эссенциальной гипертензии
- В) ренальной гипертензии
- Г) синдрома Иценко-Кушинга

**3857. КОРРИГИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- A) дислипидемия
- Б) возраст
- В) гиперурикемия
- Г) пол

**3858. ОБЪЕМ ТАЛИИ У МУЖЧИН ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЕТ (СМ)**

- А) 94
- Б) 92
- В) 90
- Г) 78

**3859. УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) гипертонической болезни
- Б) митральной недостаточности
- В) хроническом легочном сердце
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**3860. НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) смещение переходной зоны в V4-V6
- Б) смещение переходной зоны в V1-V2
- В) патологический зубец Q
- Г) увеличение интервала PQ

**3861. ИСТИННАЯ ПОЛИЦИТЕМИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ (ГОД)**

- А) 60 и старше
- Б) 20-30
- В) 5-10
- Г) 11-15

**3862. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- А) гипохромия
- Б) гиперхромия
- В) микросферацитоз
- Г) окантоцитоз

**3863. АДРЕНАЛИН, АМИОДАРОН И ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ В СОВОКУПНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А) фибрилляции желудочков
- Б) асистолии
- В) фибрилляции предсердий
- Г) трепетании предсердий

**3864. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ В СТАНДАРТНЫХ ДОЗАХ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- А) дисфонии
- Б) ожирения
- В) стероидного диабета
- Г) остеопороза

**3865. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА В2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ ЛЕГКИХ ДЕЙСТВУЕТ**

- А) Фенотерол
- Б) Тиотропия бромид
- В) Гликопиррония бромид
- Г) Беклометазона дипропионат

**3866. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) Пропранолола
- Б) Верапамила
- В) Диоксида
- Г) Этацизина

**3867. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ АТИПИЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ, ИСПЛЬЗУЕТСЯ**

А) Азитромицин

Б) Гентамицин

В) Цефотаксим

Г) Ванкомицин

**3868. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ЧАСА/ЧАСОВ С МОМЕНТА ОТ НАЧАЛА**

ЛЕЧЕНИЯ А) 48-72 Б) 12-24 В) 25-

36

Г) 6-11

**3869. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОТНОСЯТ**

А) остронефритический синдром

Б) острую почечную недостаточность

В) хроническую почечную недостаточность

Г) мочевой синдром

**3870. У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

А) бронхиальная астма

Б) хроническая обструктивная болезнь легких

В) экзогенный аллергический альвеолит

Г) идиопатический легочный фиброз

**3871. ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИМ Н2-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Ранитидин

Б) Омепразол

В) Метацин

Г) Гастрофарм

**3872. ОМЕПРАЗОЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) ингибитором протонной помпы

Б) желчегонным препаратом

В) блокатором Н2-гистаминовых рецепторов

Г) ферментным препаратом

**3873. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЗУДА ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) Урсодезоксихолиевая кислота

Б) Рибавирин

В) Дюфалак

Г) Мебеверин

**3874. ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) пегилированный интерферон

Б) Интерферон  $\alpha$

В) Рибавирин

Г) Адеметионин

**3875. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО (Г/СУТКИ)**

А) 20-30

Б) 31-40

В) 41-50

Г) 51-60

**3876. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атриовентрикулярная блокада 2-3 степени
- Б) атриовентрикулярная блокада 1 степени
- В) трепетание предсердий
- Г) фибрилляция предсердий

**3877. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, тиазидные диуретики
- Б) ганглиоблокаторы, антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, калийсберегающие диуретики
- В) альфа-адреноблокаторы, антагонисты кальция недигидропиридинового ряда, петлевые диуретики
- Г) блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона, симпатолитики

**3878. ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ В2-АГОНИСТОВ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) тахикардия, нарушения ритма
- Б) гипокалиемия, бронхоспазм
- В) гиперкалиемия, сонливость
- Г) брадикардия, гипергликемия

**3879. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Морфин
- Б) Фентанил
- В) Метамизол натрия
- Г) Кеторолак

**3880. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ГЕПАРИНА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А) Протамина сульфат
- Б) Калия иодид
- В) Натрия нитрит
- Г) Налоксона гидрохлорид

**3881. ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ АМИОДАРОНА ПОКАЗАНА ПРИ**

- А) желудочковой тахикардии
- Б) атриовентрикулярной блокаде 1 степени
- В) электромеханической диссоциации
- Г) синусовой брадикардии

**3882. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТАХИКАРДИИ С ШИРОКИМИ РИТМИЧНЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Амиодарон
- Б) Аденозин
- В) Пропранолол
- Г) Дигоцин

**3883. АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) объема и удельной плотности мочи каждые три часа в течение суток
- Б) объема и удельной плотности суточной мочи
- В) объема и удельной плотности утренней мочи
- Г) концентрации белка в моче каждые три часа в течение суток

**3884. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ**

- А) Розувастатина
- Б) Симвастатина
- В) Аторвастатина
- Г) Правастатина

**3885. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ  
КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА**

- А) выявление заболевания на ранних стадиях, предупреждение его прогрессирования и возможных осложнений
- Б) выявление факторов риска, предупреждение возникновения болезни и устранение ее причин
- В) улучшение качества жизни пациентов, имеющих хронические заболевания
- Г) предотвращение развития осложнений выявленного заболевания

**3886. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ  
КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА**

- А) предотвращение ухудшения течения заболевания, возможных осложнений после того, как болезнь проявила
- Б) выявление факторов риска, предупреждение возникновения болезни и устранение ее причин
- В) выявление заболевания на ранних стадиях и на предупреждение его прогрессирования, а также возможных осложнений
- Г) реабилитацию больного, перенесшего острое заболевание с длительной нетрудоспособностью

**3887. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ БРОНХОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ  
БРОНХИАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ, КАШЕЛЬ, ОДЫШКА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ**

- А) острым бронхите
- Б) острым ларингите
- В) острой пневмонии
- Г) острым фиброзирующим альвеолите

**3888. У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ НОЧЬЮ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИСТУПЫ  
ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА  
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЁМ  
СЕГМЕНТА ST, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) вариантной стенокардии
- Б) острого коронарного синдрома с подъемом ST
- В) острого перикардита
- Г) тромбоэмболии легочной артерии

**3889. ИЗМЕНЕНИЕМ В КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение уровня тропонина
- Б) увеличение активности амилазы
- В) снижение коэффициента де Ритиса
- Г) увеличение активности гамма-глутамилтрансферазы

**3890. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) смещение границ относительной сердечной тупости вверх и влево
- Б) смещение границ относительной сердечной тупости вправо В)  
треугольная форма сердца
- Г) выраженное смещение границ относительной сердечной тупости вниз и влево

**3891. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- Б) повышение уровня щелочной фосфатазы В)  
повышение уровня холестерина Г) снижение уровня
- альбумина

**3892. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- А) Аторвастатин
- Б) Нитросорбит
- В) Диклофенак
- Г) Аспирин

**3893. БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ С АД 170/110 ММ РТ. СТ.,  
У КОТОРОГО ОТМЕЧАЕТСЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЕ ТЕЧЕНИЕ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧИТЬ**

А) Метопролол

Б) Амлодипин

В) Моксонидин

Г) Лозартан

**3894. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ  
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ БЕНЗАТИН  
БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН НАЗНАЧАЕТСЯ 1 РАЗ В (ДЕНЬ)**

А) 21

Б) 14

В) 7

Г) 1

**3895. ВРАЧЕБНО-СЕСТРИНСКАЯ БРИГАДА СОСТОИТ ИЗ**

А) руководителя-врача, старшей медицинской сестры, 2 медицинских сестер, санитара, водителя-санитара

Б) руководителя-врача, врача, старшей медицинской сестры, 2 медицинских сестер, 2 санитаров-носильщиков, водителя

В) руководителя-врача, фельдшера, старшей медицинской сестры, 2 медицинских сестер, водителя-санитара

Г) руководителя-врача, старшей медицинской сестры, 2 медицинских сестер, 2 санитаров-носильщиков, водителя

**3896. У ЖЕНЩИНЫ 22 ЛЕТ С АСИММЕТРИЕЙ ПУЛЬСА И АД НА РУКАХ  
ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО**

А) болезнь Такаясу

Б) гранулематоз Вегенера

В) открытый артериальный проток

Г) коарктация аорты

**3897. КРУГЛЫЕ ШТАМПОВАННЫЕ ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ**

- А) подагре
- Б) псориатическом артрите
- В) миеломной болезни
- Г) системной красной волчанке

**3898. ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) низкий вольтаж зубца Т
- Б) гипертонус конечностей
- В) артериальная гипертензия с брадикардией
- Г) олигурия

**3899. ВНЕКЛЕТОЧНАЯ ЖИДКОСТЬ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ ТЕМ, ЧТО СОДЕРЖИТ МЕНЬШЕ**

- А) калия
- Б) кальция
- В) натрия
- Г) хлора

**3900. АНЕМИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В ЭРИТРОЦИТЕ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) железодефицитной
- Б) В12-дефицитной
- В) апластической
- Г) аутоиммунной гемолитической

**3901. В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) гиперхромией, макроцитозом, цитопенией
- Б) гипохромией, микроцитозом
- В) нормохромией, нормоцитозом
- Г) наличиемblastных клеток

**3902. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО**

- А) отсутствие пульса на одной руке
- Б) наличие геморрагической пурпуры
- В) наличие сетчатого ливедо
- Г) кровохарканье

**3903. ДЛЯ СИНДРОМА МАЛЬАБСОБЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) диарея
- Б) тошнота
- В) запор
- Г) желтуха

**3904. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- А) воспалительном заболевании кишечника
- Б) глистной инвазии
- В) синдроме раздраженного кишечника
- Г) гастрите

**3905. К МЕТОДАМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ**

- А) изготовление санитарных бюллетеней по профилактике инфекционных болезней
- Б) беседы только с больными
- В) беседы только с пожилыми лицами
- Г) беседы только по телевидению

**3906. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) появление микроаневризм
- Б) появление новообразованных сосудов
- В) тракционная отслойка сетчатки
- Г) появление «ватных» экссудатов

**3907. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА ВКЛЮЧАЕТ ИНСТИЛЛЯЦИИ В ГЛАЗ РАСТВОРА**

- A) Офтальмоферона
- Б) Эмоксипина
- В) Левомицетина
- Г) Тауфона

**3908. ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ БЛИЗОРУКОСТИ НА 1,0 ДИОПТРИЮ В ГОД И БОЛЕЕ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ**

- A) склеропластика
- Б) радиальная кератотомия
- В) кератомилез
- Г) термокоагуляция роговицы

**3909. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИОПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ \_\_\_\_\_ ЛИНЗЫ**

- A) сферические рассеивающие
- Б) цилиндрические собирающие
- В) сферические собирающие
- Г) цилиндрические рассеивающие

**3910. ЛЕВОТИРОКСИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ**

- A) гипотиреоза
- Б) сахарного диабета
- В) несахарного диабета
- Г) надпочечниковой недостаточности

**3911. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ**

- A) кальция и витамина D
- Б) Левотироксина
- В) Десмопрессина
- Г) Тиамазола

**3912. КАМЕРТОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ**

- А) Федеричи и Ринне отрицательные
- Б) Швабаха удлинена, Федеричи положительная
- В) Вебера – латерализация в здоровое ухо
- Г) Желле и Ринне положительные

**3913. СТЕКАНИЕ ГНОЯ ПО ВЕРХНЕМУ НОСОВОМУ ХОДУ И ПО ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ ГЛОТКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) сфеноидита
- Б) верхнечелюстного синусита
- В) фронтита
- Г) вазомоторного ринита

**3914. ПЛОСКИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ИЗ ПОЛОСТИ НОСА УДАЛЯЮТСЯ**

- А) пинцетом
- Б) крючком
- В) проталкиванием в носоглотку
- Г) петлей

**3915. ПРИ ВЕРИФИЦИРОВАННОМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- А) пункцию с последующим вскрытием абсцесса
- Б) физиолечение
- В) полоскание антисептиками
- Г) антигистаминную терапию

**3916. ПАЦИЕНТОВ СО «СВЕЖИМИ» ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА ЛУЧШЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В ОТДЕЛЕНИЕ**

- А) токсикологическое
- Б) гастроэнтерологическое
- В) оториноларингологическое
- Г) ожоговое

**3917. ВЕРНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) внутривенный
- Б) внутримышечный
- В) ингаляционный
- Г) пероральный

**3918. АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТОМ, БЛОКАТОРОМ H1-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Дезлоратадин
- Б) Хлоропирамин
- В) Мебгидролин
- Г) Ципрогептадин

**3919. ДЛЯ «FACIES MALARICA» ХАРАКТЕРНЫ**

- А) бледно-желтая окраска кожных покровов и склер, одутловатость лица
- Б) безучастное выражение, бледно-серая кожа, запавшие глаза, втянутые щеки
- В) одутловатое покрасневшее лицо, блестящие глаза, инъецированные склеры («кроличьи глаза»), сухие яркие губы, горячая сухая кожа
- Г) бледное амимичное лицо, безразличное к окружению, полуприкрытые глаза

**3920. В КЛИНИКЕ ГРИППА ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- А) интоксикации
- Б) диарейный
- В) гепатолиенальный
- Г) мионевралгический

**3921. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ ЖЕЛТУХА**

- А) паренхиматозная
- Б) механическая
- В) гемолитическая
- Г) метаболическая

**3922. ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ В» ПОДТВЕРЖДАЕТ  
ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ**

- А) HBsAg, HBeAg, анти-HBcor Ig M
- Б) анти-HBs, анти-HBe, анти-HBcor
- В) анти-HCV Ig M
- Г) анти-HDV, анти-HBs

**3923. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дегидратация
- Б) бактериемия
- В) гипоксемия
- Г) токсемия

**3924. КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ДЛЯ  
ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ХОЛЕРЫ?**

- А) дегидратационный
- Б) интоксикационный
- В) геморрагический
- Г) гастритический

**3925. ТИПИЧНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЁЗА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) колитический
- Б) энтеритический
- В) гастритический
- Г) интестинальный

**3926. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ,  
ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ В МАТЕРИАЛЕ БОЛЬНОГО  
ОСТРЫМ ШИГЕЛЛЕЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бактериологический
- Б) биологический
- В) вирусологический
- Г) серологический

**3927. ЛЮБАЯ ФОРМА ЧУМЫ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) потрясающим ознобом, лихорадкой 39-40°C
- Б) кашлем, одышкой
- В) регионарным лимфаденитом
- Г) образованием карбункула

**3928. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКА МАЛЯРИИ НАЗНАЧАЕТСЯ**

- А) за 1 неделю до выезда в эндемичный регион
- Б) в первые дни прибытия в очаг
- В) только на время пребывания в очаге
- Г) через неделю после возвращения из эндемичного региона

**3929. К ДЕКРЕТИРОВАННОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные
- Б) работники в сфере бытового обслуживания В) учащиеся школ, студенты очного отделения Г) женщины в декретном отпуске

**3930. ВПЕРВЫЕ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ПОНЯТИЕ «МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА» ВВЕЛ**

- А) Н.И. Пирогов
- Б) Н.Н. Бурденко
- В) С.П. Боткин
- Г) Н.А. Семашко

**3931. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ В ЛИКВОРЕ**

- А) обнаружение возбудителя
- Б) плеоцитоз
- В) снижение глюкозы
- Г) лимфоцитарный плеоцитоз

**3932. ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) иммунооблотинг
- Б) клинический анализ крови
- В) ИФА
- Г) соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров

**3933. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЯВЛЕНИЕМ «ВОДЯНИСТОЙ» ДИАРЕИ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) антибактериальных препаратов
- Б) оральной регидратации при легких формах
- В) парентерального введения кристаллоидов при тяжелом течении
- Г) энтеросорбентов

**3934. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО ПОСЛЕ КУПАНИЯ РЕЗКО СНИЗИЛСЯ СЛУХ, БУДЕТ**

- А) серная пробка
- Б) тромбоз лабиринтной артерии
- В) инородное тело в наружном слуховом проходе
- Г) диффузный наружный отит

**3935. ЭМФИЗЕМА ЛЁГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) хронической обструктивной болезни легких
- Б) острым бронхите
- В) карциноме легких
- Г) долевой пневмонии

**3936. ОБЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО И БРОНХИТИЧЕСКОГО ФЕНОТИПОВ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) одышка
- Б) гиперкапния
- В) полицитемия
- Г) хронический кашель

**3937. ПРЕПАРАТОМ С КОМБИНАЦИЕЙ ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА И БЕТА2-АГОНИСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Сальметерол+Флутиказон
- Б) Фенотерол+Ипратропия бромид
- В) Олодатерол+Тиотропия бромид
- Г) Сальбутамол+Ипратропия бромид

**3938. ПРЕПАРАТОМ С ВОЗМОЖНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В ВИДЕ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Сальбутамол
- Б) Формотерол
- В) Салметерол
- Г) Индакатерол

**3939. К БЕТА2-АГОНИСТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ**

- А) Сальбутамол
- Б) Формотерол
- В) Салметерол
- Г) Индакатерол

**3940. ПРЕПАРАТОМ С КОМБИНАЦИЕЙ БЕТА2-АГОНИСТА И М-ХОЛИНОЛИТИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Фенотерол+Ипратропия бромид
- Б) Будесонид+Формотерол
- В) Салметерол+Флутиказон
- Г) Вилантерол+Флутиказон

**3941. К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ОТНОСЯТ**

- А) амбулаторно-поликлинический
- Б) стационарный
- В) санаторно-курортный
- Г) лечебный

**3942. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ  
У БОЛЬНЫХ БЕЗ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
СОСТАВЛЯЕТ МЕНЬШЕ (ММОЛЬ/Л)**

- А) 5
- Б) 3
- В) 2
- Г) 1

**3943. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ  
ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) курение
- Б) частые вирусные инфекции дыхательных путей
- В) загрязнение воздуха
- Г) гиперреактивность бронхов

**3944. У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО  
БРОНХИТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ**

- А) хроническое раздражение слизистой дыхательных путей поллютантами (аэрозоли промышленных выбросов, табачный дым и т.д.)
- Б) рецидивирующая или хроническая бактериальная инфекция верхних дыхательных путей
- В) наследственная недостаточность альфа-1-антитрипсина
- Г) гиперреактивность бронхов

**3945. ЧАСТОТА ОСМОТРА БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести заболевания
- Б) 1 раз в год
- В) 3 раза в год
- Г) 1 раза в пол года

**3946. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СИМПТОМОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наличие желчи в рвотных массах
- Б) тошнота
- В) тяжесть в эпигастрии
- Г) отрыжка воздухом

**3947. ВАЖНЕЙШЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ**

- А) гипоальбуминемии менее 30 г/л и протеинурии более 3,5 г/сут
- Б) протеинурии менее 1,0 г/сут и артериальной гипертензии
- В) артериальной гипертензии и гиперкоагуляции
- Г) гематурии и изогипостенурии

**3948. ЧИСЛО БРОНХИАЛЬНЫХ ГЕНЕРАЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 24
- Б) 30
- В) 17
- Г) 10

**3949. ЦИАНОЗ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ РАО2 (ММ РТ.СТ.)**

- А) 60
- Б) 70
- В) 80
- Г) 50

**3950. СЦИНТИГРАФИЯ ЛЁГКИХ С ИЗОТОПАМИ ПОЗВОЛЯЕТ УТОЧНИТЬ СОСТОЯНИЕ**

- А) капиллярного кровотока лёгких
- Б) крупных сосудов лёгких
- В) бронхиальной проводимости
- Г) реактивности бронхов

**3951. К САМЫМ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ**

- А) боль в животе, неустойчивый стул
- Б) бронхоспазм
- В) психические нарушения
- Г) повышение креатинина в сыворотке крови

**3952. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ**

- А) Хлорохин
- Б) Ацетилсалициловая кислота
- В) Азатиоприн
- Г) Тауредон

**3953. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ФЕНОМЕНА РЕЙНО ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) дигидропиридиновые антагонисты Кальция
- Б) низкие дозы Аспирина
- В) Пропранолол
- Г) Кетансерин

**3954. К ПРЕПАРАТАМ, УСИЛИВАЮЩИМ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ДИАФРАГМЫ, ОТНОСЯТ**

- А) Эуфиллин
- Б) Кальций
- В) сердечные гликозиды
- Г) кортикоステроиды

**3955. ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- А) лекарственные средства, содержащие Йод
- Б) Кортикостероиды
- В) Теофиллин
- Г) Холинолитики

**3956. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО**

- А) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли менее 3 г/сут
- Б) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли от 5 до 10 г/сут
- В) доведение суточного диуреза до 3-5 литров
- Г) ограничение пищевого белка до 0,5 г/кг

**3957. НАЛИЧИЕ КАЛЬЦИНАТОВ ВО ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ УКАЗЫВАЕТ НА**

- А) ранее перенесенный туберкулезный процесс
- Б) потерю активности туберкулезного процесса
- В) сохранение активности туберкулезных изменений
- Г) переход туберкулезного процесса в хроническую стадию

**3958. ЭТИОЛОГИЮ ФОКУСНОЙ ТЕНИ В ЛЁГКОМ ПОЗВОЛИТ УТОЧНИТЬ**

- А) гистологическое и бактериологическое исследование патологического материала
- Б) цитологическое и бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза
- В) иммуно-ферментный анализ крови пациента на наличие антител к туберкулезу
- Г) длительная антибактериальная терапия неспецифическими препаратами и гистологическое исследование патологического материала

**3959. В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ  
ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПОДЛЕЖАТ**

- А) больные активной формой туберкулèза любой локализации Б)  
взрослые лица, инфицированные микобактерией туберкулèза
- Б) группы риска по неспецифическим заболеваниям органов  
дыхания Г) лица с остаточными посттуберкулёзными изменениями

**3960. К ОСНОВНОМУ ИСТОЧНИКУ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ  
ОТНОСЯТ**

- А) больного открытой формой туберкулèза лёгких
- Б) человека, инфицированного микобактерией туберкулèза
- В) пациента, ранее перенесшего туберкулёзный процесс Г)  
больного внелёгочными формами туберкулèза

**3961. ЧАЩЕ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ ВИРУСНЫЙ  
ГЕПАТИТ**

- А) С
- Б) В
- В) А
- Г) Е

**3962. МОЩНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ**

- А) числом врачебных посещений в смену
- Б) средним числом посещений на одного жителя в год
- В) количеством имеющихся лечебно-профилактических  
подразделений Г) числом занятых врачебных должностей

**3963. ДВУСТОРОННЯЯ КРЕПИТАЦИЯ В ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ  
ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ**

- А) фиброзирующем альвеолите
- Б) пневмотораксе
- В) плевральном выпоте
- Г) раке лёгкого

**3964. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛАКТАТА КРОВИ ВЫШЕ 2,5 ММОЛЬ/ЛИТР ВОЗНИКАЕТ ПРИ**

- А) перфузионных расстройствах
- Б) гипертоническом кризе
- В) гипопротеинемии
- Г) гипоосмолярном состоянии

**3965. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ**

- А) проксимальные межфаланговые
- Б) дистальные межфаланговые
- В) первый плюснефаланговый
- Г) шейного отдела позвоночника

**3966. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА?**

- А) кристаллы мочевой кислоты в поляризационном свете
- Б) прозрачная или опалесцирующая; высокая вязкость
- В) высокий нейтрофильный цитоз жидкости
- Г) обнаружение фагоцитов и ревматоидного фактора

**3967. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОМ АППАРАТЕ ВОЗМОЖНО ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ?**

- А) гипертрофическая остеоартропатия
- Б) синдром тугоподвижности суставов
- В) узелки Бушара и Гебердена
- Г) сустав Шарко

**3968. К НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ КОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ОТНОСЯТ**

- А) фоточувствительную эритематозную сыпь на лице и груди
- Б) чешуйчатые пятна, напоминающие псориаз
- В) рецидивирующие волдырные высыпания на туловище
- Г) пузыри разных размеров на эритематозной или неизмененного цвета коже

**3969. КВАЛИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ЧАРГА-СТРОССА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) бронхиальная астма (на момент осмотра или в анамнезе)
- Б) перемежающаяся хромота в конечностях
- В) гранулематозное воспаление при биопсии органов и тканей
- Г) сетчатое ливедо

**3970. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОДА  
ОТСУТСТВИЕ ПЕРИСТАЛЬТИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДИСТАЛЬНОМ  
ОТДЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) склеродермии пищевода
- Б) диффузного спазма пищевода
- В) пищевода Барретта
- Г) рефлюкс-эзофагита

**3971. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ригидность передней брюшной стенки
- Б) исчезновение или ослабление болей
- В) рвота кофейной гущей
- Г) гиперперистальтика

**3972. К АНТИСЕКРЕТОРНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ**

- А) H2-гистаминылокаторы
- Б) блокаторы серотониновых рецепторов
- В) соли лития
- Г) секвестранты желчных кислот

**3973. НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ  
ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ**

- А) борьбу с гипераммониемией
- Б) десенсибилизацию
- В) гидратацию
- Г) коррекцию гипергликемии

**3974. РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

- А) Мелоксикам
- Б) Индометацин
- В) Пироксикам
- Г) Реопирин

**3975. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕИ В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ПРИ  
СТИХАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СЛИЗИСТОЙ КИШЕЧНИКА  
МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ОТВАР**

- А) ольховых шишек
- Б) семян льна
- В) мяты
- Г) цветов бессмертника

**3976. ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ СНИЖАЕТ**

- А) Фамотидин
- Б) Гастрин
- В) Ацидин-пепсин
- Г) Креон

**3977. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОБШИРНОМ  
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нарушение ритма
- Б) полная AV-блокада
- В) кардиогенный шок
- Г) тампонада сердца

**3978. В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИБС НАИБОЛЕЕ  
ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ**

- А) типичные анамнестические
- Б) ЭКГ
- В) анализа крови (клинического, биохимического)
- Г) аускультивные

**3979. СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А) хроническом гломерулонефrite
- Б) гипертонической болезни
- В) В-12 дефицитной анемии
- Г) синдроме Иценко-Кушинга

**3980. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗРАБОТНОМУ ВЫДАЕТСЯ**

- А) при наличии документа о взятии на учёт по безработице
- Б) при ургентном заболевании
- В) в случае госпитализации
- Г) при ОРВИ

**3981. НЕ СЧИТАЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ РЕЖИМА ПАЦИЕНТОМ, ИМЕЮЩИМ ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРИ**

- А) отказе от госпитализации
- Б) употреблении алкоголя
- В) несоблюдении предписанного лечения
- Г) несвоевременной явке на приём

**3982. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) общирное (тотальное) снижение прозрачности лёгочной ткани
- Б) субтотальное затемнение - при локализации воспаления в пределах одной или двух долей лёгких
- В) ограниченное затемнение - инфильтративные изменения лёгочной ткани, не выходящие за пределы сегмента
- Г) затенение средостения

**3983. БИСОПРОЛОЛ И ЕГО АНАЛОГИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ИБС, ТАК КАК ОНИ**

- А) снижают потребность миокарда в кислороде
- Б) вызывают спазм периферических сосудов В)
- расширяют коронарные сосуды
- Г) увеличивают сократительную способность миокарда

**3984. ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) ослабленный I тон, систолический шум
- Б) грубый систолический шум с проведением на сосуды
- В) хлопающий I тон, диастолический шум
- Г) ослабление I тона на верхушке и II тона над аортой

**3985. СИМПТОМОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ПОЯВЛЯЮЩИМСЯ ПОЗЖЕ ОСТАЛЬНЫХ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) субхондральный остеопороз
- Б) утренняя скованность
- В) опухание и деформация суставов
- Г) ревматоидный фактор в сыворотке крови

**3986. ОПТИМАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН ПАСТ., ФК III ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ингибиторы АПФ, β-блокаторы, диуретики
- Б) диуретики, сердечные гликозиды, β-блокаторы
- В) β-блокаторы, Добутамин, диуретики
- Г) β-блокаторы, сердечные гликозиды, Лидокаин

**3987. К ЗАБОЛЕВАНИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА,  
КЛИНИЧЕСКИ СХОДНОМУ СО СТЕНОКАРДИЕЙ, ОТНОСЯТ**

- А) диафрагмальную грыжу
- Б) болезнь Крона
- В) проктосигмоидит
- Г) хронический колит

**3988. ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ЧАЩЕ ВСЕГО  
ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ \_\_\_\_\_ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

- А) в средней трети
- Б) в верхней трети
- В) головки
- Г) мыщелков

**3989. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ  
ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) посттравматический остеоартроз
- Б) анкилоз
- В) нагноение
- Г) рецидив вывиха

**3990. ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА  
ОБЫЧНО ВОЗНИКАЕТ \_\_\_\_\_ КОНТРАКТУРА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА**

- А) приводящая
- Б) сгибательная
- В) разгибательная
- Г) отводящая

**3991. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ ТЯЖЕЛОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЕ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С**

- А) остановки кровотечения
- Б) футлярной блокады
- В) репозиции отломков
- Г) вправления вывиха

**3992. КАЛОВЫЕ МАССЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА СОДЕРЖАТ ХОРОШО ЗАМЕТНУЮ ПРИМЕСЬ**

- А) слизи
- Б) крови
- В) гноя
- Г) жира

**3993. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНА В СОЧЕТАНИИ С РИБАВИРИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) цирроз печени класс С по Чайлду-Пью
- Б) артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов
- В) нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ
- Г) стенокардия вне зависимости от класса тяжести

**3994. ЦЕЛЬЮ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА С В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полное устранение вируса из организма
- Б) перевод инфекции в неактивную стадию с возможностью рецидива
- В) перевод инфекции в неактивную стадию без возможности рецидива
- Г) уменьшение вирусной нагрузки

**3995. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

- А) препаратов глюкокортикоидов
- Б) нестероидных противовоспалительных препаратов
- В) антигистаминных препаратов
- Г) препаратов эссенциальных фосфолипидов

**3996. СПАЗМОЛИТИКОМ, ДЕЙСТВУЮЩИМ НА МУСКУЛАТУРУ СФИНКТЕРА ОДДИ, КИШЕЧНИКА И МОЧЕТОЧНИКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) Дротаверин
- Б) Мебеверин
- В) Пинаверия бромид
- Г) Гемикромон

**3997. «РЕКОНСТРУКЦИЯ» КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНОГО ПРЕДПОЛАГАЕТ**

- А) анализ всей доступной медицинской информации по конкретному больному
- Б) тщательный сбор анамнестических данных
- В) обследование пораженных родственников
- Г) обследование больных и здоровых родственников

**3998. НОРМАЛЬНЫЙ ХРОМОСОМНЫЙ НАБОР НАХОДЯТ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ**

- А) Марфана
- Б) Дауна
- В) Эдвардса
- Г) Патау

**3999. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОЙ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «НЕЙРОФИБРОМАТОЗ ТИП I», ВКЛЮЧАЕТ**

- А) множественные пигментные пятна на коже («кофейные пятна»), накожные и подкожные опухоли, узелки Лиша
- Б) врожденный порок сердца, порок развития лучевой кости, олигодактилию
- В) себорейную аденому на щеках, депигментированные пятна, судороги, умственную отсталость
- Г) воронкообразную грудную клетку, брахиодактилию

**4000. ПОВЫШЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОЦЕНИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ**

- А) данных клинико-генеалогического анализа
- Б) близкого родства супругов
- В) цитогенетических исследований
- Г) наличия специфического биохимического маркера

**4001. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПЕРВОГО УРОВНЯ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) формирование группы риска по внутриутробной патологии плода
- Б) пренатальная диагностика хромосомных болезней
- В) пренатальная диагностика конкретных наследственных болезней
- Г) пренатальная диагностика врожденных пороков развития

**4002. ДЛЯ МАЛЬЧИКОВ С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) преждевременное половое развитие
- Б) интерсексуальное строение гениталий
- В) задержка костного возраста
- Г) высокий рост

**4003. РЕШЕНИЕ О ДЕТОРОЖДЕНИИ ПРИ НАЛИЧИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ОДНОГО ИЗ СУПРУГОВ ПРИНИМАЕТСЯ**

- А) супружеской парой
- Б) врачом-консультантом
- В) здоровым супругом
- Г) больным супругом

**4004. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ РОДИТЕЛЬСКИМ ТИПОМ УНАСЛЕДОВАННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНА, ОТНОСЯТ БОЛЕЗНИ**

- А) импринтинга
- Б) митохондриальные
- В) хромосомные
- Г) геномные

**4005. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ ФЕРМЕНТА ФЕНИЛАЛАНИНГИДРОКСИЛАЗЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- А) фенилкетонурии
- Б) галактоземии
- В) тирозинемии
- Г) глутаровой ацидурии

**4006. НАРАСТАЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, ПСЕВДОГИПЕРТРОФИЯ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ, ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) мышечной дистрофии Дюшенна
- Б) синдрома Шварца-Джампеля
- В) синдрома Ретта
- Г) спинальной мышечной атрофии

**4007. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У ПАЦИЕНТКИ 13 ЛЕТ С СИМПТОМАТИКОЙ: НИЗКИЙ РОСТ, ГИPERСТЕНИЧЕСКОЕ ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ, ОТСУТСТВИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ, КОРОТКАЯ ШЕЯ С НИЗКОЙ ЛИНИЕЙ РОСТА ВОЛОС, КРЫЛОВИДНЫЕ СКЛАДКИ НА ШЕЕ - ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ**

- А) Шерешевского-Тернера
- Б) Клайнфельтера
- В) Дауна
- Г) добавочной Y хромосомы

**4008. НА ОСНОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ КАРИОТИПОВ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА**

- А) 47, XXY
- Б) 47, XYY
- В) 46, XX, 5p-
- Г) 45, X0

**4009. НА ОСНОВАНИИ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ КАРИОТИПОВ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ ПАТАУ**

- А) 47, XY, +13
- Б) 47, XX, +18
- В) 46, XX, 5p-
- Г) 47, XXY

**4010. СИМПТОМАТИКА: НЕБОЛЬШАЯ КРУГЛАЯ ГОЛОВА СО СКОШЕННЫМ ЗАТЫЛКОМ, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ЭПИКАНТ, КОРОТКИЙ НОС С ШИРОКОЙ ПЛОСКОЙ ПЕРЕНОСИЦЕЙ, МАКРОГЛОССИЯ, ДЕФОРМИРОВАННЫЕ УШНЫЕ РАКОВИНЫ, МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ. ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ**

- А) болезнь Дауна
- Б) синдром Клайнфелтера
- В) синдром Шерешевского-Тернера
- Г) синдром Патау

**4011. ДЕВОЧКА НИЗКОГО РОСТА С КРЫЛОВИДНЫМИ СКЛАДКАМИ НА ШЕЕ, ГИПЕРТЕЛОРИЗМОМ СОСКОВ, НОРМАЛЬНЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ И НОРМАЛЬНЫМ СТРОЕНИЕМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.  
ПРЕДПОЛОЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И НАЗНАЧЬТЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА**

- A) синдром Шерешевского-Тернера; кариотипирование, УЗИ малого таза, анализ на половые гормоны
- Б) адреногенитальный синдром; кариотипирование, УЗИ малого таза, анализ на гормоны надпочечников
- В) синдром Нунан; кариотипирование, УЗИ малого таза, Эхо-КГ
- Г) синдром Клейнфельтера; кариотипирование, УЗИ малого таза, анализ на половые гормоны

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №1

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 50 лет.

### Жалобы

на периодически беспокоящую сухость во рту, онемение и жжение в стопах.

### Анамнез заболевания

В течение полугода беспокоят онемение и жжение в стопах, накануне обращения появилась боль в правой ноге при ходьбе более 300 м.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Работает строителем. Около 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки, алоглиптины 25 мг в сутки). Около года отмечается повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает.

Перенесённые заболевания: простудные.

Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение.

Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – 33,5 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 145/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект 0,5×0,5 см без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы.

### Результаты лабораторных методов обследования

Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликрованный гемоглобин (HbA1c) – 9,3%.

### Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок, г/л	74,3	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	14,5	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	6,1	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	7,5	0,0-5,3
ЛПНП, ммоль/л	5,9	2,3-5,1
ЛПВП, ммоль/л	0,6	0,72-1,63
Триглицериды, ммоль/л	4,2	0,65-3,61
Креатинин, мкмоль/л	85	58,0-96,0
CKD-EPI	91,6 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>	

Показатель	Результат	Нормы
АСТ, Ед/л	21	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	28	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	8,8	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	4,5	3,4-5,3

Бактериологическое исследование отделяемого раны  
Выявлен рост *S.aureus*  $10^4$  КОЕ/мл.

Бактериологический анализ крови  
Роста флоры не отмечено.

#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0 %
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %
Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковая допплерография нижних конечностей

Атеросклероз артерий нижних конечностей со стеноокклюзионным поражением, стеноз передней большеберцовой артерии до 70%, кровоток магистральный измененный, ЛПИ – 0,8.

Рентгенография стоп

Костно-деструктивных изменений не выявлено.

#### Эхокардиография с допплерографией

Размеры камер сердца, толщина миокарда, локальная и глобальная сократимость миокарда желудочков в норме. ФВ – 60%. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка не выявлена. Корень аорты и ее восходящий отдел нормальных размеров. Стенки аорты не уплотнены. Клапанный аппарат: митральный клапан: створки тонкие, движутся дискордантно; аортальный клапан: створки тонкие, раскрыты в систолу 1,9 см (норма). Признаков легочной гипертензии нет (23 мм рт.ст.). Листки перикарда не уплотнены.

Магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника

Аномалий в поясничном отделе позвоночника, признаков компрессии соответствующих нервов не обнаружено.

## Диагноз

- Сахарный диабет 2 типа. Острая ишемия нижних конечностей. Диабетическая ангиопатия. Диабетическая полинейропатия. Трофическая язва IV пальца правой стопы.
- Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, ишемическая форма. Трофическая язва IV пальца правой стопы.
- Сахарный диабет 2 типа. Синдром диабетической стопы, нейропатическая форма. Диабетическая остеоартропатия, острые формы. Язвенный дефект IV пальца правой стопы.
- Сахарный диабет 2 типа. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром диабетической стопы, нейроишемическая форма. Язвенный дефект IV пальца правой стопы.

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < \_\_\_\_\_ %

- 8,0
- 7,5
- 6,5
- 7,0

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 2 степени., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени.
- Артериальная гипертензия 1 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 степени., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 2 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.

Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают

- уменьшение количества выкуриваемых сигарет, питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, умеренные аэробные физические нагрузки не менее 150 минут в неделю (бег, плавание)
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, ношение разгрузочного башмака
- отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением - легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака

Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо

- увеличить дозу алоглиптина
- добавить акарбозу
- добавить базальный инсулин
- заменить метформин на пиоглитазон

Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны

- анальгетики, ампутация правой ноги на уровне нижней трети голени
- мазевые повязки, противомикробная терапия и озонотерапия
- обработка раны и консультация сосудистого хирурга
- антибиотикотерапия и консультация хирурга-ортопеда

Необходим повторный контроль HbA1c через \_\_\_\_\_ месяца/месяцев

- 12
- 9
- 2
- 3

Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 %. Пациенту необходимо

- отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию
- назначить антибактериальный препарат, оставив прежнюю сахароснижающую терапию
- отменить всю пероральную сахароснижающую терапию, назначить базис-болюсную инсулинотерапию

-добавить инсулин короткого действия перед каждым приемом пищи

Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в

- регулярном посещении кабинета диабетической стопы
- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок
- регулярных горячих ножных ваннах с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками

У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в \_\_\_\_\_ месяцев

- 10
- 6
- 8
- 12

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №2

Женщина 38 лет, учительница средней школы, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

### Жалобы

на эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст.

### Анамнез заболевания

Около 5 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 155/95 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, антигипертензивную терапию не получала. В настоящее время беременность 16 недель, последний месяц АД в пределах 150/85-155/90 мм рт.ст.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Образование высшее. Работает.

Наследственность: мать 68-ми лет страдает АГ, отец 70-ти лет перенес инфаркт миокарда.

Гинекологический анамнез: беременности – 2, роды – 1. Во время первой беременности часто отмечались повышенные цифры АД.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 160 см, масса тела – 66 кг (до беременности – 63 кг), ИМТ=24,6 кг/м<sup>2</sup> (до беременности). Кожные

покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

#### Результаты лабораторных методов обследования:

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат Норма	
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	3,6	м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	112	м. 132-164 ж. 115-145
ЦП	0,97	0,85-1,05
Ретикулоциты, %	-	2-12
СОЭ, мм/ч	7	м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	172,0	180-320
Гематокрит, %	40,7	м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	8,0	4-9

##### Лейкоцитарная формула

Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

##### Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Норма
Цвет	желтая	от светло- до темно-желтого
Прозрачность	полная	полная
pH	5,05	5,0-7,0
Отн. плотность утренней порции	1018	1010 и выше
Белок	-	не более 0,033 г/л
Сахар	-	-
Кетоновые тела	-	-
Уробилин	-	-
Билирубин	-	-

##### Микроскопия

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты	1-2 в поле зрения	единичные в препарате
Лейкоциты	1-2 в поле зрения	м. 0-3 в поле зрения ж. 0-5 в поле зрения
Эпителий	эпител. клетки плоские умер. кол-во	плоский единичный в поле зрения
Цилиндры	-	единичные гиалиновые в препарате
Микробное число	бактерии умер. кол-во	не более 50 000 бактерий в 1 мл

Глюкоза в плазме крови натощак 5,0 ммоль/л.

Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

Показатель	Результат	Ед.измерения	Норма
Холестерин общий	4,47	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,0	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,67	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,45	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	2,35	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	1,68		(2,28-3,02)

Уровень креатинина плазмы

Креатинин 0,76 мг/дл, СКФ по формуле CKD-EPI = 100 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	1300	0-4000
Эритроциты (BLD), в 1 мл	400	0-1000
Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: зернистые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: восковидные, Ед/мл	0	0-20
Цилиндры: другие, Ед/мл	0	0-20

Результаты инструментальных методов обследования:

Суточное мониторирование АД

АД: макс. – 159/95 мм рт.ст., миним. – 115/79 мм рт.ст., в среднем – 150/90 мм рт.ст. ЧСС: макс. – 83 в мин., минимально – 61 в мин., в среднем – 72 в мин. Снижение АД (САД и ДАД) ночью – 0% и 0% (норма 10-20%). Индекс гипертонии по САД=35%, по ДАД=47% (норма 0-25%, умеренно повышенный 25-50%, высокий > 50%).

ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 65 в минуту, PR 120 мс, QRS 80 мс, QT 374 мс, QTc 390 мс, горизонтальное положение ЭОС.

### Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 4,4 см (N до 5,5); KDO 66 мл; KSO 25 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 0,8 см (N до 1,0 см); ЗС 0,8 см (N до 1,1 см), в области верхушки левого желудочка дополнительная хорда. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=62% (N от 55%). Нарушение локальной сократимости: нет. Диастолическая функция не нарушена, E/A=1,28. Полость правого желудочка: 1,8 см (N до 2,6 см), толщина свободной стенки ПЖ: 0,3 см (N до 0,5 см), характер движения стенок: не изменён. Левое предсердие: 37 мл (N до 65 мл). Правое предсердие: 33 мл (N до 60 мл). Митральный клапан не изменён, регургитация: нет. Аортальный клапан не изменён, регургитация: нет. Триkuspidальный клапан не изменён, регургитация: нет. Клапан лёгочной артерии: признаков лёгочной гипертензии нет, регургитация: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 1,8 см. Диаметр корня аорты: 3,3 см. Стенки аорты не изменены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: дополнительная хорда в левом желудочке, Эхо-КГ параметры в пределах нормы.

### УЗИ почек

Почки: правая – 102×55 мм, левая – 103×53 мм, обычно расположены, с ровными, четкими контурами, подвижность не изменена, толщина паренхимы до 15 мм, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, кровоток до корковых отделов, расширения ЧЛС нет, область надпочечников не изменена.

Заключение: патологии не выявлено.

### УЗИ щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

### Какой основной диагноз?

- Почечная артериальная гипертензия.
- Артериальная гипертензия сосудистого генеза.
- Нейроциркуляторная дистония.
- Гипертоническая болезнь.

У пациентки \_\_\_\_\_ стадия ГБ:

- 0
- 1
- 2
- 3

У пациентки \_\_\_\_\_ АГ

- 3 степень
- изолированная систолическая
- 1 степень
- 2 степень

У пациентки \_\_\_\_\_ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- средний

- низкий
- высокий
- очень высокий

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

-CHA2DS2-VASc

-SCORE

-TIMI

-GRACE

Пациентке следует рекомендовать

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- ограничить потребление соли
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

Больной следует назначить

- спиронолактон
- метилдопу
- рамиприл
- лозартан

Целевым для пациентки является АД < \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 150/90
- 150/85
- 140/85
- 140/90

Больной показана/показано

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в терапевтический стационар
- лечение в амбулаторных условиях

Учитывая уровень гемоглобина, больной необходимо назначить

- витамин В6
- препараты железа парентерально
- витамин В12
- препараты железа внутрь

### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №3

Больной М. 30 лет обратился в поликлинику по месту жительства 13.01.2018г.

#### Жалобы

На слабость, вялость, общее недомогание, подташнивание, снижение аппетита, чувство «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье.

#### Анамнез заболевания

Заболел около 2 недель назад, когда постепенно нарастала слабость, снижалась работоспособность, которые связывал с переутомлением на работе. Слабость, общее

недомогание постепенно нарастали, около недели назад понизился аппетит, 4-5 дней назад отметил появление тяжести в эпигастрине, которую объяснял обострением гастрита. Самостоятельно принимал антацидные препараты, де-нол. К врачу не обращался. Несмотря на приём лекарственных средств, за 2 дня до обращения к врачу тяжесть в эпигастрине наросла, чувство «тяжести» появилось и в правом подреберье. Также появились подташнивание, исчез аппетит.

В связи с ухудшением общего состояния обратился к врачу.

#### Анамнез жизни

Работает кладовщиком на складе оргтехники.

Проживает в отдельной квартире с супругой.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, респираторные сезонные заболевания.

Вредные привычки: курение, изредка приём алкоголя (по «праздникам»).

Парентеральный анамнез не отягощен.

За два месяца до настоящего заболевания лечил зубы у стоматолога, за 1,5 месяца до заболевания делал татуировку, на работе питается в столовой.

#### Объективный статус

Температура тела 36,6°C.

Кожа и склеры обычной окраски, сыпи нет.

Язык суховат, обложен белым налетом.

Живот мягкий, умеренно чувствителен при пальпации в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, умеренно чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Моча светлая.

АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 65 уд. в мин.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	72
Альбумин	32 - 50 г/л	35
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	880
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	650
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	165
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	112
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	20,1
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	3,1
Глюкоза	3,88 – 5,83 мммоль/л	5,0
Мочевина	2,5 – 8,5 мммоль/л	3,8
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	86
Амилаза	28-100 Ед/л	60

##### Иммуноферментный анализ крови

Показатели	Результат
------------	-----------

Показатели	Результат
HBs-Ag	Отрицательный
AntiHBcor IgM	Отрицательный
Anti-HAV Ig M	Отрицательный
Anti-HCV	Положительный

Протромбиновый индекс  
85 %

Определение альфа-1-антитрипсина сыворотки крови  
Альфа-1-антитрипсин сыворотки крови - 1100 мг/л (норма - 900-2000 мг/л)

Определение альфа-фетопротеина  
Альфа-фетопротеин – 0,9 Ме/мл (норма 0,5–5,5 Ме/мл)

Определение церулоплазмина сыворотки крови  
Церулоплазмин сыворотки крови - 0,40 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 140 мм, левой доли до 75 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 53\*14 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное. Селезенка: размеры 110\*55 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Заключение: Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

##### Сцинтиграфия печени

Заключение: Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

##### Какой основной диагноз?

- Острый калькулённый холецистопанкреатит
- Синдром Дабина-Джонсона
- Вирусный гепатит С безжелтушная форма лёгкой степени тяжести
- Хронический вирусный гепатит С безжелтушная форма тяжелого течения

Признаком тяжелого течения острого вирусного гепатита является

- снижение протромбинового индекса ниже 50%
- повышение протромбинового индекса выше 80%
- увеличение протромбинового индекса выше 100%
- снижение протромбинового индекса до 70%

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- длительного желтушного синдрома
- геморрагического синдрома

- пальмарной эритемы
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи

Наиболее вероятным исходом безжелтушной формы острого вирусного гепатита С является

- развитие острой почечной недостаточности
- формирование хронического вирусного гепатита С
- развитие фульминантной формы с исходом в кому
- выздоровление

Возможным осложнением вирусного гепатита С является

- острая печеночная энцефалопатия
- острая почечная недостаточность
- синдром Рея
- гемолитико-уремический синдром

Базисная терапия вирусного гепатита С безжелтушной формы легкого течения включает назначение

- обильного питья до 2-3 л в сутки
- противовирусной терапии рибавирином
- антибактериальных препаратов
- иммуномодуляторов

Базисная терапия вирусного гепатита С предусматривает назначение диеты №

- 4
- 1а
- 9
- 5

Базисная терапия вирусного гепатита С включает применение

- гепасола А
- лактулозы
- препараты интерферонового ряда
- гепамерц (L-орнитин-L-аспартат)

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактным лицам проводят

- вакцинацию
- противовирусное курсовое лечение
- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию

С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- инъекцию специфического иммуноглобулина
- экстренную иммунизацию
- беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики
- курсовой длительный прием интерферона пролонгированного действия в сочетании с противовирусными препаратами (рибавирин)

## **КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №4**

Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

### **Жалобы**

на боль в загрудинной области сжимающего характера, возникшую после эмоционального стресса впервые в жизни, с иррадиацией в левую половину туловища, длившуюся более 20 минут.

### **Анамнез заболевания**

Ранее болей в грудной клетке не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно, цифры АД не измерял, последний медицинский осмотр более 2-х лет назад.

### **Анамнез жизни**

Родился и развивался нормально.

Образование высшее.

Работает программистом, ведет малоподвижный образ жизни.

Наследственность: мать 78-ми лет страдает ИБС, отец умер в 60 лет от ИМ, брат 60-ти лет страдает АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит в течение 40 лет по  $\frac{1}{2}$  пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести. Нормального питания. ИМТ – 25,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

### **Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования**

#### **ЭКГ покоя в 12 отведениях**

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 78 в минуту, PQ 162 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение ЭОС, депрессии ST = 0,05 мВ в отведениях V1-4.

#### **Измерение уровня МВ-КФК**

МВ-КФК 35 Ед/л (N 10-25 Ед/л)

#### **Измерение уровня миоглобина**

Миоглобин 110 нг/мл (N < 90 нг/мл)

#### **Измерение уровня тропонина I /или тропонина T/или высокочувствительного тропонина (ВЧТ)**

ВЧ Тропонин 18 нг/л (N 2 - 7 нг/л)

#### **Рентгенография органов грудной клетки**

На обзорных R-граммах органов грудной клетки в двух проекциях легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не усилен. Корни легких не расширены, структурны.

Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень органов средостения в пределах возрастных норм.

Заключение: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Измерение уровня ЛДГ

150 ед/л (норма 135 - 225 ед/л)

Больного необходимо

- вести в амбулаторных условиях
- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга
- направить на консультацию врача-кардиолога

Какой предварительный диагноз?

- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ОКСпST
- ОКСбпST

У пациента ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа выявил дальнейшее повышение уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больному при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Какой основной диагноз?

- нестабильная стенокардия
- ИМбпST
- ИМпST
- вазоспастическая стенокардия

Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

- TIMI
- SCORE
- GRACE
- CHA2DS2-VASc

У пациента сумма баллов по шкале GRACE равна 105, пациенту показана/показано

- тромболитическая терапия
- коронарное шунтирование
- консервативная терапия
- первичное чрескожное коронарное вмешательство

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

- бета-адреноблокатор
- триметазидин
- ивабрадин

-мельдоний

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациенту при  
-недостижении целевых уровней холестерина  
-отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения  
-неэффективности оптимальной медикаментозной терапии  
-неконтролируемой АГ

Двойная антиагрегантная терапия показана пациенту в течение \_\_\_\_ мес.

- 24
- 1
- 12
- 6

Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- выполнять интенсивные физические нагрузки
- отказаться от курения
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №5

Больной Г. 57 лет обратился к врачу-терапевту участковому

##### Жалобы

На головные боли преимущественно в затылочной области, периодическое повышение АД.

##### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 13 лет, когда стал отмечать периодическое повышение АД до максимальных цифр 170/100 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. ИМ, ОНМК, СД, снижение толерантности к физической нагрузке за счет одышки или болей за грудиной отрицает. За медицинской помощью не обращался, эпизодически самостоятельно по совету знакомых принимал каптоприл в таблетках.

##### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально

Работает менеджером

Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа

Наличие хронических заболеваний отрицает

Наследственность: отец страдает артериальной гипертензией, перенес ИМ в 45 лет.

Вредные привычки: курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет

##### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. Вес 78 кг, рост 185 см. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При аусcultации легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца смещена на 2 см латеральнее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 ударов в минуту. АД 165/90 мм рт. ст, пульсовое

давление 75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отравления в норме.

#### Результаты лабораторных методов обследования

Определение содержания общего холестерина и его фракций ЛПНП, ЛПВП в сыворотке крови

Наименование	Нормы
Общий холестерин 3,0 - 5,0	6,7
Холестерин ЛПНП 1,5 - 3,0	5,8
Холестерин ЛПВП >1,0	0,9

Анализ кала на скрытую кровь

Отрицательный

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭКГ

Ритм правильный, синусовый. ЧСС 80 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Отмечается нарастание зубца R в отведениях с V1-V6 с максимальной высотой в левых грудных отведениях. Положительный критерий Соколова-Лайона ( $R_{V6}+S_{V1}=55$  мм).

##### ЭхоКГ

Аорта уплотнена, не расширена. Створки плотные, раскрытие достаточное. Гипертрофия левого желудочка (толщина задней стенки 1,3 см, межжелудочковой перегородки 1,2 см). Камеры не расширены. Глобальная сократительная функция сохранена (ФВ 67%). Зон нарушения локальной сократимости нет.

##### КТ головного мозга

Изменений структур головного мозга не выявлено

##### Исследование функции внешнего дыхания

Данных за рестриктивные и обструктивные нарушения вентиляционной функции легких не выявлено

Какой диагноз можно поставить данному больному?

-Феохромоцитома, осложненная артериальной гипертензией 2 степени

-Головная боль напряжения

-Эссенциальная артериальная гипертензия 2 степени 2 стадии высокого сердечно-сосудистого риска

-ИБС: стенокардия напряжения II ФК. ХСН IIА стадии по Стражеско-Василенко I ФК по NYHA

Предположительно к физикальным признакам поражения органов-мишеней можно отнести

-сужение артериол сетчатки

-микроальбуминурию

-высокое пульсовое давление

-утолщение комплекса интима-медиа

Дифференциальную диагностику эссенциальной артериальной гипертензии следует проводить с

- инфекциональным эндокардитом
- ИБС: стенокардией напряжения
- вторичными артериальными гипертензиями
- ИБС: острым инфарктом миокарда

Препаратами первой линии для лечения эссенциальной артериальной гипертензии являются

- антикоагулянты
- антиагреганты
- ингибиторы АПФ
- ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы

Тактика ведения данного больного включает

- назначение курсового приема β-адреноблокаторов на срок 7 дней
- экстренную госпитализацию пациента в блок кардиореанимации
- изменение образа жизни (отказ от курения, ограничение потребления поваренной соли, динамические физические нагрузки)
- направление на коронароангиографию для решения вопроса о проведении чрескожного коронарного вмешательства

Длительность антигипертензивной терапии показана

- неопределенно долго
- разово при эпизодических подъемах АД
- в течение 30 дней
- в течение 7 дней

Критерием эффективности антигипертензивной терапии служит

- прекращение головных болей
- достижение целевых значений АД ниже 140 и 90 мм рт.ст.
- появление эпизодов слабости и головокружения
- снижение АД до значений 120 и 80 мм рт.ст.

К цереброваскулярным заболеваниям, которые учитываются при стратификации риска, относят

- незрелая катаракта
- ишемический инсульт
- инфекционный эндокардит
- острый гломерулонефрит

К факторам сердечно-сосудистого риска относится курение и

- избыточное потребление кофе
- кахексия
- дислипидемия
- женский пол

Степень артериальной гипертензии определяется

- выраженностью симптомов при подъемах АД
- поражением органов-мишеней

-цифрами АД  
-количеством факторов риска

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №6

30-летняя женщина на приеме у участкового врача-терапевта

### Жалобы

На «выкручивающие» боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во второй половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянувшие и боли, дискомфорт в животе без определенной локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием и урчанием в животе и проходящие после отхождения газов или приема адсорбентов (энтеросгель, эспумизан); на головные боли, возникающие во второй половине дня

### Анамнез заболевания

С молодости на фоне сильных волнений (конфликты, экзамены и т.п.) отмечала послабление стула, чему пациентка не придавала особого значения, поскольку подобные ситуации возникали редко, а в остальное время она чувствовала себя хорошо.

С 27 лет самочувствие ухудшилось: большое количество конфликтных ситуаций на работе стало сопровождаться послаблением стула и учащением дефекаций до 3-4 раз в дневное время (без примеси крови и непереваренной пищи), редкий день обходился без приема лоперамида. Около года назад присоединились боли в животе и вздутие, последние полгода чтобы уменьшить их и избежать неловких ситуаций на работе стала принимать адсорбенты (3-4 раза в неделю). Кратковременное улучшение состояния было во время двухнедельного отпуска, но после возвращения на работу боли в животе, вздутие и послабление стула возобновились.

Обратилась к участковому терапевту для обследования, поскольку сильно обеспокоена состоянием своего здоровья и в последнее время стала испытывать все больше затруднений на работе в связи с имеющимися симптомами.

### Анамнез жизни

Бабушка со стороны матери умерла в 77 лет от рака сигмовидной кишки, у матери пациентки (58 лет) выявленаadenокарцинома толстой кишки, частный предприниматель, замужем, есть дочь, не курит, алкоголем не злоупотребляет, питается нерегулярно, избегает жирной и острой пищи, употребляет большое количество сырых овощей и фруктов. Месячные обильные, болезненные, цикл регулярный, гинекологических заболеваний нет, аллергологический анамнез не отягощен.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. Температура тела 36,8°C.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет.

Катаральных явлений нет. Над легкими везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 15/мин

Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 68/мин, АД 105/75 мм рт.ст.

Живот мягкий, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, при пальпации слепой кишки определяется урчание. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Стул послабленный (6 тип по Бристольской шкале), мочеиспускание свободное.

*Per rectum:* перианальная область не изменена, при пальцевом исследовании тонус сфинктера сохранен, геморроидальные узлы не пальпируются, объемных образований не выявлено, на перчатке кал коричневого цвета.

#### Результаты лабораторных методов обследования

Определение уровня С-реактивного белка  
СРБ 1 мг/мл (нормальные значения 0-5 мг/дл)

Определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе-2  
Антитела IgA и IgG к тканевой трансглутаминазе-2 не обнаружены

<sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест  
2% – отсутствие уреазной активности

#### Результаты инструментальных методов обследования

Колоноскопия с биопсией слизистой оболочки при необходимости  
Толстая кишка осмотрена на всем протяжении. Слизистая ее не изменена, при морфологическом исследовании патологии не выявлено

Позитронно-эмиссионная томография с <sup>18</sup>F-фторметилхолином  
Патологического накопления радиофармпрепарата не выявлено

Какой диагноз можно поставить данной больной?  
-Хронический панкреатит  
-Синдром раздраженного кишечника без диареи  
-Язвенный колит  
-Синдром раздраженного кишечника с диареей

Рациональной диетической рекомендацией пациентке является  
-полное исключение из рациона мясных и молочных продуктов  
-избегать приема пищи в спешке, в процессе работы  
-ограничение употребления жидкости до 500 мл/сут  
-исключение из рациона куриных яиц

Для лечения абдоминальной боли пациентке показано назначение  
-спазмолитиков  
-парацетамола  
-опиоидных анальгетиков  
-селективных ингибиторов ЦОГ-2

Для купирования диареи пациентке показано назначение  
-фуразолидона  
-кларитромицина  
-лоперамида гидрохлорида  
-активированного угля

Альтернативным препаратом для купирования диареи является

- диоктаэдрический смектит
- метронидазол
- лактулоза
- амоксициллин/клавулоновая кислота

К «симптомам тревоги» у пациентки относится

- появление симптомов в молодом возрасте
- «выкручивающий» характер болей
- связь симптомов с психотравмирующими ситуациями
- отягощенная наследственность

Элиминационная диета характеризуется

- ограничением употребления термически не обработанных продуктов
- ограничением употребления продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания
- включением в рацион повышенного количества продуктов, содержащих пищевые волокна
- ограничением употребления термически обработанных продуктов

Профилактика данного заболевания

- не разработана
- заключается в соблюдении аглютеновой диеты
- включает в себя профилактический прием спазмолитиков на фоне психотравмирующих ситуаций
- заключается в длительном приеме лоперамида гидрохлорида

Для оценки характера кала используется

- шкала Чайлд-Пью
- Бристольская шкала
- шкала SCORE
- Фремингеймская шкала

Прогноз quo ad vitam при данном заболевании

- благоприятный
- сомнительный
- безнадежный
- неблагоприятный

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №7

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы

на надсадный постоянный малопродуктивный кашель, скудное кровохарканье, одышку при быстрой ходьбе, слабость, прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания

Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затрудненным выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался. В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание.

10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашивание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратился в районную поликлинику.

#### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает водителем автобуса.

Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

#### Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – 18,3 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,4°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аусcultации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO<sub>2</sub> – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	134	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	41	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,83	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,6	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	35	м. 2-10 ж. 2-15

## Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	кровянистый	бесцветный
Характер	слизистый	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	4-5 в п/зр.	нет
Эритроциты	30-35 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко – Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	обнаружены	нет

### D-димер

D-димер (высокочувствительный метод) – 250 мкг/л (пороговое значение  $\leq$  500 мкг/л).

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Роста микроорганизмов не обнаружено.

Иммунологическое исследование крови (Ig E общий)

IgE общий – 85 МЕ/мл (норма <100 МЕ/мл).

## Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки выявляются признаки ателектаза верхней доли правого лёгкого – снижение пневматизации и уменьшение её объёма.



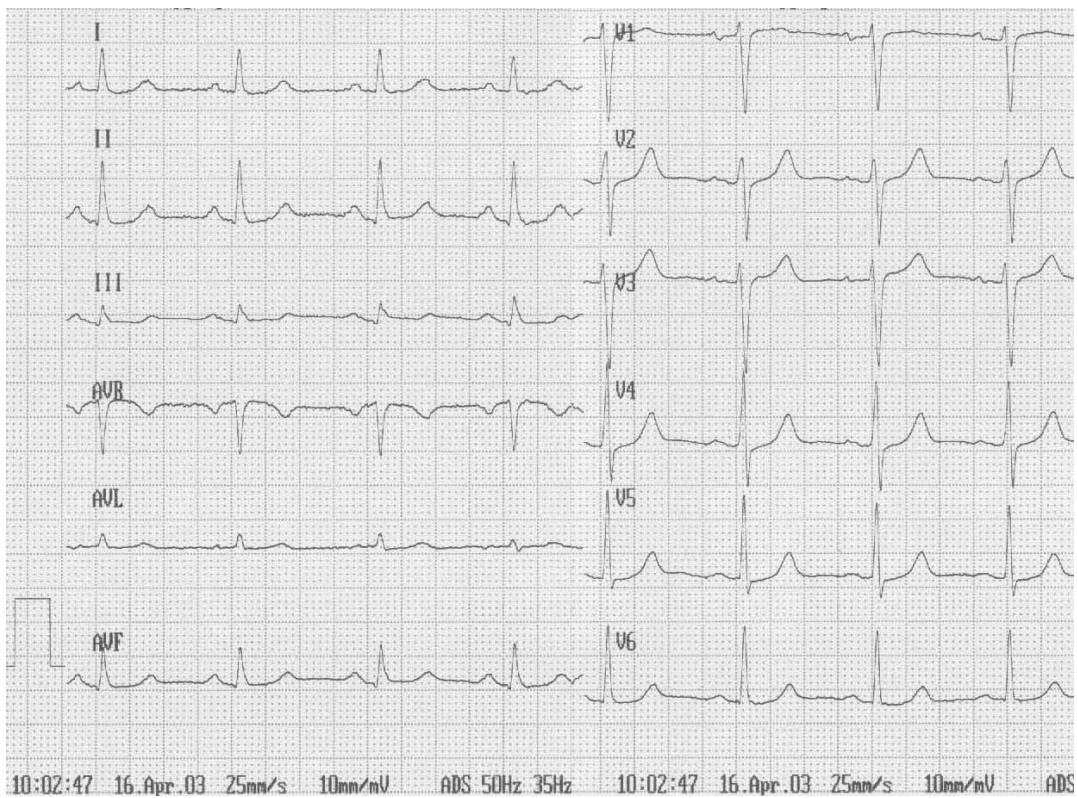
#### Спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком		% изменений
	Должный/Фактич.	% от должных значений	Фактич.	% от должных значений	
ФЖЕЛ, л	4,6/3,5	76	3,6	78	
ОФВ <sub>1</sub> , л/с	3,5/1,86	53	1,90	54	2
ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ, %		53		53	

#### Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС — 75 уд. в мин.  
 Вольтаж нормальный. PQ-0,16. QRS — 0,08. QRS не деформирован.  
 Зубцы: I +, II +, III +; aVL +, aVR +, aVF +, TII +, TIII +.  
 QRST — 0,38. Экстасистол не выявлено.

Нормальное положение электрической оси сердца.



#### Рентгенография грудного отдела позвоночника

Видимых травматических повреждений позвонков не выявлено. Определяется снижение высоты межпозвоночных дисков, субхондральный склероз краевых замыкателей пластинок, мелкие губовидные краевые костные разрастания тел позвонков.

Заключение: остеохондроз грудного отдела позвоночника II ст.

#### Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Ваккуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узла без особенностей.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

#### Эзофагогастроуденоскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Слизистая оболочка пищевода светло-розового цвета, визуально не изменена на всем протяжении. Розетка кардии на 40 см, эластичная, смыкается полностью. В желудке небольшое количество прозрачной слизи, стенки эластичные, слизистая оболочка розовая. Складки большой кривизны мягкие, подвижные, при инсuffляции воздуха расплываются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Кольцо привратника эластичное.

Луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы, слизистая оболочка розовая. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки слизистая оболочка так же розовая, Фатеров сосочек визуально не изменен.

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

-Внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония

- Инфильтративный туберкулёт верхней доли правого лёгкого
- Периферический рак верхней доли правого лёгкого
- Центральный рак верхней доли правого лёгкого

В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является

- хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлая степень (GOLD 3), группа C (mMRC 1, частые обострения)
- хронический необструктивный бронхит, инфекционное обострение тяжёлой степени
- хронический необструктивный бронхит, обострение средней степени тяжести
- хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения).

Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и

- пульмонангиографию
- бодиплетизмографию
- перфузионную сцинтиграфию лёгких
- компьютерную томографию органов грудной клетки

Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить

- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- антагонисты эндотелиновых рецепторов
- длительно действующие антихолинергические препараты
- короткодействующие антихолинергические препараты

Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить

- коротко действующие бронходилататоры
- пероральные глюкокортикоиды
- ингаляционные глюкокортикоиды
- коротко действующие нитраты

Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- гепатита А
- туберкулёза
- гриппа
- гепатита В

В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение

- аллерген-специфической иммунотерапии
- лёгочной реабилитации
- респираторной поддержки
- трансплантации лёгких

Учитывая сопутствующее заболевание, пациент относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

- IIIб
- I
- II
- IIIа

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет \_\_\_\_\_ раз/раза

-4  
-3  
-2  
-1

Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет \_\_\_\_\_ раз/раза

-4  
-1  
-3  
-2

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №8

26.02. врач-терапевт участковый прибыл на вызов к пациентке 53-х лет на 3-ий день болезни.

##### Жалобы

на повышение температуры тела, озноб, общую слабость, покраснение, отёк, в области левой нижней конечности, боли в ней при движениях и при ходьбе.

##### Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия с 24.02.: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 39,0°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты. 25.02.: появились покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно мази троксевазин, левомеколь, спиртовые компрессы. 26.02.2018: на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в размерах и его яркости, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

##### Анамнез жизни

Повар. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, скарлатина - в детстве, артериальная гипертензия II, хронический бронхит, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, микоз стоп.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Проживает с семьёй (муж, сын, жена сына, внуки) в отдельной квартире.

Эпиданамнез: Работа связана с постоянной повышенной статической физической нагрузкой, микротравматизацией кожных покровов, резкой сменой температуры воздуха.

Покраснение и отёк левой голени на фоне подъёма температуры тела до 37,5° – 38,0°C отмечались также в декабре предыдущего года (3 месяца назад), лечилась амбулаторно, принимала азитромицин по схеме, ортофен, местно использовала троксевазин. После выздоровления приступила к работе.

##### Объективный статус

Температура тела 38,7°C. Положение активное. Сознание ясное, контактна, ориентирована, адекватна.

В области левой голени яркая горячая на ощупь эритема, отёк. Кожа инфильтрирована, лоснится. Очаг болезненный при пальпации. Булл, геморрагий нет. Кожные покровы вне очага физиологической окраски.

Увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов слева. Другие лимфатические узлы не увеличены.

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Микоз стоп.

Дыхание носом свободное, выделений из носа нет.

Слизистая оболочка ротовоглотки физиологической окраски. Миндалины не увеличены.

В легких жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 17 в минуту. АД-140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца, приглушены, ритмичны, ЧСС – 102 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перистальтика активная. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. В сознании. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.



#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатели	Ед.измерения	Результат	Норма
Гемоглобин	г/л	132	120.0-140.0
Эритроциты	$\times 10^{12}/\text{л}$	4,34	4,00- 6,00
Тромбоциты	$\times 10^9/\text{л}$	310	150-400
Лейкоциты	$\times 10^9/\text{л}$	17,0	4,0-9,0
миелоциты	%	2	0
палочкоядерные нейтрофилы	%	12	1-6
сегментоядерные нейтрофилы	%	79	47-72
эозинофилы	%	0	0-5
лимфоциты	%	5	19-37
моноциты	%	2	3-11
базофилы	%	0	0-1
СОЭ	мм/ч	35	2-15

##### Клинический анализ мочи

Показатель	Норма	Результат
Цвет	Соломенно-жёлтый	жёлтый
Прозрачность	прозрачная	прозрачная
Удельный вес	1010-1030	1021
Реакция (pH)	4.5-7.0	6.0
Белок	отсутствует	0.5 г/л

Показатель	Норма	Результат
Сахар	отсутствует	отсутствует
Желчные пигменты	Отсутствуют	Уробилиноиды 17 мкмоль/л
Эпителий плоский	Незначительно	1-3
Эпителий переходный	Незначительно	отсутствует
Эпителий почечный	Отсутствует	отсутствует
Цилинды	Гиалиновые 1-2	отсутствуют
Лейкоциты	0-6	5-7
Эритроциты	Неизменённые 0-2	2-3
Бактерии	Не более $1 \times 10^5$	$2.0 \times 10^5$
Соли	оксалаты	оксалаты

Исследование крови для обнаружения повышения титров антистрептолизина О (АСЛО)

Показатель Норма Единицы Результат

АСЛО 0.0 ме/мл 110

Посев крови на стерильность

Роста нет

Количественное исследование мочевого осадка по Нечипоренко

Показатель Результат

Лейкоциты 460

Эритроциты 1100

Цилинды 6

Какой основной диагноз?

- Эритематозно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная
- Варикозная болезнь вен нижних конечностей с трофическими изменениями, с воспалением (варикозная экзема)
- Сибирская язва, эдематозная форма, средней степени тяжести
- Эритематозная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, 1-й ранний рецидив

Опорными диагностическими критериями местных изменений в очаге рожи являются наличие

- гиперемии с размытыми краями и флюктуацией в области очага воспаления, более дёргающего характера в покое
- выраженного лимфаденита с резкой болезненностью и геморрагического пропитывания тканей над лимфоузлом
- эрите́мы с неровными границами, увеличенных регионарных лимфатических узлов, отёка
- геморрагической сыпи с центральными некрозами на плотном основании, безболезненных при пальпации

Предрасполагающим фактором для возникновения рожи является

- метаболический синдром
- резкая смена температуры

- психоэмоциональный стресс
- длительная инсоляция

Провоцирующим фактором при роже является

- эндокринные нарушения
- метаболический синдром
- венозная недостаточность
- переохлаждение

В классификацию рожи по распространённости местных проявлений включена форма

- распространённая
- септикопиемическая
- генерализованная
- абдоминальная

Осложнениями рожи являются

- гломерулонефрит, острая почечная недостаточность, острая печёночная энцефалопатия, респираторный дистресс-синдром
- стойкий лимфостаз, вторичная слоновость, облитерирующий эндартериит, атеросклероз коронарных артерий
- отит, гайморит, дерматит, дакриоцистит
- абсцесс, флегмона, сепсис, инфекционно-токсический шок

Критерием часто рецидивирующей рожи является наличие

- рецидива через 12 месяцев с той же локализацией очага
- 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией очага
- рецидива через 6 месяцев с иной локализацией очага
- ежегодного сезонного рецидивирования с той же локализацией очага

Лечебная тактика при повторной неосложнённой роже включает назначение

- 2-х курсов антибактериальной терапии с назначением на втором курсе линкомицина
- однокурсовый антибактериальной терапии
- иммунокоррегирующей терапии
- глюкокортикоидов

Для лечения данной больной целесообразно назначить (при переносимости) препараты группы

- аминогликозидов
- тетрациклинов
- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений

Метод непрерывной круглогодичной бицилинопрофилактики рожи целесообразен при наличии

- обнаруженной генетической предрасположенности к роже
- 3-х и более рецидивов рожи в год с той же локализацией очага
- повторной рожи на фоне имеющейся постмортемической лимфедемы верхней конечности
- первичной рожи лица

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №9

Вызов врача на дом к пациентке 64 лет на 4-й день болезни

### Жалобы

на высокую температуры тела, слабость, озноб, отек, покраснение, боль и появление пузырей в области левой голени.

### Анамнез заболевания

Заболевание началось днем остро с озноба, повышения температуры тела до 39,1°C, слабости, пропал аппетит, вечером заметила небольшой отек и покраснение в нижней трети левой голени.

На 2-й день болезни сохранялась высокая температура - 39,2°C, отек, яркое покраснение в области левой голени усилились, появилось жжение.

На 3-й день болезни сохранялись высокая температура - 39,3°, слабость, отек, боль и покраснение левой голени, появились пузыри.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта.

Аналогичные заболевания на этой же ноге перенесла два раза за текущий год, последний раз - три месяца назад.

### Анамнез жизни

#### Пенсионерка

Проживает в отдельной квартире вместе с мужем.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, ангины, хронический отит, тонзиллэктомия. Перелом левой голени 20 лет назад.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

### Объективный статус

Температура тела 38,6°C.

В области левой голени выраженный отек, яркое покраснение горячее на ощупь, геморрагии, крупные буллы с серозно-геморрагическим содержимым. Паховые лимфоузлы слева увеличены, болезненны при пальпации.

Кожа туловища, остальных конечностей - обычной окраски.

Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, правосторонние паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации.

Слизистая ротоглотки розовая.

АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в мин.

В легких хрипов нет.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.



#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	120,0 - 140,0	135,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	37,1
Лейкоциты	4,00 - 9,00	16,0
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты	150,0 - 320,0	225,0
Лимфоциты	19,0 - 37,0	13
Моноциты	2,0 - 10,0	1
Нейтрофилы п/ядерные 1-6		18
Нейтрофилы с/ядерные 47-72		68
Эозинофилы	0,0 - 5,0	0
Базофилы	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ	2 - 20	26

##### Анализ крови на глюкозу

Глюкоза крови – 5,2 ммоль/л

##### Общий анализ мочи

Показатель	Норма	Результат
Цвет	Соломенно-жёлтый жёлтый	
Прозрачность	прозрачная	прозрачная
Удельный вес	1010-1030	1017
Реакция (рН)	4.5-7.0	5.5
Белок	отсутствует	0.2 г/л

Показатель	Норма	Результат
Сахар	отсутствует	отсутствует
Желчные пигменты	Отсутствует	отсутствует
Эпителий плоский	Незначительно	1-3
Эпителий переходный	Незначительно	отсутствует
Эпителий почечный	Отсутствует	отсутствует
Цилинды	Гиалиновые 1-2	Гиалиновые 1-2
Лейкоциты	0-6	5-7
Эритроциты	Неизменённые 0-2	1-3
Бактерии	Не более $1 \times 10^5$	$1.5 \times 10^5$
Соли	оксалаты	оксалаты

Бактериологический посев крови  
Отрицательно

Бактериологический посев мочи  
Роста нет

Какой основной диагноз?

- Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, среднетяжелое течение, рецидивирующее течение
- Буллезное импетиго, типичное течение, средней степени тяжести
- Эритематозно-буллезная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная
- Сибирская язва, буллезная форма, средней степени тяжести

Клинические признаки начального периода рожи включают

- боли в горле, полилимфаденопатия, гепатосplenомегалия
- заложенность носа, першение в горле, сухой «саднящий» кашель
- озноб, повышение температуры, слабость, головную боль
- озноб, повышение температуры, выраженную потливость, спленомегалию

К патогномоничным признакам рожи относят

- красный, резко болезненный при пальпации инфильтрат с геморрагическим пропитыванием, регионарный лимфаденит
- обильную сливную пятнисто-папулезную сыпь на гиперемированном фоне
- отек, яркую горячую на ощупь эритему с неровными контурами, геморрагии, буллы, регионарный лимфаденит
- пятнисто-папулезную сыпь с кожным зудом, микрополилимфаденопатию

Местными осложнениями рожи являются

- тромбоэмболия легочной артерии, инфекционно-токсический шок
- пневмония, облитерирующий эндартериит
- абсцесс, флегмона
- сепсис, менингит

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем
- скарлатиной, системной красной волчанкой, краснухой

-менингококковой инфекцией, корью, бруцеллезом  
-энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом, иерсиниозом

Часто рецидивирующей роже считают наличие рецидивов от \_\_\_\_ раз/раза в год  
-2  
-1  
-3  
-5

Тактика ведения данной больной заключается в  
-госпитализации в хирургическое отделение  
-ведении пациента в амбулаторных условиях  
-госпитализации в инфекционный стационар  
-ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при роже заключается в назначении  
-антибактериальной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами  
-противовирусных препаратов и местного назначения мази вишневского  
-тугого бинтования с наложением синтомициновой эмульсии в сочетании с физиотерапией  
-антибактериальных мазей (местно на очаг) и глюкокортикоидов коротким курсом

Допуск реконвалесцентов рожи к работе разрешается после  
-отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки  
-нормальных результатов контрольной рентгенографии органов грудной клетки  
-их клинического выздоровления  
-нарастания титра специфических IgG в 4-е раза

Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится  
-бициллином-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели  
-эрбитромицином по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев  
-левофлоксацином по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев  
-тетрациклином по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №10

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

**Жалобы**  
на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,  
слабость, повышенную утомляемость,  
сердцебиение при физической нагрузке.

### Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью.

АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

#### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально, служил в армии

Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет.

Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.

Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет

Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

#### Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м<sup>2</sup>. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аусcultации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	146
Гематокрит	35,0 - 47,0	40
Лейкоциты	4,00 - 9,00	5,4
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,5
Тромбоциты	150,0 - 320,0	214
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	54
Лимфоциты	17,0 - 48,0	37
Моноциты	2,0 - 10,0	3
Эозинофилы	0,0 - 6,0	1
Базофилы	0,0 - 1,0	0
СОЭ по Панченкову	2 - 20	14

Биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

Показатель	Результат	Норма
Белок общий	84	63-87 г/л
Креатинин	98	44-115 мкмоль/л
Мочевина	7,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	488	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	5,8	3,3-5,8 ммоль/л
Глюкоза	4,3	3,5-6,2 ммоль/л
Билирубин общий	16	8,49-20,58 мкмоль/л
Билирубин прямой	4	2,2-5,1 мкмоль/л
Триглицериды	1,9	менее 1,7 ммоль/л
АСТ	28	до 42 Ед/л
АЛТ	32	до 38 Ед/л
КФК	90	до 180 Ед/л
Калий	4,1	3,35-5,35 ммоль/л
Натрий	144	130-155 ммоль/л
Железо	26	9,0-31 мкмоль/л
Ферритин	94	12-128 мкг/л

Определение уровня гормонов щитовидной железы

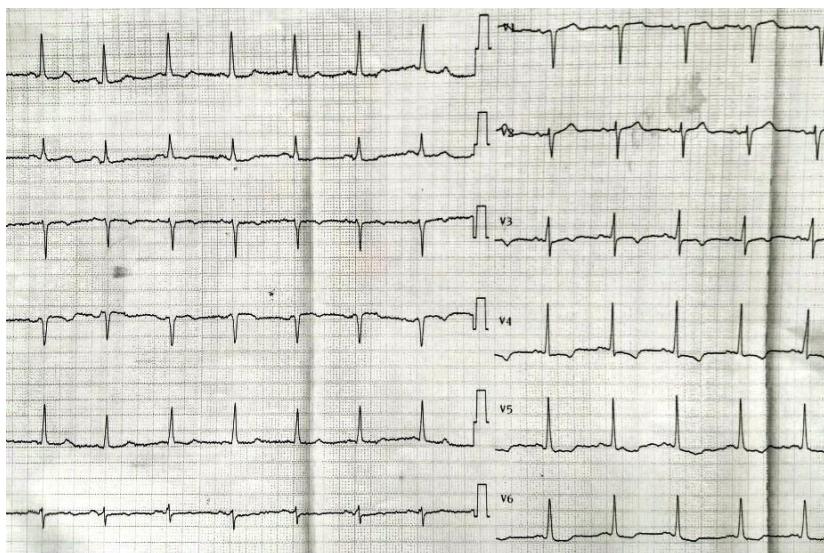
ТТГ 2,0 мкМЕ/л (норма 0,4-4,0 мкМЕ/л), Т4 – 12,5 пмоль/л (норма 9-19 пмоль/л), АТ к ТПО – 30 МЕ/мл (норма менее 100 МЕ/мл)

Общий анализ мокроты

Показатель	Результат
Характер	Слизистая
Цвет	Прозрачная
Эозинофилы	Отсутствуют
Спирали Куршмана	Отсутствуют
Кристаллы Шарко-Лейдена	Отсутствуют
Лейкоциты	Единичные в препарате
Атипичные клетки	Не обнаружены
Микобактерии туберкулеза	Не обнаружены

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ в покое



### Эхо-КГ

Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Аорта не расширена. Размер левого предсердия - 3,9 см (норма до 4 см). Размеры левого желудочка: диастолический - 5,8 см (норма 4,9-5,5 см). Фракция выброса 45% (норма >50%). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки 1,4 см. Зоны нарушений локальной сократимости не выявлены.

### КТ головного мозга

Смещения срединных структур нет. Серое и белое вещество мозга дифференцируются. Очи с патологической плотностью в веществе мозга не обнаруживаются. Субарахноидальные пространства, базальные цистерны, желудочки мозга не расширены. Боковые желудочки симметричны, не расширены. Селлярная область в норме. Внутренние и наружные слуховые проходы, сосцевидные отростки височных костей, кости основания и свода черепа в норме. Состояние сосудов и характер кровотока в основной артерии мозга, глазничных артериях, средних, передних и задних мозговых артериях, внутренних сонных артериях, внутричерепных частях позвоночных артерий, а также венах в норме

### УЗИ почек

Почки обычно расположены, размеры их в норме. Чашечно-лоханочная система не расширена. Дополнительных объемных образований, конкрементов не визуализируется

### Какой предполагаемый основной диагноз?

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ II А ст., III ФК NYHA

-Семейная гипертрофическая кардиомиопатия, симметричная без обструкции выносящего тракта. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, II А ст., III ФК NYHA

-Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% II А ст., III ФК NYHA

-Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный фенотип, средней степени тяжести, обострение. Вторичные тракционные бронхоэктазы без нагноения. Хроническое легочное сердце II ФК

### Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

-признаки ГЛЖ

- фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса
- атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда
- подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

- комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков
- блокаторы рецепторов ангиотензина II
- кардиоселективные бета-адреноблокаторы
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

- ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков
- пролонгированных бета-адrenomиметиков+ ингаляционных глюкокортикоидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

- увеличение потребления говяжьего мяса и печени
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей - («Средиземноморская диета»)
- ограничение потребления соли и жидкости
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

- верапамил
- амлодипин
- короткодействующий нифедипин
- дилтиазем

Побочный эффект, возникновение которого ожидаемо у данного больного на фоне терапии бета-адреноблокаторами

- синусовая тахикардия
- импотенция
- ощущение «приливов»
- гинекомастия

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

- самопроизвольное снижение дозы препаратов или отказ от назначенной терапии
- несоблюдение питьевого режима и нарушение диетических рекомендаций
- физические тренировки
- присоединение анемии или интеркуррентных инфекций

Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

- ШОКС
- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc
- TIMI
- SCORE

Мероприятие по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного пациента

- отказ от любых видов физической нагрузки
- ограничение потребления соли
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем
- нормализация и контроль массы тела (целевой ИМТ 18-25 кг/м<sup>2</sup>)

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №11

Мужчина 68 лет обратился на прием в поликлинику.

### Жалобы

На ноющую, давящую, сжимающую боль за грудиной, отдающую в левую руку, возникающую на фоне повседневной (пройтись до автобусной остановки, подняться на второй этаж) физической нагрузки, купирующейся самостоятельно после прекращения нагрузки

На периодическое повышение артериального давления, максимально до 200/180 мм рт.ст, адаптирован к 140/80 мм рт.ст.

### Анамнез заболевания

Болевой синдром в грудной клетке начал беспокоить около 10 лет назад. Эпизоды возникали редко (до 1-2 раз в год), только на фоне чрезмерной нагрузки. По этому поводу однократно был консультирован терапевтом на профосмотре, рекомендованную терапию не принимал, не обследовался. Во время приступа болей самостоятельно, однократно пробовал принимать нитроглицерин, однако в связи с возникшей головной болью в дальнейшем от препарата отказался.

Настоящее ухудшение около двух лет назад, когда впервые стал ощущать прогрессивное снижение переносимости физических нагрузок, возникновение приступов загрудинных болей на фоне незначительной нагрузки (подъем на 1 лестничный пролет). В связи с этим обратился на прием к терапевту поликлиники. Повышение артериального давления беспокоит около 15 лет, по этому поводу не обследовался, постоянная гипотензивная терапия не назначалась. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицают.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает учителем труда в школе.

Перенесённые заболевания, операции: геморрой, ремиссия; хронический гастрит, ремиссия; трансуретральная резекция предстательной железы (по поводу ДГПЖ).

Наследственность: отец – смерть в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда, старший брат – в 2016 году перенес операцию аортокоронарного шунтирования

Аллергоанамнез: аллергия на пенициллин (отек Квинке)

Вредные привычки: курение – стаж 45 лет, бросил месяц назад, так как "замучил" кашель, особенно по утрам, сопровождающийся откашливанием мокроты, отмечаемый в течение длительного времени и усилившийся в последние 5 лет.

### Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое, рост 1,95 м, вес 105кг, индекс массы тела 27,61кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета. При аусcultации сердца тоны приглушены, ритмичные, в области верхушки сердца выслушивается систолический шум малой интенсивности. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, над всей поверхностью легочных полей выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

### Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови (определение уровня Нв и лейкоцитов)- Определение уровня креатинина крови, подсчет СКФ - Анализ липидного спектра крови натощак

#### Общий анализ крови

Компонент	Результат	Комментарии	Норма	Единицы
Гемоглобин	HGB	131	120 - 140	г/л
Эритроциты	RBC	4,61	3,90 - 4,70	10 <sup>12</sup> /л
Цветной показатель		0,92	0,85 - 1,05	
Гематокрит	HCT	41,2	36,0 - 42,0	%
Средний объем эритроцита	MCV	89,3	81,0 - 98,0	фл
Среднее содержание Нв в эритроците	MCH	30,6	27,0 - 33,0	пг
Средняя концентрация Нв в эритроците	MCHC	342	320 - 360	г/л
Распределение эритроцитов по объему	RDW	13,4	11,5 - 14,5	%
Тромбоциты	PLT	262	180 - 320	10 <sup>9</sup> /л
Тромбокрит	PCT	0,262	0,150 - 0,400	%
Средний объем тромбоцита	MPV	10,0	7,4 - 10,4	фл
Распределение тромбоцитов по объему	PDW	16,2	10,0 - 20,0	%
Лейкоциты	WBC	8,46	4,00 - 9,00	10 <sup>9</sup> /л
Сегментоядерные	NEU	53,0	47,0 - 72,0	%
		3,38	2,00 - 5,50	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы	EOS	1,4	0,5 - 5,0	%
		0,12	0,02 - 0,30	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы	BAS	0,50	0,00 - 1,00	%
		0,04	0,00 - 0,065	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты	MON	8,5	2,0 - 9,0	%
		0,30	0,09 - 0,60	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты	LYM	35,2	18,0 - 40,0	%
		2,20	1,20 - 3,00	10 <sup>9</sup> /л
СОЭ (по Вестергрену)		12	2 - 16	мм/час

#### Креатинин крови

86 мкмоль/л,

СКФ

по формуле MDRD = 77 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>

#### Липидный профиль:

**Показатель , (ммоль/л)**

Общий холестерин (ХС)	6,7
Триглицериды	1,8
Холестерин ЛПНП	5,0
Холестерин ЛПВП	0,5

Определение уровня уреазы в выдыхаемом воздухе - Определение уровня креатинина мочи - Определение уровня общего билирубина - Определение уровня амилазы крови

Определение уровня уреазы в выдыхаемом воздухе

отрицательная уреазная активность – 3 % – соответствуют отсутствию уреазной активности и, следовательно, отсутствию Helicobacter pylori в желудке

Определение уровня креатинина мочи  
16.3 ммоль/сут

Определение уровня общего билирубина  
17.3 мкмоль/л

Определение уровня амилазы крови  
110 ЕД/л  
Результаты инструментальных методов обследования

**Инвазивная коронароангиография**

Сбалансированный тип кровоснабжения. Ствол ЛКА не изменен. В проксимальном и среднем сегменте передней нисходящей артерии определяется протяженный стеноз до 75%, далее не изменена. Огибающая артерия не изменена. Правая коронарная артерия в среднем сегменте стенозирована на 40%, далее не изменена. Выполнена коронарная ангиопластика и стентирование передней нисходящей артерии стентом с лекарственным покрытием Synergy 3.5x28 мм.

**Компьютерная томография-ангиография**

В связи с тем, что индекс кальцинации (индекс Агатстона) у данного пациента составил 1258 Ед, проведение дальнейшего исследования с введением контрастного вещества не проводилось (в связи с нецелесообразностью).

**Какой основной диагноз?**

- Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз коронарных артерий (стеноз п/с ПНА до 75%).
- Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз коронарных артерий (стеноз п/с ПНА до 75%). Стенокардия напряжения III ФК
- Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III ФК
- Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II ФК

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относятся

- гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени; дислипидемия. геморрой; хронический гастрит

- гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени; ожирение 1 степени; дислипидемия; наследственность
- гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени; избыточная масса тела; дислипидемия; наследственность; длительный анамнез употребления табака
- гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени; избыточная масса тела; дислипидемия; геморрой; хронический гастрит; доброкачественная гиперплазия предстательной железы

У данного пациента можно предположить следующее сопутствующее заболевание респираторной системы

-J41.0 – простой хронический бронхит

-J44.9 – хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная

-J42 – хронический бронхит неуточненный

-J40 – бронхит, не уточненный как острый или хронический

Для предотвращения развития сердечно-сосудистых событий данному пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов

-блокаторы медленных  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов, ингибитор If-каналов синусного узла

-антиагреганты, гиполипидемические средства (статины), ингибиторы АПФ

-антикоагулянты, гиполипидемические средства (статины), ингибиторы АПФ

-антикоагулянты,  $\beta$ -адреноблокаторы, нитраты

Терапия стабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает назначение короткодействующих нитратов и

- $\beta$ -адреноблокаторов или блокаторов медленных  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов (длительного действия)

-блокаторов медленных  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов или ингибитора If-каналов синусного узла

- $\beta$ -адреноблокаторов или блокаторов медленных  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов (короткого действия)

- $\beta$ -адреноблокаторов или ингибитора If-каналов синусного узла

Терапия стабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает сочетание таких препаратов как

ивабрадин/никорандил/ранолазин/ триметазидин и

-дигоксина

-пролонгированных нитратов

-короткодействующих нитратов

-нитратов средней продолжительности действия

У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина \_\_\_\_\_ мг/сут

-150-300

-75-150

-75 и менее

-300-600

В случае данного, конкретного пациента должно быть достигнуто целевое значение уровня ЛПНП менее \_\_\_\_\_ ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если невозможно достичь уровня ЛПНП в \_\_\_\_\_ ммоль/л

-1,5 и 1,5

-3,5 и 3,5

-2,5 и 2,5

-3 и 3

У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов

- ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист медленных  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов
- ингибитор АПФ + неселективный  $\beta$ -адреноблокатор
- ингибитор АПФ + коротко действующий дигидропиридиновый антагонист медленных  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов
- ингибитор АПФ + селективный  $\beta$ -адреноблокатор

Вы направили пациента в специализированный стационар, для проведения инвазивной коронароангиографии. Пациент находится в очереди на госпитализацию. Больные со стенокардией ИФК наблюдаются врачом-кардиологом поликлиники с частотой визитов до \_\_\_\_ раз в год.

- 3 (в случае обострения или стабильного течения заболевания, сроки наблюдения определяются врачом индивидуально в каждом конкретном случае)
- 12 (в случае обострения или стабильного течения заболевания, сроки наблюдения определяются врачом индивидуально в каждом конкретном случае)
- 6 (независимо от характера течения заболевания)
- 2 (независимо от характера течения заболевания)

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №12

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 62 лет.

### Жалобы

на сухость во рту, жажду.

### Анамнез заболевания

Год назад при диспансерном обследовании на работе была выявлена гипергликемия натощак (7,6 ммоль/л), было рекомендовано обследование, однако пациент рекомендации не выполнил, к врачу не обращался. В течение 3-х месяцев стала беспокоить сухость во рту и жажда, боли в ногах по ночам.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает инженером.

Перенесённые заболевания: в течение 4-х лет в связи с повышением артериального давления получает моксонидин 0,4 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 175 и 100 мм рт.ст.

Наследственность: у отца – сахарный диабет 2 типа.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

Питается нерегулярно, употребляет фастфуд.

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 174 см, масса тела – 93 кг, индекс массы тела – 31 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Осмотр нижних конечностей: кожа сухая, участки гиперкератоза в областях избыточного давления на стопах, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 155/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

## Результаты лабораторных методов обследования

### Глюкоза плазмы натощак

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза, ммоль/л	10,1	3,5-6,1

### Гликированный гемоглобин (HbA1c)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 9,7%.

### Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное
Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	46 ммоль/л	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют
Соли	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствует	незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

### Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0 %
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21,0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л

Показатель	Результат Нормы	
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112,0 %
Протеин С	115,8	70,0-140,0 %

Какой предполагаемый основной диагноз?

- Сахарный диабет 1 типа
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Нарушение гликемии натощак

У пациента предполагается осложнение сахарного диабета в виде

- синдрома диабетической стопы
- моторной полинейропатии
- автономной нейропатии
- сенсорной полинейропатии

Для подтверждения наличия сенсорной полинейропатии пациенту необходимо провести

- оценку нарушений чувствительности
- рентгенографию голеней
- сцинтиграфию скелета
- КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника

У пациента из сопутствующей патологии присутствует

- артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 ст.
- артериальная гипертензия 2 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 ст.
- артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 2 ст.
- артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений, избыточная масса тела

Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < \_\_\_\_\_ %

- 7,5
- 6,0
- 5,5
- 7,0

В качестве стартовой сахароснижающей терапии необходимо назначить комбинацию инсулина  
-базального и метформина  
-короткого действия и розиглитазона  
-базального и пиоглитазона  
-короткого действия и глибенкламида

Необходим повторный контроль HbA1c через \_\_\_\_\_ месяца/месяцев  
-9  
-2  
-3  
-12

Для лечения сопутствующей патологии данному пациенту показано назначение  
-метопролола, торасемида  
-моксонидина, бисопролола  
-эналаприла, нифедипина  
-верапамила, бисопролола

Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку  
-суточного мониторирования артериального давления 1 раз в месяц  
-результатов непрерывного мониторирования уровня глюкозы крови  
-микроальбуминурии  
-суточной глюкозурии

### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №13

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, тяжесть в правом подреберье, отеки голеней и стоп, слабость, повышенную утомляемость, уменьшение объема выделяемой мочи.

#### Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

#### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Работал токарем. С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. Семейный анамнез: отец больного умер в

в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

#### Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аусcultации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузирчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудинь, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	122
Гематокрит	35,0 - 47,0	42
Лейкоциты	4,00 - 9,00	8,6
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,1
Тромбоциты	150,0 - 320,0	193
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	338
Лимфоциты	17,0 - 48,0	37
Моноциты	2,0 - 10,0	3
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	54
Эозинофилы	0,0 - 6,0	1
Базофилы	0,0 - 1,0	0
СОЭ по Панченкову	2 - 20	12

Биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

Показатель	Результат	Норма
Белок общий	73	63-87 г/л
Креатинин	114	44-115 мкмоль/л
Мочевина	7,7	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	412	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	6,2	3,3-5,8 ммоль/л
ЛПОНП	1,6	0,26-1,04 ммоль/л
ЛПНП	3,5	2,2-5,7 ммоль/л – общая норма В группах очень высокого риска - менее 1,8 ммоль/л

Показатель	Результат	Норма
ЛПВП	0,9	1,03-1,55 ммоль/л
Глюкоза	4,9	3,5-6,2 ммоль/л
Билирубин общий	17,4	8,49-20,58 мкмоль/л
Билирубин прямой	4,7	2,2-5,1 мкмоль/л
Триглицериды	0,9	менее 1,7 ммоль/л
АСТ	33	до 42 Ед/л
АЛТ	42	до 38 Ед/л
КФК	100	до 180 Ед/л
Калий	4,9	3,35-5,35 ммоль/л
Натрий	135	130-155 ммоль/л
Железо	14,7	9,0-31 мкмоль/л
Ферритин	80	12-128 мкг/л

Определение титра противострептококковых антител

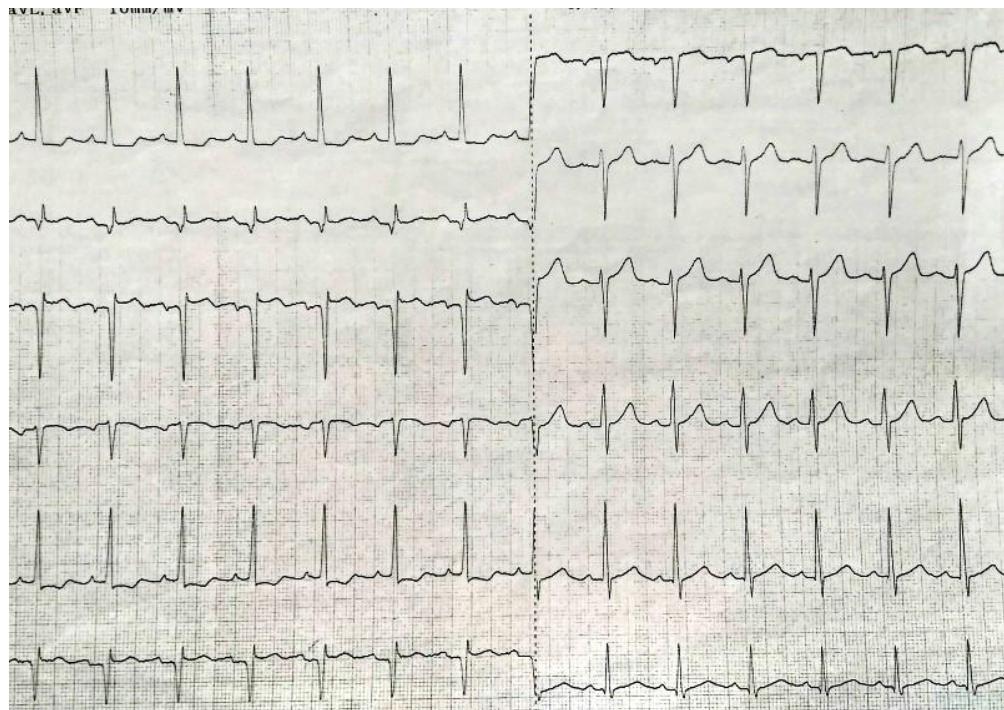
Титр противострептококковых антител – 1:50 (норма до 1:200).

Общий анализ мочи

Относительная реакция	плотность	–	1011;
белок	–	–0,03	слабо-кислая;
глюкоза	–	–	г/л;
эритроциты	–	–	отсутствует;
лейкоциты – 1-2 в поле зрения.	–	–	0;

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ в покое



## Эхо-КГ

Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Раскрытие их полное. Полость левого желудочка расширена в диастолу до 6,8 см (норма 4,9-5,5 см). Фракция выброса ЛЖ – 35% (норма 50-70%). Толщина задней стенки – 1,0 см, межжелудочковой перегородки – 1,4 см. Отмечаются зоны акинезии в области задне-нижних и задне-базальных сегментов.

## Экскреторная урография

После внутривенного введения контрастного вещества почки обычных размеров, формы и расположения, окрашены интенсивно. Контуры чашечек, лоханок, мочеточников четкие, ровные. Деформаций не выявлено. Сужений просвета, дополнительных образований чашечно-лоханочной системы, мочеточников, мочевого пузыря не выявлено.

## Бодиплетизмография

Показатели жизненной емкости легких, остаточной емкости легких, ОФВ1, МОС 25-75 в пределах нормальных значений. Нарушений ЖЕЛ, признаков обструкции бронхиального дерева не выявлено.

## Какой предполагаемый основной диагноз?

-Первичная дилатационная кардиомиопатия. Относительная недостаточность митрального и триkuspidального клапанов. Легочная гипертензия. Желудочковая экстрасистолия 2 ФК по Лауну. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, IIБ ст., IV ФК NYHA. Гипостатическая очаговая пневмония в нижних долях обоих легких.

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. Сочетанное: Бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжелого персистирующего течения, обострение. Пневмосклероз. Эмфизема легких. Астматический статус 1 ст.

-Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитический фенотип, средней степени тяжести (II стадия), обострение. Хронический бронхит, ассоциированный с табакокурением, обострение. Хроническое легочное сердце II ФК. Дыхательная недостаточность III ст. Вторичные тракционные бронхэктазы. Внебольничная очаговая полисегментарная пневмония в нижней доле левого легкого.

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы.

С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

- мочевой кислоты
- гликозилированного гемоглобина
- альдостерона
- мозгового натрийуретического пептида (МНУП)

Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больному показано проведение

- теста 6-минутной ходьбы
- радиоизотопной вентрикулографии в пробе с нитроглицерином
- ортостатической пробы
- спирометрии в пробе с бронходилататором

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

- непрямые антикоагулянты
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- бета-адреноблокаторы

Диетические рекомендации для данного больного должны включать

- ограничение легкоусваиваемых углеводов
- ограничение потребления соли и жидкости
- увеличение доли белков животного происхождения (красное мясо, печень)
- увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

- диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов
- бета-адrenomиметиков, ингаляционных глюкокортикоидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

- полная блокада левой ножки пучка Гиса
- фибрилляция предсердий
- артериальная гипертензия
- тяжелая декомпенсация ХСН

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

- тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)
- петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)
- тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)
- ингибиторов карбоангидразы (диакарб)

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

- СКФ
- частоты сердечных сокращений
- продолжительности корректированного QT
- гликозилированного гемоглобина

При уменьшении явлений декомпенсации ХСН, но при сохраняющейся синусовой тахикардии данному пациенту со сниженной ФВ ЛЖ с целью уменьшения ЧСС противопоказано назначение

- верошипиона и эплеренона
- эналаприла и лизиноприла
- метопролола и бисопролола

-верапамила и дилтиазема

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №14

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

### Жалобы

на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках, на сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,  
перебои в работе сердца

### Анамнез заболевания

Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 ммрт.ст. В течение 12-13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугода приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работала директором фабрики до 65 лет.

Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет.

Замужем. Имеет 2 взрослых детей.

В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы.

Не курит. Алкоголь не употребляет.

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см, ИМТ - 38,57 кг/м<sup>2</sup>. На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования жёлтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой передне-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
--------------	-------	-----------

Гемоглобин	130,0 - 160,0	132
------------	---------------	-----

Эритроциты	4,00 - 5,70	4,3
------------	-------------	-----

Лейкоциты	4,00 - 9,00	8,4
-----------	-------------	-----

Наименование	Нормы	Результат
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	56
Лимфоциты	17,0 - 48,0	38
Моноциты	2,0 - 10,0	4
Эозинофилы	0,0 - 6,0	2
Базофилы	0,0 - 1,0	0
Тромбоциты	150,0 - 320,0	267

Биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или T, КФК и ее МВ-фракция)

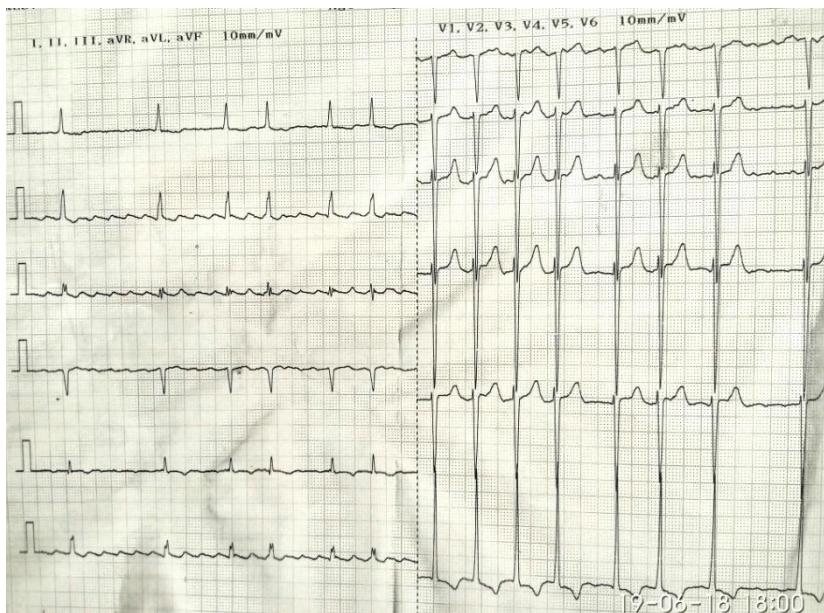
Показатель	Результат	Норма
Белок общий	70	63-87 г/л
Креатинин	110	44-115 мкмоль/л
Мочевина	8,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	383	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	8,1	3,3-5,8 ммоль/л
ЛПНП	5,4	<3 ммоль/л, <2,5 ммоль/л у больных ИБС
ЛПВП	0,8	>1,2 ммоль/л
Глюкоза	7,5	3,5-6,2 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	6,9	<6,5%
Билирубин общий	18	8,49-20,58 мкмоль/л
Билирубин прямой	4,4	2,2-5,1 мкмоль/л
Триглицериды	5,3	менее 1,7 ммоль/л
АСТ	40	до 42 Ед/л
АЛТ	36	до 38 Ед/л
Калий	4,5	3,35-5,35 ммоль/л
Натрий	146	130-155 ммоль/л
Тропонин Т	0,06	До 0,1 нг/мл
МВ-КФК	11	0-16 Ед/л

Бензидиновая проба  
Отрицательная

Генетическое исследование для выявления мутации в генах, кодирующих белки цитоскелета кардиомиоцитов (ламины, десмин)  
Мутаций в генах цитоскелета не выявлено

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ в 12 отведений



### Эхо-КГ

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки 13 мм, межжелудочковой перегородки 14 мм. Зоны с нарушением локальной сократимости не выявлены. ФВ ЛЖ 55%. Митральная регургитация 2 ст, трикуспидальная регургитация 1 ст. Расширение полостей обоих предсердий.

### УЗИ почек

Почки обычно расположены, нормальных размеров и эхогенности. Чашечно-лоханочная система обеих почек не расширена. Дополнительных образований (кист, конкрементов) не выявлено.

### ЭГДС

Пищевод проходим. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки бледно-розовая, складки хорошо расправляются воздухом. В желудке умеренное количество слизи. Перистальтика умеренная. Привратник не изменен. В 12-перстной кишке незначительное количество желчи. Область большого дуоденального сосочка не изменена. Постбульбарные отделы – без особенностей.

### Какой предполагаемый основной диагноз?

-ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст., III ФК NYHA. Ожирение 2 ст.

-Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитический фенотип, тяжелой степени (III стадия), обострение. Хроническое легочное сердце II ФК. Дыхательная недостаточность III ст. Вторичные тракционные бронхэктазы. Внебольничная очаговая полисегментарная пневмония в нижней доле левого легкого. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7%. Диабетическая макро- и микроангиопатия, офтальмопатия, полинейропатия. Ожирение 2 ст

-Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с пищеводными и непищеводными проявлениями. Эрозивный рефлюксный эзофагит. Недостаточность кардии. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический эрозивный гастродуоденит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение

-Распространенный остеохондроз позвоночника, первичный, медленно прогрессирующий с вторичным корешковым синдромом, часто рецидивирующее течение. Хроническая дорсопатия, торакалгия, умеренные болевые ощущения. Спондилоартроз шейного и грудного отделов. Плечелопаточный периартрит. Мышечно-тонический синдром

Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной

- трепетание предсердий с неправильным (вариабельным) проведением. Гипертрофия левого желудочка
- синоатриальная блокада 2 степени. Частая наджелудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха. Наджелудочковая экстрасистолия по типу бигеминии
- миграция водителя ритма по предсердиям. Гипертрофия правого желудочка и неполная блокада правой ножки пучка Гиса

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у данной являются

- неселективные бета-адреноблокаторы
- короткодействующие нитраты
- антитромбоцитарные препараты (аспирин)
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

Терапия данной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

- заместительную гормональную терапию
- антагонисты рецепторов альдостерона
- ингибиторы АПФ
- новые оральные антикоагулянты

Диетические рекомендации у данной больной, страдающей ИБС и сахарным диабетом, должны содержать

- ограничение потребления поваренной соли до 2 г в сутки жидкости до 1200-1500 мл в сутки
- ограничение насыщенных жирных кислот и легкоусваиваемых углеводов
- ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей и увеличение насыщенных жирных кислот
- ограничение полиненасыщенных жирных кислот, в том числе из природных источников и увеличение легкоусваиваемых углеводов

Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют

- менее 3 ммоль/л
- менее 1,8 ммоль/л
- менее 1 ммоль/л
- более 5 ммоль/л

У данной больной при назначении ей бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

- артериальная гипертензия
- отеки голеней
- гипогликемия/скрытие признаков гипогликемии
- желудочковая экстрасистолия

При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

- радиочастотной аблации очага эктопической активности
- фибринолитической терапии тканевым активатором плазминогена
- чрезкожного коронарного вмешательства
- транскатетерной имплантации аортального клапана

Для максимальной профилактики рестеноза на месте чрезкожного коронарного вмешательства у больной целесообразно использование

- двойной антитромбоцитарной терапии в комбинации с непрямыми антикоагулянтами
- комбинированной терапии статинами и фибраратами
- стентов с лекарственным покрытием
- голометаллических (непокрытых) стентов

Неблагоприятным побочным эффектом коронароангиографии со стороны почек у больной с сахарным диабетом и гипертонической болезнью может стать

- прогрессирование ХБП
- тромбоэмболический инфаркт почки
- подострый (быстро прогрессирующий) гломерулонефрит
- обострение хронического пиелонефрита

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №15

Больная 19 лет, студентка, обратилась в поликлинику

### Жалобы

На выраженные отеки лица, ног, рук, передней брюшной стенки, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пенящаяся).

### Анамнез заболевания

Два дня назад угостили экзотическим фруктом из Таиланда, после его употребления развился отек Квинке, который был купирован по скорой помощи введением преднизолона. Через день после этого эпизода появились и стали быстро нарастать отеки стоп, голеней, лица, моча начала пениться, уменьшилось ее количество. Обратилась к участковому терапевту.

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ.

Аллергоанамнез: атопия на кошачью шерсть (ринит, конъюктивит), пищевая аллергия – цитрусовые (дерматит)

Наследственность: у мамы и сестры – поллиноз (пыльца березы, ольхи, одуванчиков)

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, чистые. Зев - не гиперемирован. Периферические л.у. не пальпируются. Выраженные отеки лица, голеней, стоп, кистей рук, передней брюшной стенки. Отеки при надавливании оставляют ямку. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделяет около 800мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

## Результаты лабораторных методов обследования

### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	150мл
цвет	желтый
прозрачность	полная
реакция	кислая
Удельная плотность	1021
белок	5,2 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	1 в поле зрения
эритроциты	0-1 в поле зрения
цилиндры	гиалиновые
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	отсутствуют

### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 - 82	49,8
Альбумин	32 - 48	20
Мочевина	2,5 - 6,4	5,0
Креатинин	53 - 115	75
Холестерин общий	1,4 - 5,7	9,6
Триглицериды	0,20 - 1,70	1,93
Билирубин общий	3,0 - 17,0	7,2
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	1,2
АЛТ	15,0 - 61,0	22,0
АСТ	15,0 - 37,0	12,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	320,0
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,2

### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин	130,0 - 160,0	140
Гематокрит	35,0 - 47,0	47,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,5
Эритроциты	4,00 - 5,70	5,37
Тромбоциты	150,0 - 320,0	210,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	93,2
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	31,2

Наименование	Нормы	Значение
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	320
Инд.распр.эр-тковоэф.вар.	11,50 - 14,50	12,30
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,42
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	8,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	40

#### Проба Зимницкого

Порция мочи Время Кол-во Мочи (мл) Удельный вес

1	9.00	100	1028	
2	12.00	150	1020	
3	15.00	200	1016	
4	18.00	250	1020	ДД 700 мл
5	21.00	150	1018	
6	24.00	100	1018	
7	3.00	70	1020	
8	6.00	180	1030	НД 500 мл СД 1200 мл

#### Проведение аллергопроб

Отрицательные

#### Определение уровня С-реактивного белка

Показатель Норма

СРБ 0,5 0-5 мг/л

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ почек

Почки обычно расположены, контуры ровные, нормальных размеров: левая 124×57×52 мм, толщина паренхимы 20-21мм, правая 118×65×50 мм, толщина паренхимы 21 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена. ЧЛС не расширена. Подвижность почек при дыхании обычна. При ЦДК кровоток не изменен, прослеживается до периферических отделов. Область надпочечников не изменена.

##### Внутривенная урография

На обзорной уограмме и серии экскреторных уограмм почки расположены обычно, контур правой почки четкий, ровный, размер 13.0x5.5 см, контур левой почки четкий, ровный, размер 15.0x7.0 см. Контуры поясничных мышц ровные, четкие.

Экскреторная функция обеих почек с 7 минуты. Справа ЧЛС не расширена равномерно заполняется контрастным веществом. Слева ЧЛС не расширена, равномерно заполняется контрастным веществом.

Мочеточники прослеживаются фрагментарно, не расширены. Мочевой пузырь контрастирован к 7 минуте. Контуры ровные, четкие.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** экскреторная функция обеих почек сохранена.

Ведущим нефрологическим синдромом у данной пациентки является

- мочевой
- канальцевых дисфункций
- нефротический
- острого повреждения почек

Быстрое/внезапное развитие изолированного нефротического синдрома позволяет, в первую очередь, предполагать наличие

- амилоидоза почек
- диабетической нефропатии
- болезни минимальных изменений
- хронического пиелонефрита

У данной больной развитие нефротического синдрома наиболее вероятно связано с

- обострением фарингита
- приемом лекарств
- атопией
- инсоляцией

Показаниями к госпитализации при хроническом гломерулонефрите являются

- незначительная протеинурия, умеренное нарушение азотвыделительной функции почек, минимальная лейкоцитурия
- нефротический синдром, нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром
- умеренные отеки, мочевой синдром, умеренная артериальная гипертония, сохранившаяся функция почек
- изолированная умеренная эритроцитурия, сохранившаяся функция почек, контролируемая артериальная гипертензия

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- госпитализацию в нефрологический стационар
- санаторно-курортное лечение
- ведение пациентки в дневном стационаре

Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранившейся функцией почек включают

- общий режим, соблюдение диеты без ограничения соли, жидкости и белка
- общий режим, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки

- диете с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, жиров, умеренным ограничением потребления белка
- активные физические нагрузки, соблюдение диеты повышенным содержанием белка, расширенный питьевой режим

Для лечения дебюта нефротического синдрома при болезни минимальных изменений рекомендована монотерапия

- статинами
- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА)
- глюкокортикоидами

При лечении глюкокортикоидами нефротического синдрома при болезни минимальных изменений (БМИ) характерно

- развитие полной ремиссии
- отсутствие ответа
- торpidное течение
- ухудшение течения заболевания

Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

- инфекцией, тромбозов
- гиперурикемии, мочекислой блокады
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Причинами развития отеков при нефротическом синдроме являются

- микротромбообразование в капиллярах, гиперкоагуляция
- повышение продукции иммуноглобулина Е, выброс тучными клетками гистамина, повышенная проницаемость сосудистой стенки капилляров
- снижение уровня гормонов щитовидной железы, лимфостаз
- гипоальбуминемия со снижением онкотического давления в плазме, задержка натрия и воды, повышенная проницаемость стенки капилляров

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №16

Больной 46 лет обратился в поликлинику.

Жалобы на кожный зуд, желтушность кожи и склер, увеличение живота, отеки нижних конечностей к вечеру.

### Анамнез заболевания

Диагноз цирроза печени был установлен два года назад. Вирусная этиология доказана не была. Алкоголь в умеренных количествах употреблял в молодости. Были исключены и редкие причины цирроза – болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоиммунный и билиарный варианты. Получал курсами урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды. Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

По профессии – системный администратор.

Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции.

Наследственность: у матери – сахарный диабет 2 типа, отец в возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда.

Аллергии на медикаменты нет. Контакта с токсичными веществами не имеет.

Вредные привычки отрицает.

#### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 180 см, масса тела – 84 кг, индекс массы тела – 25,9. Кожа и слизистые иктеричны. На коже верхней части грудной клетки единичные телеангиектазии. Ладони «печеночные». Пастозность стоп. Живот несколько вздут, перкуторно определяется свободная жидкость. Выражена венозная сеть на переднебоковых поверхностях живота. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастринии. Печень перкуторно выступает из правого подреберья на 5 см, край плотно-эластический, селезенка при пальпации не определяется. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. ЧСС – 80 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Со стороны легких – без отклонений от нормы.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у мужчин
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	4,2	3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	124	130-160
Цветовой показатель	0,85	0,82-1,05
Ретикулоциты, %	5,0	2,0-12,0
СОЭ, мм/ч	22	2,0-10,0
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	185	180-320
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	5,6	4,0-8,8
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	60	45,0-70,0
Эозинофилы, %	-	0-5
Базофилы, %	-	0-1
Лимфоциты, %	30	18,0-40,0
Моноциты, %	8	2-9

##### Биохимический анализ крови

Показатель крови	единицы измерения	Обнаруженное значение	Норматив
Общий белок	г/л	58	64 – 82
Альбумины	г/л	24,7	35 – 50
Мочевина	ммоль/л	6,8	2,5 - 6,4
Креатинин	мкмоль/л	92	53 – 115
Холестерин общий	ммоль/л	3,6	3,0 - 5,7
Билирубин общий	мкмоль/л	46,2	3,0 - 21,0
Билирубин прямой	мкмоль/л	10,2	0,0 - 3,0
АЛТ	Ед/л	124	15,0 - 61,0

Показатель крови	единицы измерения	Обнаруженное значение	Норматив
АСТ	Ед/л	84	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	Ед/л	168,0	50,0 - 136,0
ГГТ	Ед/л	86,2	<49
Сулемовая проба	мл	1,2	1,6 - 2,2
Тимоловая проба	Ед.	8,5	0 – 4
Альфа-амилаза	Ед/л	46,0	25,0 - 115,0
Глюкоза	ммоль/л	4,2	3,89-5,83

#### Коагулограмма

Показатель крови	Обнаруженное значение	Норматив
АЧТВ, сек.	30,5	25,4 – 36,9
Протромбиновый индекс, %	68	80 - 100
Фибриноген, г/л	1,8	2,0 - 4,0
Тромбиновое время, сек.	16,8	10,3 – 16,6

#### Железо сыворотки

Сывороточное железо – 12,0 мкмоль/л (11,6-30,4 мкмоль/л).

#### Церулопазмин

Церулопазмин – 0,40 г/л (норма 0,15-0,60 г/л).

#### α-фетопротеин

α-фетопротеин – 5,5 МЕ/мл (норма <10 МЕ/мл).

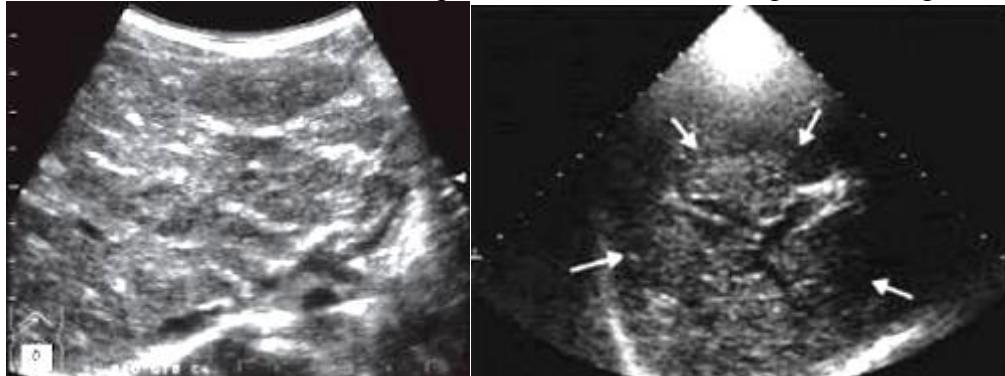
#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости

В брюшной полости и малом тазу определяется свободная жидкость. Печень имеет неровный волнистый контур, увеличена в размерах: КВР правой доли 170 мм, левой доли – 82 мм. Паренхима выражено неоднородной структуры крупно-зернистая с чередованием участков пониженной и повышенной эхогенности. Внутрипеченочные протоки представляются расширенными. Диаметр воротной вены 16 мм. Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются.

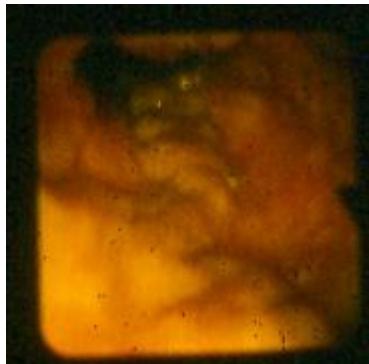
Холедох не расширен.

Поджелудочная железа: в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы повышена, эхо-структура неоднородная, вирсунгов проток 3 мм. Селезенка размерами 132×72 см, контуры ровные, четкие, структура не изменена, эхогенность повышена. Диаметр селезеночной вены в проекции ворот 9 мм.



Заключение: Признаки гепатосplenомегалии. Диффузно-дистрофические изменения печени по типу цирротических. Портальная гипертензия. Асцит.

### Эзофагогастродуоденоскопия



Пищевод свободно проходим. Слизистая его в нижней трети отечна, гиперемирована. Кардия полностью не смыкается. Просматриваются венозные стволы диаметром 3-4 мм. Слизистая над ними не изменена. Признаков кровоточивости нет. В желудке небольшое количество слизи, следы желчи, стенки эластичные, слизистая оболочка гиперемирована с очагами атрофии в теле и антравальном отделе. Складки большой кривизны мягкие, подвижные, при инсуффляции воздуха расплываются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Кольцо привратника эластичное. Луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы, в просвете мутная желчь, слизистая оболочка гиперемирована с единичными геморрагическими эрозиями, в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки не изменена. Фатеров сосочек визуально не изменен.

Заключение: Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит катаральный. Варикозное расширение вен пищевода 1-2 степени. Смешанный гастрит, дуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс.

### КТ брюшной полости

Многосрезовая спиральная компьютерная томография органов брюшной полости (МСКТ) Проведено четырехфазное МСКТ исследование: нативное и с внутривенным болясным контрастированием: в артериальную, венозную и отсроченную (7') фазы в высокоразрешающем режиме с последующим построением 3D МИР и МРР реформаций. В базальных отделах плевральных полостей свободный выпот не определяется. Видимые костные структуры без деструктивных и травматических изменений. Мягкие ткани брюшной стенки без особенностей.

Печень расположена обычно, в размерах увеличена, бугристость контуров печени за счет сформированных узлов регенерации. Отчетливы визуализируются гиподенсные участки, радиально расходящиеся от ворот печени, соответствующие участкам сливного фиброза. Паренхима неоднородная, повышенной плотности. Сосудистый рисунок деформирован. Внутрипеченочные желчные протоки несколько расширены. Портальная вена расширена до 15 мм.

Желчный пузырь обычной формы, с перегибом в области шейки, стенки его не утолщены, не уплотнены. Содержимое желчного пузыря гомогенное, жидкостной плотности.

Холедох не расширен.

Селезенка увеличена в размерах с длинником до 135 мм, внутренняя структура ее без особенностей. Селезеночная вена расширена, на уровне ворот 9 мм. Поджелудочная железа контрастируется гомогенно, компактно-дольчатое строение смазано, плотность паренхимы неоднородная. Контуры железы четкие, неровные.

Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Надпочечники не изменены, контрастируются гомогенно. Параадреналовая клетчатка не изменена. почки расположены обычно, размеры и форма не изменены. Паранефральная клетчатка не изменена. Видимые отделы мочеточников не расширены, заполнены контрастным веществом в отсроченной фазе сканирования. Конкрементов в мочевых путях не выявлено. Лимфатические узлы на визуализируемом участке брюшной полости, забрюшинного пространства не увеличены. Свободная жидкость в брюшной полости. Мочевой пузырь адекватно заполнен, имеет чёткие контуры и нормальную толщину стенок. Устья мочеточников без особенностей. Предстательная железа занимает центральное положение, округлой конфигурации, размерами: в передне-заднем направлении 34 мм, в поперечном направлении 44 мм, с наличием в структуре единичных кальцинатных включений. Брюшной отдел аорты, другие крупные сосуды брюшной полости без патологических изменений.

Заключение: Гепатосplenомегалия. Портальная гипертензия. Асцит.

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

Видимые костные структуры без деструктивных и травматических изменений. Печень расположена обычно, в размерах увеличена за счет левой доли, контуры ее нечеткие, ровные. Конкременты в проекции желчного пузыря, поджелудочной железы, почек не определяются. Свободного газа в брюшной полости не определяется

#### ФиброЭластография печени (фиброскан)

26,2 кПа (соответствует клиническому циррозу)

#### Какой диагноз основного заболевания и его осложнений?

- Цирроз печени неустановленной этиологии, класс В по Чайлд-Пью; осложнения: портальная гипертензия (варикозно расширенные вены пищевода I-II ст., спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность, холестатический синдром
- Цирроз печени неустановленной этиологии, класс А по Чайлд-Пью; осложнения: портальная гипертензия (варикозно расширенные вены пищевода I-II ст., спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность, синдром гиперспленизма
- Цирроз печени неустановленной этиологии, класс С по Чайлд-Пью; осложнения: портальная гипертензия (варикозно расширенные вены пищевода I-II ст., спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность, холестатический синдром
- Цирроз печени неустановленной этиологии, класс В по Чайлд-Пью; осложнения: портальная гипертензия (варикозное расширение вен пищевода I-II ст., спленомегалия, асцит), печеночно-клеточная недостаточность, гепаторенальный синдром

Наиболее информативным исследованием, уточняющим состояние печени, является

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- компьютерная томография брюшной полости
- биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата

Наиболее точно подтвердит наличие холестатического синдрома исследование

- щелочной и кислой фосфатаз
- щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы
- аланиминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы
- альдолазы и ацетилхолинэстеразы

Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование

- щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз
- протромбинового времени
- протеинограммы

Для снижения венозного давления в портальной системе назначают

- неселективные  $\beta$ -блокаторы
- центральные симпатолитики
- ингибиторы кальциевых каналов
- M-холиноблокаторы

При выраженному кожном зуде у больных с циррозом печени лучшие результаты достигаются назначением

- адеметионина
- холестирамина
- аторвастатина
- урсодезоксихолевой кислоты

Лечение асцита больному следует начать с комбинации

- спиронолактона и тиазидного диуретика
- спиронолактона и осмотического диуретика
- петлевого и тиазидного диуретика
- спиронолактона и петлевого диуретика

Мониторинг выраженности синдрома гиперспленизма осуществляют по исследованию

- тромбоцитов в клиническом анализе крови
- диаметра селезеночной вены по данным УЗИ
- величины суточной протеинурии
- величины протромбинового индекса

При исследовании степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью учитывают содержание

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы

Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является

- быстрое нарастание отеков и асцита
- нарушение ритма сна и бодрствования
- появление выраженного кожного зуда
- быстрое нарастание желтухи

**КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №17**  
Пациентка 22 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на ежедневные приступы удушья до 3-4 раз в сутки преимущественно в ночные и ранние утренние часы, чувство заложенности в грудной клетке, экспираторную одышку при физической нагрузке, приступообразный кашель с отделением умеренного количества прозрачной мокроты.

#### Анамнез заболевания

С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май).

В 15 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой, диагностирована бронхиальная астма.

В качестве поддерживающей терапии использует ингаляционные глюкокортикоиды в средней суточной дозе.

В последние 3 месяца появились эпизоды затруднённого «свистящего» дыхания до 4-5 раз в неделю, купирующиеся ингаляцией короткодействующих бронхолитиков, одышка при быстрой ходьбе.

Ухудшение состояния в течение 7 дней: стали беспокоить ежедневные приступы удушья (3-4 раза),очные пробуждения из-за симптомов заболевания, возросла потребность в бронхорасширяющих препаратах.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает медицинской сестрой в поликлинике.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Наследственность не отягощена.

Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы).

Вредные привычки: отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,4°C. Астенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание не нарушено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аусcultации дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 86 в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Эритроциты (RBC), $\times 10^{12}/\text{л}$	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12

Показатель	Результат	Нормы
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	8,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	8	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	24	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

#### Анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	бесцв.	бесцветный
Характер	слиз.	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий	8-10 кл.	< 25 кл.
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	1-2 в п/зр.	нет
Эритроциты	нет	нет
Эозинофилы	10 в п/зр.	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	обнаружены	нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	обнаружены	нет
Клетки с признаками атипии	нет	нет

#### Специфический иммуноглобулин Е к эпителию кошки в сыворотке крови

Исследование	Результат	Ед. изм.	Реактивность на аллерген
Специфический иммуноглобулин Е к эпителию кошки в сыворотке крови	24,80	ME/мл	<0,10 Отсутствует
			0,10-0,34 Очень низкая
			0,35-0,69 Низкая
			0,70-3,49 Умеренная
			3,50-17,49 Высокая
			>17,50 Очень высокая

## Коагулограмма

Показатель	Результат	Норма
АЧТВ, сек.	28	24-39
Протромбиновый индекс, %	0,87	0,7-1,1
Фибриноген, г/л	3,2	2,0-4,0
Тромбиновое время, сек.	15	14-18
МНО	1,07	0,9-1,2

Бактериологическое исследование крови на стерильность  
Роста микроорганизмов не обнаружено.

## Результаты инструментальных методов обследования

### Спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком		
	Должный/Фактич.	% от должных значений	Фактич.	% от должных значений	% изменений
ФЖЕЛ, л	4,6/3,6	78	3,9	85	
ОФВ <sub>1</sub> , л/с	3,5/2,2	63	2,6	81	18
ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ, %		61		67	

Пульсоксиметрия  
Сатурация SaO<sub>2</sub> – 96%.

### Рентгенография придаточных пазух носа

На представленной рентгенограмме придаточных пазух носа пневматизация не снижена. Уровней жидкости в верхнечелюстных и лобных пазухах не отмечается. Носовая перегородка не искривлена.

Заключение: рентгенологических признаков синусита не выявлено.

### Ультразвуковое исследование плевральных полостей

При ультразвуковом исследовании плевральных полостей свободной жидкости не выявлено.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

-Аллергическая бронхиальная астма, тяжёлое контролируемое течение, обострение. Аллергический ринит. Сенсибилизация к пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам.

-Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое частично контролируемое течение. Сезонный аллергический ринит. Сенсибилизация к пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам.

-Аллергическая бронхиальная астма, лёгкое течение, среднетяжёлое обострение. Круглогодичный аллергический ринит. Сенсибилизация к пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам.

-Аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое неконтролируемое течение, среднетяжёлое обострение. Сезонный аллергический ринит. Сенсибилизация к

пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам.

Для неотложной терапии заболевания необходимо назначить небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами и \_\_\_\_\_ внутрь

- глюокортикоиды
- антибиотики
- теофиллин
- муколитики

Эффективность неотложной терапии после назначения следует оценить через (в минутах)

- 15
- 120
- 30
- 60

Суточная доза системных глюокортикоидов (преднизолон внутрь) для лечения обострения заболевания составляет (в мг)

- 40-50
- 15-20
- 5-10
- 10-15

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

- высоких доз ингаляционных глюокортикоидов и длительно действующих бета2-агонистов
- средних доз ингаляционных и интраназальных глюокортикоидов
- высоких доз ингаляционных и системных глюокортикоидов
- низких доз ингаляционных глюокортикоидов и кромонов

Больной показано проведение вакцинации против

- гриппа
- кори
- дифтерии
- гепатита В

Пациентка относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

- IIIб
- IIIа
- I
- II

Бронхиальная астма средней степени тяжести устанавливается у пациентов, получающих терапию, соответствующую ступени

- 5
- 2
- 1
- 3

Критерием тяжёлого обострения астмы является частота дыханий  $\geq$  \_\_\_\_\_ в мин.

- 30
- 25

-35

-32

Критерием жизнеугрожающей астмы является SpO<sub>2</sub> < \_\_\_\_ %

-90

-88

-85

-92

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №18

Больной Б., 38 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

### Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

### Анамнез заболевания

Данные симптомы появились полгода назад, с течением времени интенсивность их усилилась. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно.

Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать и отец здоровы.

Аллергологический анамнез не отягощен

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6° С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аусcultации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхопония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный sistолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная,

слепая кишечная, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

показатель	результат	норма
Гемоглобин, г/л	102	Для мужчин 130-165
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	3,9	Для мужчин 4,0-5,5
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	6,4	4,0-9,0
палочкоядерные, %	3	1-6
сегментоядерные, %	57	45-70
Эозинофилы, %	2	0-5
Лимфоциты, %	32	17-48
Моноциты, %	6	4-10
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	270	130-400
СОЭ, мм/ч	11	До 17
MCV, fl	70	80-100
MCH, pg	26,1	27-32

##### Исследование обмена железа

Сывороточное железо - 7,8 мкмоль/л (норма для мужчин 10,5-28,3 мкмоль/л)  
Ферритин - 24 мкг/л (норма 30-300 24 мкг/л)

##### Анализ кала на скрытую кровь

результат отрицательный

##### Общий анализ кала

Кал оформленный, патологических примесей нет. Мышечные волокна, соединительная ткань, нейтральный жир, жирные кислоты, растительная клетчатка, крахмал - отсутствуют

##### Электрофорез белков сыворотки крови

Показатель	Результат	Норма
Альбумины	57,6%	56,5-66,5%
Глобулины	42,4%	33,5-43,5%
$\alpha_1$ - глобулины	4,2%	2,5-5,0%
$\alpha_2$ -глобулины	7,8%	5,1-9,2%
$\beta$ -глобулины	11,8%	8,1-12,2%
$\gamma$ -глобулины	18,6%	12,8-19,0%

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭГДС

слизистая желудка бледная, картина хронического поверхностного гастрита

#### Колоноскопия

При проведении колоноскопии патология не выявлена

#### УЗИ щитовидной железы

Размеры щитовидной железы в норме, узловых образований нет

#### Бронхоскопия

Слизистая бронхов не изменена, патология не выявлена

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести алиментарного генеза
- Апластическая анемия средней степени тяжести
- B12 дефицитная анемия легкой степени тяжести
- Железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза

Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного послужило

- табакокурение в течение длительного времени
- желудочно-кишечное кровотечение
- чрезмерное потребление чая, кофе
- неполноценное питание (вегетарианство)

Критерием оценки степени тяжести железодефицитной анемии является

- уровень ферритина сыворотки крови
- уровень гемоглобина
- цветовой показатель
- уровень сывороточного железа

Тактика ведения данного пациента обязывает

- назначить препараты железа
- осуществить переливание эритроцитарной массы
- назначить Витамин B12, фолиевую кислоту
- сбалансировать диету, начать употреблять мясо

Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

- пероральный
- чрезкожный
- парентеральный
- сублингвальный

Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют

- количество эритроцитов
- уровень сывороточного железа
- количество ретикулоцитов
- уровень ферритина

Показанием для парентерального введения препаратов железа является

- низкий показатель сывороточного железа
- выраженная клиническая симптоматика ЖДА
- резекция желудка и/или двенадцатиперстной кишки
- значительное снижение цветового показателя

Одним из основных принципов лечения железодефицитной анемии является

- долгое лечение пероральными препаратами железа
- короткий курс пероральными препаратами железа не более 1-2 недели
- назначение диеты на несколько месяцев, при неэффективности – препараты железа
- начало лечения всегда с пероральных препаратов железа

Патогномоничным симптомом для анемического синдрома является

- затруднение при глотании твердой пищи
- ломкость ногтей и выпадение волос
- тахикардия
- изменение вкуса и обоняния

К симптомам, патогномоничным для сидеропенического синдрома, относят

- тахикардию, аритмию
- сухость кожи, ломкость и выпадение волос
- головокружение и мельканье «мушек» перед глазами
- одышку при физической нагрузке, низкую толерантность к физической нагрузке

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №19

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

### Жалобы

на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке.

### Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально, служил в армии

Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет

Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.

Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет

Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

#### Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м<sup>2</sup>. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аусcultации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	146
Гематокрит	35,0 - 47,0	40
Лейкоциты	4,00 - 9,00	5,4
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,5
Тромбоциты	150,0 - 320,0	214
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	54
Лимфоциты	17,0 - 48,0	37
Моноциты	2,0 - 10,0	3
Эозинофилы	0,0 - 6,0	1
Базофилы	0,0 - 1,0	0
СОЭ по Панченкову	2 - 20	14

Биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

Показатель	Результат	Норма
Белок общий	84	63-87 г/л
Креатинин	98	44-115 мкмоль/л
Мочевина	7,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	488	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	5,8	3,3-5,8 ммоль/л
Глюкоза	4,3	3,5-6,2 ммоль/л
Билирубин общий	16	8,49-20,58 мкмоль/л
Билирубин прямой	4	2,2-5,1 мкмоль/л
Триглицериды	1,9	менее 1,7 ммоль/л
АСТ	28	до 42 Ед/л

Показатель	Результат Норма	
АЛТ	32	до 38 Ед/л
КФК	90	до 180 Ед/л
Калий	4,1	3,35-5,35 ммоль/л
Натрий	144	130-155 ммоль/л
Железо	26	9,0-31 мкмоль/л
Ферритин	94	12-128 мкг/л

Определение уровня гормонов щитовидной железы

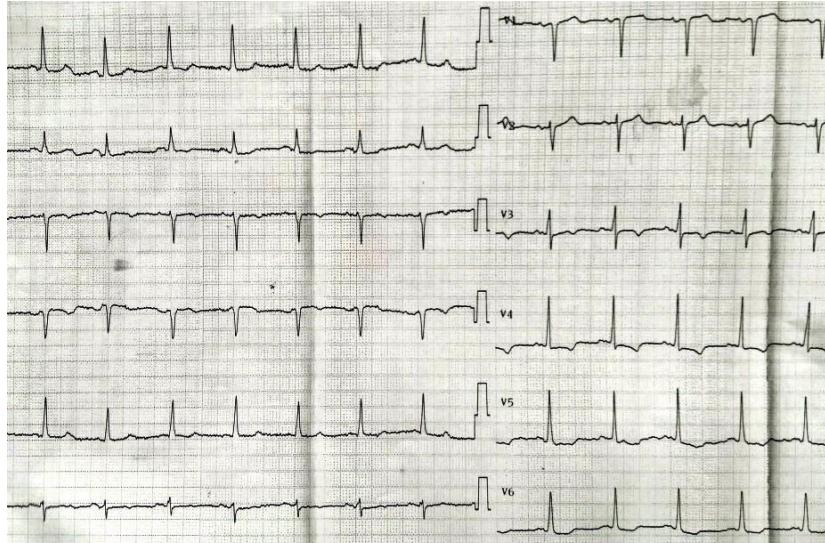
ТТГ 2,0 мкМЕ/л (норма 0,4-4,0 мкМЕ/л), Т4 – 12,5 пмоль/л (норма 9-19 пмоль/л), АТ к ТПО – 30 МЕ/мл (норма менее 100 МЕ/мл)

Определение газов артериальной крови

Наименование	Норма	Результат
pH	7,35-7,45	7,41
PaCO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	35-45	42
PaO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	80-95	88
SatO <sub>2</sub> ,%	92-100	94
BE, мэкв/л	-2,3...+2,3	+1

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ в покое



Эхо-КГ

Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Аорта не расширена. Размер левого предсердия - 3,9 см (норма до 4 см). Размеры левого желудочка: диастолический - 5,8 см (норма 4,9-5,5 см). Фракция выброса 45% (норма >50%). Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки 1,4 см. Зоны нарушений локальной сократимости не выявлены.

УЗИ почек

Почки обычно расположены, размеры их в норме. Чашечно-лоханочная система не расширена. Дополнительных объемных образований, конкрементов не визуализируется

#### Бодиплетизмография

Показатели жизненной емкости легких, остаточной емкости легких, ОФВ1, МОС 25-75 в пределах нормальных значений. Нарушений ЖЕЛ, признаков обструкции бронхиального дерева не выявлено.

Какой предполагаемый основной диагноз?

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ II А ст., III ФК NYHA

-Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный фенотип, средней степени тяжести, обострение. Вторичные тракционные бронхозектазы без нагноения. Хроническое легочное сердце II ФК

-Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIА ст., III ФК NYHA

-Семейная гипертрофическая кардиомиопатия, симметричная без обструкции выносящего тракта. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, IIА ст., III ФК NYHA

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

-фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса

-подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка

-атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда

-признаки ГЛЖ

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

-кардиоселективные бета-адреноблокаторы

-блокаторы рецепторов ангиотензина II

-антагонисты минералокортикоидных рецепторов

-комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

-нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии

-блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

-пролонгированных бета-адrenomиметиков+ ингаляционных глюкокортикоидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов

-ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

-увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

-ограничение потребления соли и жидкости

-ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

-увеличение потребления говяжьего мяса и печени

Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является -дилтиазем  
-амлодипин  
-верапамил  
-короткодействующий нифедипин

Побочный эффект, возникновение которого ожидаемо у данного больного на фоне терапии бета-адреноблокаторами

- ощущение «приливов»
- синусовая тахикардия
- импотенция
- гинекомастия

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

- присоединение анемии или интеркуррентных инфекций
- самопроизвольное снижение дозы препаратов или отказ от назначенной терапии
- несоблюдение питьевого режима и нарушение диетических рекомендаций
- физические тренировки

Для объективизации степени тяжести ХСН у больного следует использовать шкалу

- ШОКС
- TIMI
- SCORE
- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

Мероприятие по коррекции образа жизни, соблюдение которого не является обязательным для данного пациента

- ограничение потребления соли
- отказ от любых видов физической нагрузки
- нормализация и контроль массы тела (целевой ИМТ 18-25 кг/м<sup>2</sup>)
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №20

Женщина 71 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение.

### Жалобы

на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице.

### Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия эналаприлом, амлодипином и

индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование среднее.

На пенсии с 65 лет.

Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м<sup>2</sup>. Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматик не выявлено.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Норма
Цвет	желтая	от светло- до темно-желтого
Прозрачность	мутная	полная
pH	5,05	5,0-7,0
Отн. плотность утренней порции	1012	1010 и выше
Белок	-	не более 0,033 г/л
Сахар	-	-
Кетоновые тела	-	-
Уробилин	-	-
Билирубин	-	-
Микроскопия		
Эритроциты	1-2 в поле зрения	единичные в препарате
Лейкоциты	покрывают все поле зрения	м. 0-3 в поле зрения ж. 0-5 в поле зрения
Эпителий	эпител. клетки плоские умер. кол-во	плоский единичный в поле зрения
Цилиндры	единичные в препарате	единичные гиалиновые в препарате
Микробное число	более 50 000 в 1 мл	не более 50 000 бактерий в 1 мл

## Исследование глюкозы в плазме крови (натощак)

Глюкоза в плазме крови натощак 5,3 ммоль/л

Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

Показатель	Результат	Ед.измерения	Норма
Холестерин общий	4,99	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,47	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,22	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	3,2	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	2,4		(2,28-3,02)

## Уровень креатинина плазмы

Креатинин 1,49 мг/дл, СКФ по формуле CKD-EPI = 35 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

## Коагулограмма

АЧТВ	30,1	сек.	(норма	25,9-36,6	сек.)
Тромбиновое время	17,1	сек.	(норма	14-21	сек.)
МНО 1,08 (норма 0,85-1,5)					

## Определение в крови уровня тиреоидных гормонов

Тиреотропный гормон 0,3 мЕд/л (N: 0,25–3,5)

Тироксин свободный 17 пмоль/л (N: 10–27)

## Результаты инструментальных методов обследования

### Суточное мониторирование АД

Среднее АД днем 168/101 мм рт.ст., ночью 135/85 мм рт.ст. Максимальное САД 171 мм рт.ст., ДАД 104 мм рт.ст. Повышение показателей ср САД, ср ДАД в период бодрствования. Вочные часы недостаточная степень ночных снижения САД и ДАД.

### ЭКГ покоя в 12 отведениях

Синусовый ритм. Отклонение ЭОС влево. Признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии миокарда нет.

### Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 5,2 см, KDO 90 мл, KSO 34 мл, LP 60 мл, PP 47 мл, PЖ 1,7 см. Толщина стенок: МЖП 0,9 см, ЗС 1,0 см, ПЖ 0,5 см. ФВ – 62%. Нарушения локальной сократимости нет. МК: уплотнение фиброзного кольца. АК: уплотнение створок и фиброзного кольца. ТК не изменен. Клапан ЛА: не изменен. Стенки аорты уплотнены, просвет корня аорты 2,9 см. Диастолическая функция: не изменена. (E/A = 0,96).

Заключение: сократительная способность миокарда сохранена, уплотнение стенки аорты и АК.

### УЗИ почек

Почки обычно расположены, нормальных размеров, толщина паренхимы до 12-13 мм, с неровными контурами, дилатация ЧЛС обеих почек, теней конкрементов не выявлено, с обеих сторон множественные синусные кисты диаметром 13-17 мм. Область надпочечников не изменена.

Заключение: УЗ-признаки хронического пиелонефрита, поликистоза почек.

#### УЗИ щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

#### МРТ головного мозга

МР-данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе головного мозга не выявлено.

#### Какой основной диагноз?

- Хронический гломерулонефрит. Почечная АГ
- Гипертоническая болезнь
- Хронический пиелонефрит. Поликистоз почек. Почечная АГ
- Фибромышечная дисплазия почечных артерий. Почечная АГ

У пациентки \_\_\_\_ АГ

- изолированная систолическая
- 2 степень
- 1 степень
- 3 степень

Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень

- мочевины
- микроальбуминурии
- щелочной фосфатазы
- билирубина

У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

- C3b, A1
- C3a, A1
- C3a, A2
- C3b, A2

У пациентки \_\_\_\_\_ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- высокий
- низкий
- средний
- очень высокий

Больной необходимо

{1:MULTICHOICE:

- проводить бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии
- проводить бактериологический посев мочи для выбора противовоспалительной терапии

- назначить стартовую антибактериальную терапию антибиотиками резерва
- назначить стартовую антибактериальную терапию аминогликозидами

Целевым для пациентки является АД < \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 140/85
- 150/90
- 140/90
- 150/85

Больной следует

- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением тиазидных диуретиков
- уменьшить дозы антигипертензивных средств
- увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС
- сохранить прежнюю схему антигипертензивной терапии

Больной рекомендуется

- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в кардиологический стационар

После купирования обострения хронического пиелонефрита пациентке показана

- длительная терапия иммуностимуляторами
- длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами (цистоном, канефроном Н) и постоянная гипотензивная терапия
- длительная терапия нитрофуранами
- длительная противовоспалительная терапия

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №21

Мужчина 72 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на боль за грудиной давящего характера с иррадиацией в шею, левую половину грудной клетки и плечевого пояса при прохождении до 500 м в умеренном темпе, проходящую в покое или после приема нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 60-летнего возраста, когда впервые стал отмечать загрудинные давящие боли при значительной физической нагрузке, проходившие в покое. Последние 2 года боли стали возникать при незначительной физической нагрузке – ходьба до 500 м. Отмечает ухудшение состояния в течение 1,5 месяцев, когда приступы стенокардии стали возникать чаще. На фоне терапии нитратами, бисопрололом, эналаприлом, аспирином существенного улучшения состояния не отмечает.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование высшее.

На пенсии с 68 лет, работал инженером.

Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 187 см, масса тела – 84 кг, ИМТ=24 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушенны. ЧСС – 65 ударов в минуту, АД – 140/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат Норма	
Эритроциты, *10 <sup>12</sup> /л	4,5	м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	144	м. 132-164 ж. 115-145
ЦП	0,93	0,85-1,05
Ретикулоциты, %	-	2-12
СОЭ, мм/ч	5	м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	178	180-320
Гематокрит, %	42,7	м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	5,9	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

##### Креатинин крови

Креатинин 1,22 мг/дл, СКФ по формуле CKD-EPI = 59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

##### Липидный спектр

Показатель	Результат Ед.измерения Норма	
Холестерин общий	5,75	ммоль/л (0,00-5,30)
Триглицериды	1,46	ммоль/л (0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,03	ммоль/л (0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л (0,10-1,00)

Показатель	Результат Ед.измерения Норма		
Холестерин ЛПНП	3,6	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	3,32		(2,28-3,02)

#### Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Результат Норма		
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	1100	0-2000	
Эритроциты (BLD), в 1 мл	300	0-1000	
Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл	10	0-20	
Цилиндры: зернистые, Ед/мл	5	0-20	
Цилиндры: восковидные, Ед/мл	0	0-20	
Цилиндры: другие, Ед/мл	0	0-20	

#### Определение в крови уровня тиреоидных гормонов

Тиреотропный гормон 0,3 мЕд/л (N: 0,25–3,5)  
Тироксин свободный 17 пмоль/л (N: 10–27)

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 68 в минуту, PR 162 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение ЭОС, депрессии ST не зарегистрировано, признаков гипертрофии миокарда ЛЖ нет.

##### Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); KDO 114 мл; KSO 47 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0 см; ЗС 1,0 см. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=54%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция: снижена, E/A=0,9. Полость правого желудочка: 2,4 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,4 см, характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 51 мл. Правое предсердие: 50 мл. Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Митральный клапан: не изменен, митральная регургитация: нет. Аортальный клапан: не изменен, аортальная регургитация: нет. Триkuspidальный клапан: не изменен, трикусpidальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регургитация: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 2,2 см. Диаметр корня аорты: 3,7 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: нарушение диастолической функции ЛЖ, уплотнение стенок аорты.

##### Ультразвуковое исследование сонных артерий

Заключение: КИМ утолщен, размер 1,2 мм. Эхо-признаки атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий со стенозированием внутренней сонной артерии справа 40%, внутренней сонной артерии слева – 30%.

##### Рентгенография грудной клетки

Лёгкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Корни лёгких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Заключение: патологии не выявлено.

##### УЗИ почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обоих почек ровные, четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедуллярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обоих почек не изменена. Чашечно-лоханочная система: в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы не увеличены.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

МРТ головного мозга

МР-данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе головного мозга не выявлено.

Какой основной диагноз?

- ИБС. Нестабильная стенокардия
- ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз
- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз
- ИБС. Стенокардия напряжения

У пациента \_\_\_\_\_ функциональный класс стенокардии

- 2
- 4
- 3
- 1

Учитывая отсутствие выраженного эффекта от медикаментозной терапии, пациенту показана

- инвазивная коронароангиография
- стресс-эхокардиография
- сцинтиграфия миокарда
- магнитно-резонансная томография

По данным коронароангиографии у пациента в правой коронарной артерии выявлен стеноз до 95% на границе среднего и дистального сегментов, в связи с чем выполнена ангиопластика и стентирование правой коронарной артерии стентом с лекарственным покрытием. После проведения чрескожного коронарного вмешательства пациенту показана терапия

- ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом
- дабигатраном
- низкомолекулярным гепарином
- пентоксифиллином

Двойную антиагрегантную терапию при отсутствии признаков кровотечения у пациента следует проводить в течение \_\_\_\_\_ мес.

- 12
- 1
- 24
- 3

В качестве антиишемической терапии пациенту рекомендуется назначить

-комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция

- мельдоний
- траметазидин
- ивабрадин

Целевым значением ЧСС у пациента является значение \_\_\_\_ ударов в минуту

- 70-80
- 60-70
- менее 50
- 50-60

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП \_\_\_\_ ммоль/л

- <1,8
- <3,8
- <2,8
- <1,0

Пациенту показана диета для снижения уровня \_\_\_\_ крови

- мочевой кислоты
- билирубина
- общего холестерина
- глюкозы

У пациента СКФ по формуле CKD-EPI = 59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, что соответствует категории ХБП \_\_\_\_

- C3a
- C4
- C3b
- C2

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №22

### Ситуация

Больной Н. 32 лет обратился к врачу-терапевту участковому

### Жалобы

на сжимающие боли в области сердца, возникающие при умеренной физической нагрузке, головокружения, повышенную утомляемость, одышку при обычной физической нагрузке

### Анамнез заболевания

Настоящее ухудшение в течение последних двух недель после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции

### Анамнез жизни

Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами. С 17 лет врачи говорили об изменениях со стороны сердца

### Объективный статус

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Подкожный жировой слой развит умеренно. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в

симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аусcultации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок разлитой, куполообразный, пальпируется в VI межреберье на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При пальпации во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина определяется систолическое дрожание. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1 см от правого края грудины в IV межреберье, левая - на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в VI межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации сердца определяется ослабление I и II тонов на верхушке и во II межреберье справа от грудины. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 66 ударов в минуту. На верхушке выслушивается дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, во II межреберье справа от грудины выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 66 ударов в минуту. АД 105/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Гемоглобин	148 г/л	130-160 г/л
Эритроциты	$5,0 \times 10^{12}/\text{л}$	$4,0-5,5 \times 10^{12}/\text{л}$
Лейкоциты	$6,7 \times 10^9/\text{л}$	$4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$
эозинофилы	1%	0-5%
п/я	2%	0-5%
с/я	68%	48-78%
лимфоциты	26%	17-37%
моноциты	3%	2-10%
СОЭ	7 мм/ч	0-10 мм/ч

##### Ревмопробы

Ревмопробы: СРБотр., титр антигидролазы-150 (норма до 300), титр антистрептолизина - 0 - 210 (норма до 250).

##### Бензидиновую пробу

Проба отрицательная

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭХО-КГ

Неполное раскрытие створок клапана аорты, деформация створок и отложение кальция в створках аортального клапана, толщина задней стенки левого желудочка и толщина межжелудочковой перегородки - 1,5 см (в норме до 1,1 см). Признаки дилатации левого желудочка (КДР 5,8 см). Размер левого предсердия 4,2 см. Фракция выброса левого желудочка 60%. При проведении допплер-ЭхоКГ выявлена умеренная митральная регургитация.

##### ЭКГ

Синусовый ритм, правильный. Нормальное положение ЭОС. ЧСС 68 в минуту. Признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка.

УЗДГ вен нижних конечностей

Глубокие и поверхностные вены на обеих нижних конечностях проходимы, признаков тромбоза нет.

Динамическая сцинтиграфия почек

При проведении динамической сцинтиграфии почек, выполненной в положении лежа, визуализируются обе почки. Почки бобовидной формы, нормальных размеров. Накопление и выведение РФП своевременное, равномерное.

Заключение: функция почек не нарушена.

Данному больному можно поставить диагноз: хроническая ревматическая болезнь сердца -комбинированный ревматический митрально-трикуспидальный порок сердца (митральная недостаточность и трикуспидальная недостаточность). ХСН IIБ стадии, IIIФК NYHA

-сочетанный ревматический митральный порок сердца с преобладанием стеноза. ХСН IIА стадии, IIФК NYHA

-комбинированный ревматический митрально-аортальный порок сердца (митральная недостаточность и аортальная недостаточность). ХСН IIА стадии, IIФК NYHA

-комбинированный ревматический митрально-аортальный порок сердца (митральная недостаточность и аортальный стеноз). ХСН IIА стадии, IIФК NYHA

Причиной возникновения клапанных нарушений у данного больного является

-атеросклероз

-ревматизм

-инфекционный эндокардит

-синдром Марфана

Систолический шум, выслушиваемый во II точке аусcultации, является проявлением

-аортального стеноза

-аортальной недостаточности

-митральной недостаточности

-митрального стеноза

Систолический шум на верхушке, проводящийся в левую аксилярную область, является проявлением

-аортальной недостаточности

-аортального стеноза

-митральной недостаточности

-трикуспидальной недостаточности

Тактика ведения больного включает лечение ХСН общепринятыми методами, а также

-назначение антибактериальной терапии, консультацию хирурга с целью решения вопроса о проведении стентирования коронарных артерий

-консультацию кардиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении комбинированного митрально-аортального порока сердца

-назначение глюкокортикоидов в дозе 20 мг в сутки коротким курсом, а также нестероидных противовоспалительных препаратов

-назначение антибактериальной терапии полусинтетическими пенициллинами, муколитики и бронходилляторы

Хирургическим методом лечения комбинированного порока сердца является

- протезирование клапанов
- операция «коридор»
- операция «лабиринт»
- радиочастотная аблация

При проведении манипуляций в ротовой полости у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение

- ванкомицина
- эритромицина
- доксициклина
- амоксициллина

При проведении манипуляций на желудочно-кишечном тракте у больного с ревматическим пороком сердца за час до процедуры показано назначение

- левофлоксацина
- тетрациклина
- метронидазола
- амоксициллина

Риск развития инфекционного эндокардита у данного больного с ревматическим пороком сердца стратифицируется как

- умеренный
- низкий
- высокий
- очень высокий

Больному с ревматическим пороком сердца проводится профилактика повторной ревматической атаки

- эритромицином
- ципрофлоксацином
- экстенцилином
- доксициклином

### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №23

Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.

#### Жалобы

Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.

#### Анамнез заболевания

2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скучной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отривин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость.

Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться, в связи с чем обратился к терапевту

#### Анамнез жизни

В детстве частые респираторные инфекции (4-5 в год).

В 14 лет – аппендэктомия, без осложнений.

Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази.

1-2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина.

При прохождении медицинских осмотров изменений в анализах мочи, биохимическом анализе крови никогда не отмечалось. Повышения артериального давления, гипергликемии никогда не отмечалось.

Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было.

Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегдаправляется удовлетворительно. Спортом не занимается.

#### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77-78 кг), Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуется отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки, слева – на 2 см ниже. При аусcultации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт.ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшинной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	150 мл
цвет	соломенно-желтый
прозрачность	прозрачная
реакция	кислая
Удельная плотность	1021
белок	4,0 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	1-2 в поле зрения
эритроциты	0-1 в поле зрения
цилиндры	гиалиновые
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	отсутствуют

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Значение	Референсные значения	Единицы измерения
Общий белок	40	60 - 80	г/л
Альбумин	18	35 - 50	г/л
Мочевина	5,0	2,5 - 6,4	ммоль/л
Креатинин	75	53 - 115	мкмоль/л
Холестерин общий	6,5	1,4 - 5,7	ммоль/л
Триглицериды	2,2	0,20 - 1,70	ммоль/л
Билирубин общий	10,1	3,0 - 17,0	ммоль/л
Билирубин прямой	1,6	0,0 - 3,0	ммоль/л
АЛТ	17	15- 61	Ед/л
АСТ	22	15 - 37	Ед/л
Мочевая кислота	195	155 - 428	мкмоль/л
Глюкоза	4,1	3,89 – 5,83	ммоль/л
pCKФ (по CKD-EPI)	126		мл/мин

#### Анализ мочи по Зимницкому

Порция мочи Время Кол-во Мочи (мл) Удельный вес

1	9.00	100	1028	
2	12.00	150	1020	
3	15.00	200	1016	
4	18.00	250	1020	ДД 700 мл
5	21.00	150	1018	
6	24.00	100	1018	
7	3.00	70	1020	
8	6.00	180	1030	НД 500 мл СД 1200 мл

#### Бактериологический посев мочи

Показатель	Результат	Референсные значения
Выделенные микроорганизмы	Роста не обнаружено	< 10 <sup>4</sup> кое/мл
Чувствительность к АБ:		
Банкомицин		
Гентамицин		
Клиндамицин		
Оксациллин	Определение чувствительности к антибиотикам S	
Рафамицин	проводится при выявлении роста 10 <sup>4</sup> и более чувствителен	
Фузидиевая кислота	кое/мл.	-
Ампицилин		
Нитрофурантоин		
Норфлоксацин		

## Результаты инструментальных методов обследования

### Ультразвуковое исследование почек

Правая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 121 x 61 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Левая почка: положение обычное, подвижность при дыхании и в вертикальном положении тела не повышена, контуры ровные, четкие, размеры 118 x 62 мм, толщина паренхимы 22 мм, эхогенность несколько снижена, структура однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. Чашечно-лоханочная система не расширена.

### Цистоскопия

Слизистая оболочка мочевого пузыря бледно розового цвета, гладкая, с нежной сетью сосудов. Устья мочеточника симметричны, форма их щелевидная, выбрасывается прозрачная моча. Патологических изменений не обнаружено.

Наиболее вероятной причиной отеков у данного пациента является

- Остронефритический синдром
- Застойная сердечная недостаточность
- Нефротический синдром
- Венозная недостаточность

Наиболее вероятным нозологическим диагнозом у данного больного является

- миеломная нефропатия
- амилоидоз почек
- хронический гломерулонефрит
- поликистозная болезнь почек

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП)

- ХБП-С3б
- ХБП-С1
- ХБП-С3а
- ХБП-С2

Оптимальной тактикой ведения данного пациента является

- амбулаторное ведение терапевтом
- санаторно-курортное лечение
- госпитализация в общетерапевтический стационар
- госпитализация в нефрологический стационар

Диета для данного больного должна предусматривать

- строгое ограничение потребления белка до 0,4 г/кг веса/сут
- ограничение потребления белка до 0,6 г/кг веса/сут
- умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой
- повышенное потребление потребление белка - более 1г/кг веса/сут

Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают

- свободное потребление жидкости, свободное потребление соли

- контроль суточного диуреза, ограничение потребления жидкости, повышенное потребление соли до 10 г/сут
- контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут
- свободное потребление жидкости, строгая бессолевая диета

Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются

- плазмаферез
- стeroидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина
- иммуностимуляторы, нестeroидные противовоспалительные препараты
- плазмообмен

При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с

- развившимся после назначения преднизолона выраженным диурезом (т.н.«стeroидным диурезом»)
- гиповолемией и тяжелыми рефрактерными отеками
- умеренной гипоальбуминемией, отсутствием признаков гиповолемии
- умеренной гипоальбуминемией и признаками гиперволемии

Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является

- реносцинтиграфия
- иммунохимическое исследование мочи с определением селективности протеинурии
- морфологическое исследование ткани почки, полученной путем функциональной биопсии
- магнитно-резонансная томография почек и мочевых путей

Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

- инфекцией, тромбозов
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом
- гиперурикемии, мочекислой блокады

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №24

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике

### Жалобы

На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

### Анамнез заболевания

Головные боли при стрессовых ситуациях беспокоят в течение нескольких лет. Не придавал этому значение. Год назад при случайном, однократном измерении артериального давления были выявлены повышенные цифры, однако к врачам не обращался. В течение последнего месяца на фоне неприятностей на работе отметил усиление головных болей, появление головокружения, пошатывания при ходьбе, что заставило обратиться к врачу по месту жительства.

### Анамнез жизни

- родился и развивался нормально

- перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит
- наследственность: отец имеет артериальную гипертензию с 40 лет, перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет.
- вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18-летнего возраста
- двигательная активность: малоподвижный образ жизни

#### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 177 см, ИМТ - 33,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца определяется по 5 межреберью на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	6,0-8,0	6,8
Глюкоза	3,3 - 5,5	5,2
Креатинин	60-115	98
Мочевина	2,5-6,7	5,4
Общий билирубин	3-17	9,5
АСТ	3-35	24
АЛТ	3-35	25
Натрий	135-145	139
Калий	3,5-5,0	4,0
Общий холестерин	<5,0	6,8
КФК	25-195	150

##### Общий анализ мочи

Наименование	Нормы	Результат
Цвет	желтый	желтый
Прозрачность	полная	полная
Относительная плотность	1003-1035	1015
pH	5,0-8,0	5,8
Белок	отр	0,104
Глюкоза	отр	отр
Кетоновые тела	отр	отр
Уробилиноген	отр	отр
Лейкоцитарная эстераза	отр	отр
Билирубин	отр	отр
Эпителий плоский	<3	Не обнаружен
Эпителий переходный	<1	Не обнаружен
Эпителий почечный	отр	Не обнаружен
Лейкоциты	<3	0-1

Наименование	Нормы	Результат
Эритроциты	<2	Не обнаружен
Цилиндры	отр	Не обнаружен
Соли	отр	Не обнаружен
Бактерии	отр	Не обнаружен

Анализ мочи по Зимницкому  
Порция Удельный вес Объем

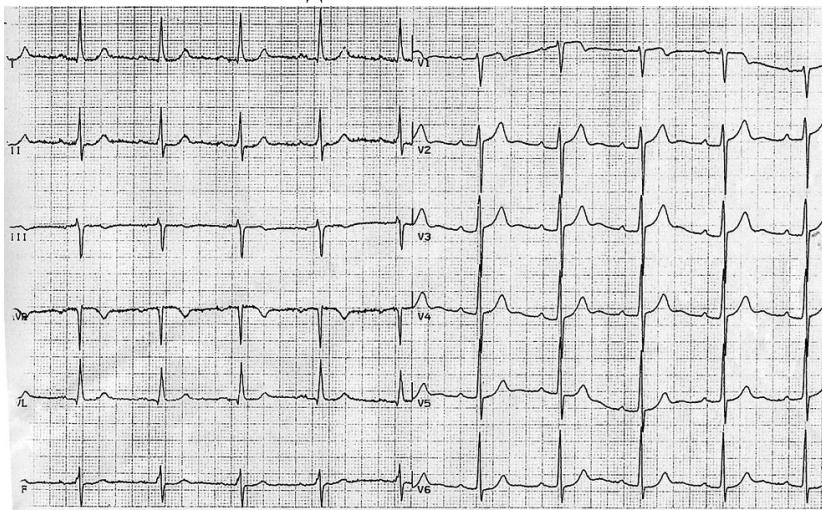
1	1033	100
2	1022	280
3	1015	350
4	1024	250
5	1020	230
6	1023	180
7	1025	160
8	1028	150

Определение уровня катехоламинов в крови

Адреналин	88	пг/мл	(норма	<110пг/мл)
Норадреналин	450	пг/мл	(норма	70-750пг/мл)
Дофамин	55пг/мл	(норма <87пг/мл)		

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ в покое в 12 отведениях



УЗИ вен нижних конечностей

Поверхностные и глубокие вены проходимы. Признаков тромбоза нет. Клапаны состоятельны.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Гипертоническая болезнь II стадия, 2 степень, риск высокий
- Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степень, риск очень высокий
- Гипертоническая болезнь II стадия, 3 степень, риск очень высокий

-Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий

К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят

- сахарный диабет
- стеатоз печени
- гипертрофию левого желудочка
- ожирение

У больного имеется нарушение метаболизма в виде

- ожирения
- подагры
- гемохроматоза
- сахарного диабета

Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

- перфузионная сцинтиграфия миокарда
- эхокардиография
- компьютерная томография головного мозга
- экскреторная урография

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в

- течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов
- сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами
- сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов
- сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов

Данному больному предпочтительнее назначить

- лизиноприл+ирбесартан
- лизиноприл+ амлодипин
- амлодипин+бисопролол
- лизиноприл+ бисопролол

Немедикаментозный подход к лечению данного пациента должен включать

- аппаратный массаж воротниковой зоны
- балльнеологическое лечение
- регулярные физические аэробные нагрузки
- физиотерапевтическое лечение

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до уровня \_\_\_\_ мм рт.ст

- 130-139/70-79
- <150/90
- <120/80
- 120-130/70-79

Диета для данного пациента должна включать

- ограничение потребления продуктов богатых животным белком

- употребление минеральной воды
- отказ от приема алкоголя
- ограничение потребления поваренной соли

Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством

- проведения ежемесячного суточного мониторирования артериального давления
- посещения врача 1 раз в неделю
- госпитализации в стационар 1 раз в 3 месяца
- проведения ежедневного домашнего самоконтроля артериального давления

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №25

Женщина 23 лет обратилась к врачу -терапевту участковому

### Жалобы

на интенсивные боли в области верхушки сердца колющего или давящего характера, продолжительные, не связанные с физической нагрузкой, перебои в работе сердца, одышку при повседневных нагрузках, повышение температуры до 37,4°C - 37,6°C

### Анамнез заболевания

Несколько дней назад переболела вирусной инфекцией, продолжала ходить на работу во время болезни. Вчера вечером поднялась температура до 37,6°C, появились боли в области верхушки сердца колющего характера, слабость, одышка. Сегодня утром обратилась к участковому терапевту.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально  
Занималась любительским спортом в течение 3 лет  
Работает медицинской сестрой в поликлинике  
Перенесённые заболевания: детские инфекции  
Наследственность не отягощена  
Аллергологический анамнез не отягощен  
Вредные привычки: отрицает

### Объективный статус

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,4°C. ИМТ 24 кг/м<sup>2</sup>. Отёков нет. ЧДД – 20 в мин, при аусcultации лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины в V межреберье, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, учащены, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс 102 в мин, прерывается единичными экстрасистолами. ЧСС 102 в 1 минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Почки не пальпируются.

### Результаты лабораторных методов обследования

Развернутый клинический анализ крови и определение уровня С-реактивного белка

Показатель

Результат Нормы

Показатель		Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,1		м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	122		м. 130-160 ж. 120-140
Цветовой показатель (ЦП)	0,9		0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84		80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28		26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3		32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	4		2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210		180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	9,6		4-9
Лейкоцитарная формула			
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4		1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	69		47-72
Эозинофилы, %	1		1-5
Базофилы, %			0-1
Лимфоциты, %	24		19-37
Моноциты, %	2		2-10
СОЭ, мм/ч	27		м. 2-10 ж. 2-15
СРБ	9		0,5-1,8

Определение уровня натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида (BNP) и/или N-терминального фрагмента натриуретического пропептида мозгового (NT-proBNP)

Наименование Нормы Результат

BNP <100 нг/мл 107,0

NT-proBNP <300 нг/мл 129,0

Определение тропонина Т и тропонина I

Наименование Нормы Результат

Тропонин Т < 0,1 нг/мл 6

Тропонин I < 0,1 нг/мл 11

Коагулограмма, протромбиновый индекс

Наименование Нормы Результат

Период свертывания 12-15 мин 12

АЧТВ 25-35 сек. 27

ПТВ 11-18 сек. 12

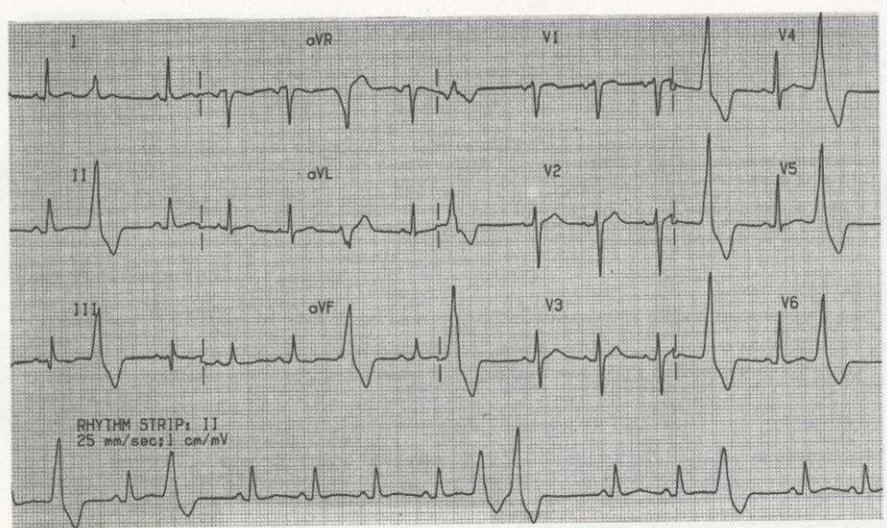
ПИ 80-120% 87

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Рост отсутствует

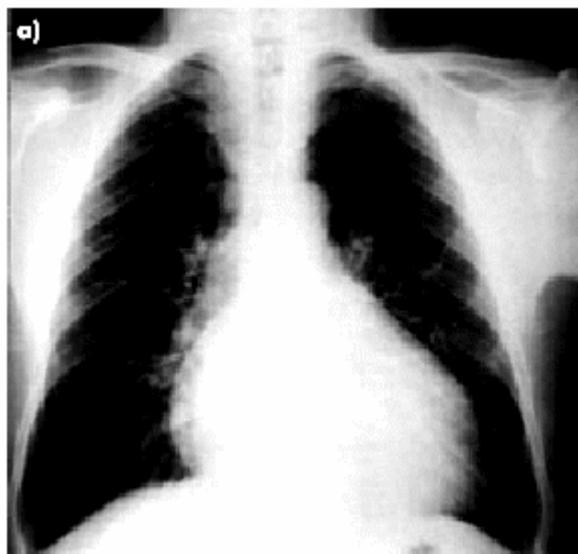
Результаты инструментальных методов обследования

## Электрокардиография



На ЭКГ – Ритм синусовый. ЧСС 92 уд./мин., нормальное положение ЭОС. Частые одиночные и парные желудочковые экстрасистолы

Рентгенография органов грудной клетки  
Талия сердца сглажена, левая граница сердца расширена



## Эхокардиография

Наименование	Нормы	Результат
КДР	37–55 мм	61
КСР	26–37 мм	43
КДО	55–149	151
КСО	18–40	42
ФВ	55–65	47
толщина задней стенки	9–11 мм	9
толщина межжелудочковой перегородки	9–10 мм	9
Правый желудочек, диаметр	7–26 мм	10
Правый желудочек, толщина стенки	2–4 мм	2
Левое предсердие	20–36 (4) мм	31

Наименование	Нормы	Результат
Корень аорты	20–38, мм	27
Амплитуда раскрытия сворок аортального клапана	17–25, мм	19
Устье лёгочной артерии	11–22, мм	17
Митральный клапан: створки не уплотнены, кальциноза створок нет. Митральная регургитация I степени.		
Заключение: Снижение сократимости миокарда. Расширение полости левого желудочка. Относительная недостаточность митрального клапана.		

#### Радионуклидная диагностика

Нарушения перфузии миокарда не обнаружено

#### УЗИ почек и надпочечников

Чашечно-лоханочная система не расширена. Контуры почек ровные. Дополнительных образований в проекции паренхимы почек и надпочечников на выявлено

#### Какой основной диагноз?

- Острая ревматическая лихорадка, недостаточность аортального клапана
- Острый миокардит неуточненной этиологии. Частая желудочковая экстрасистолия. НК ПА, ФК II
- Инфекционный эндокардит, тромбоэмболический синдром
- Дилатационная кардиомиопатия

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- дилатационной кардиомиопатией, инфарктом миокарда, ревматическими и неревматическими поражениями клапанов сердца
- гипертрофической кардиомиопатией, инфекционным эндокардитом, внебольничной пневмонией
- гипертриеозом, острым бронхитом вирусного генеза, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы
- системной красной волчанкой, синдромом гипермобильности соединительной ткани, синдромом Марфана

Тактика ведения пациента предусматривает

- лечение в дневном стационаре
- стационарное лечение в профильном отделении
- лечение в стационаре на дому
- лечение в общетерапевтическом отделении

К основным целям лечения больной миокардитом относится предотвращение формирования необратимой дилатации камер сердца, хронической сердечной недостаточности и

- анемии хронического заболевания
- постинфекционной астении
- возникновения угрожающих жизни больной состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)
- хронической болезни почек

Неспецифическая терапия миокардита включает назначение

- бета-адреноблокаторов, диуретиков, ИАПФ или БРА, ингибиторов минералокортикоидных рецепторов

- препараторов группы интерферона, антибиотиков широкого спектра действия, витаминов, антиоксидантов, цитопротекторов
- антикоагулянтов непрямого действия, ацетилсалициловой кислоты, при их непереносимости – клопидогреля, цитопротекторов, антибиотиков широкого спектра действия, гемодеза, раствора Рингера
- дигоxина при острой сердечной недостаточности, вызванной вирусным миокардитом, метаболических препаратов, антагонистов кальция, селективного блокатора ф-каналов

Специфическая терапия миокардита включает назначение

- преднизолона и азотиаприна до исключения активной инфекции в миокарде с использованием эндомиокардиальной биопсии и ПЦР-диагностики
- иммуносупрессивных, иммуномодулирующих или противовоспалительных препаратов
- иммуноглобулинов, витаминов, препаратов дезинтоксикационного действия
- свежезамороженной плазмы, баротерапии, пульс-терапии глюкокортикоидами

Данной пациентке показано лечение

- специфическое метотрексатом, при его непереносимости – азотиаприном, преднизолоном, препаратами калия, проведение реабилитационных мероприятий
- специфическое преднизолоном и азотиаприном, проведение реабилитационных мероприятий до исчезновения воспалительных инфильтратов по результатам эндомиокардиальной биопсии
- неспецифическое препаратом из группы нестероидных противовоспалительных средств в высшей терапевтической дозе, ингибитором протонной помпы или блокатором Н2 гистаминовых рецепторов
- неспецифическое и реабилитация после стабилизации состояния

Реабилитация пациентки заключается в

- возобновление занятий любительским спортом только после проведения симптом-лимитированного стресс-теста (VELOЭргометрия, трендил-тест, тест 6-минутной ходьбы)
- возобновлении занятий любительским спортом при отсутствии клинически значимых нарушений ритма сердца при холтеровском мониторировании ЭКГ
- рекомендации прекращения занятий любительским спортом по крайней мере на 6 месяцев от начала миокардита
- рекомендации прекращения занятий любительским спортом на 3 месяца от начала миокардита

Кратность посещения врача-терапевта после перенесенного миокардита в рамках диспансерного наблюдения в течение года составляет \_\_\_\_\_ раз /раза

- 7-8
- 1-2
- 5-6
- 3-4

В большинстве случаев эндомиокардиальная биопсия не доступна и для постановки диагноза следует ориентироваться на

- суточное мониторирование артериального давления и велоэргометрию
- сцинтиграфию миокарда и тест чрезпищеводной стимуляции предсердий
- обзорную рентгенограмму органов грудной клетки и трендил-тест
- ЭКГ, 24-часовое мониторирование ЭКГ и ЭХОКГ

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №26

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

### Жалобы

На тянувшие боли в эпигастрине и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с иррадиацией в спину, отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота, кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

### Анамнез заболевания

Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался.

В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.

### Анамнез жизни

Родился и развивался нормально.

Работает курьером.

Перенесённые заболевания: пневмония.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день), в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем.

### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м<sup>2</sup>. Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсущен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастринии и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

##### Показатель

##### Результат Нормы

Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	134	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	45	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,83	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,4	32,0-37,0

Показатель	Результат Нормы	
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	15	м. 2-10 ж. 2-15

#### Биохимический анализ крови

Показатель	Значение	Норма	Единицы измерения
Общий белок	57	65-85	г/л
Альбумин	28	35-50	г/л
Креатинин	54	44-125	мкмоль/л
Мочевина	5,2	3,1-10,9	ммоль/л
Общий билирубин	25	5-21	мкмоль/л
Прямой билирубин	12	0-5	мкмоль/л
Непрямой билирубин	13	5-21	мкмоль/л
Холестерин общий	3,9	3,1-5,2	ммоль/л
Щелочная фосфатаза	122	53-128	Ед/л
Гаммаглютамат транспептидаза	41	7-42	Ед/л
Аланинаминотрансфераза	45	10-40	Ед/л
Аспартатаминотрансфераза	41	15-40	Ед/л
α-амилаза	129	28-100	Ед/л
Липаза	84	8-78	Ед/л
Калий	4,9	3,4-5,3	ммоль/л
Глюкоза	11	4,0-6,1	ммоль/л

#### Копрограмма

Показатель	Результат	Норма
Количество	380 г/сутки	100-250 г/сутки
Консистенция	мазевидная	оформленный
Форма	неоформленный	цилиндрическая
Запах	резкий	нерезкий
Цвет	с серым оттенком	коричневый
Реакция	нейтральная	нейтральная/ слабощелочная (pH 6,5-7,5)

Показатель	Результат	Норма
Кровь	нет	нет
Слизь	нет	нет
Остатки непереваренной пищи	+++	нет
Реакция на кровь	отрицательная	отрицательная
Реакция на стеркобилин	положительная	положительная
Реакция на билирубин	отрицательная	отрицательная
Микроскопическое исследование		
Мышечные волокна исчерченностью/неисчерченные	c +++/+	единичные/в количестве
Соединительная ткань	нет	нет
Жир нейтральный	+++	нет
Жирные кислоты	нет	нет
Растительная клетчатка	единичн.	в небольшом количестве
Крахмал внутриклеточный	нет	нет
Слизь	нет	нет
Эпителий: цилиндр./плоский	нет	в небольшом количестве
Лейкоциты	нет	единичные
Эритроциты	нет	нет
Яйца глист	нет	нет

Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека  
Антитела классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) не обнаружены.

Бактериологическое исследование крови на стерильность  
Роста микроорганизмов не обнаружено.

#### Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости  
Печень не увеличена. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки незначительно увеличены до 32 мм, в области головки визуализируется округлое анэхогенное образование с чёткими контурами 3 мм в диаметре (киста). Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Ирригоскопия  
Заполнение толстой кишки контрастной взвесью свободное. Контуры всех отделов кишечника чёткие, тонус кишечника без особенностей, при раздувании воздухом стенки эластичные.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является  
-Хронический аутоиммунный панкреатит. Экзокринная недостаточность. Сахарный диабет тип 1, декомпенсация. Недостаточная масса тела.  
-Хронический панкреатит токсической этиологии, персистирующая болевая форма с экзокринной и эндокринной недостаточностью. Панкреатогенный сахарный диабет. Нутритивная недостаточность.

- Острый панкреатит токсической этиологии. Экзокринная недостаточность. Сахарный диабет тип 2, декомпенсация. Недостаточная масса тела.
- Функциональная диспепсия, персистирующая болевая форма. Мальдигестия. Сахарный диабет тип 2, декомпенсация. Нутритивная недостаточность.

Для верификации диагноза показано проведение

- диагностической лапароскопии органов брюшной полости
- радиоизотопного исследования поджелудочной железы
- мультидетекторной компьютерной томографии органов брюшной полости
- обзорной рентгенографии органов брюшной полости

Консервативная тактика ведения больного включает отказ от курения и алкоголя, купирование болевого синдрома, лечение экзокринной и эндокринной недостаточности и -антибактериальную терапию

- иглорефлексотерапию
- нутритивную поддержку
- иммуносупрессивную терапию

Для купирования болевого синдрома данному пациенту показано назначение

- ацетилсалициловой кислоты
- парацетамола
- преднизолона
- дротаверина

Показаниями для заместительной ферментной терапии являются стеаторея, диарея и -тошнота

- гипергликемия
- гиперамилаземия
- потеря в весе

Ферментные препараты следует принимать

- во время еды
- натощак
- за 2 часа до еды
- через 2 часа после еды

Принципом диеты для пациента является дробный приём пищи с

- низким содержанием белков, углеводов, насыщенных жиров и холестерина
- низким содержанием белков и углеводов, высоким содержанием насыщенных жиров и холестерина
- высоким содержанием белков, углеводов, насыщенных жиров и холестерина
- высоким содержанием белков и углеводов, низким содержанием насыщенных жиров и холестерина

Пациент относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

- I
- II
- III<sub>б</sub>
- III<sub>а</sub>

К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся непроходимость двенадцатиперстной кишки, обструкция общего желчного протока и

- нутритивная недостаточность
- синдром мальабсорбции
- эрозивный эзофагит
- симптоматические псевдокисты

У пациента повышен риск развития

- аденокарциномы поджелудочной железы
- пищевода Баретта
- гепатоцеллюлярной карциномы
- аденокарциномы желудка

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №27

Больная С. 35 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

### Жалобы

на повышение температуры тела до 37,5°C, боль в горле, затруднение носового дыхания

### Анамнез заболевания

Заболела остро 2 недели назад, когда появились повышение температуры тела до 37,7°C, боли в горле, заложенность носа. Самостоятельно лечилась народными средствами, но без выраженного эффекта.

Обратилась в поликлинику. При осмотре врач обратила внимание на увеличение лимфатических узлов, гиперемию задней стенки глотки, затруднение носового дыхания, увеличение печени при пальпации. Назначено лабораторное обследование.

Через неделю больная вновь пришла на прием: самочувствие без улучшения, температура тела не снижалась, боль в горле, затруднение носового дыхания сохранялись.

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Эпиданамнез: больная в течение трех месяцев имеетового партнера – безработного, ранее длительно употреблявшего наркотики.

### Объективный статус

Температура тела 37,5°C.

Кожный покров физиологической окраски, сыпи нет. Склеры не инъецированы.

Пальпируются затылочные, заднешейные, подмышечные, локтевые лимфатические узлы до 1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные.

В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин.

Тоны сердца ясные, ЧСС – 68 уд. в мин, АД – 100/70 мм рт.ст.

Слизистая оболочка ротовой полости умеренно гиперемирована, миндалины гипертрофированы до II степени, наложений на миндалинах нет.

Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, край печени чувствителен.

Пальпируется селезенка.

Кал обычной окраски. Мочеиспускание свободное, безболезненное

Менингеальных, очаговых явлений нет.

## Результаты лабораторных методов обследования

### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130 - 160 г/л	136
м	120-140 г/л	
ж		
Эритроциты	$4,0-6,0 \times 10^{12}/\text{л}$	4,2
м	$3,9-4,7 \times 10^{12}/\text{л}$	
ж		
Тромбоциты	$180-360 \times 10^9/\text{л}$	220
Лейкоциты	$4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$	8,4
Палочкоядерные	1-6%	5
Сегментоядерные	42-72%	18
Эозинофилы	0,5-5%	1
Базофильты	0-1%	0
Лимфоциты	19-37%	70
Моноциты	3-11%	6
СОЭ	1 – 10 мм/ч	10
м	2 – 15 мм/ч	
ж		

Среди лимфоцитов 24 клетки с широкой светлой базофильной цитоплазмой.

Реакция Хоффа-Бауэра

Реакция Хоффа-Бауэра отрицательная

Иммунный блоттинг

ИБ ВИЧ Маркеры Результат

gp 160	Отрицательный
gp 120	Положительный
gp 41	Положительный
p 55	Отрицательный
p 40	Отрицательный
p 24	Положительный
p 17	Отрицательный
p 68	Отрицательный
p 52	Отрицательный
p 34	Отрицательный

Реакция нейтрализации

Вариант-норма

## Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

Заключение: Увеличение печени и селезенки

## Эзофагогастродуоденоскопия

### Вариант-норма

Какой основной диагноз?

- Корь, типичное течение, среднетяжелая форма
- Дифтерия ротоглотки, локализованная, легкая форма
- Скарлатина, типичное течение, среднетяжелая форма
- Острая ВИЧ-инфекция, стадия 2Б: мононуклеозоподобный синдром

Дифференциальную диагностику острой ВИЧ-инфекции следует проводить с

- эпидемическим паротитом, скарлатиной, лептоспирозом
- инфекциональным мононуклеозом, краснухой, аденовирусной инфекцией
- малярией, туляремией, сибирской язвой
- брюшным тифом, шигелллезом, амёбиазом

Антитела к ВИЧ после инфицирования появляются в течение

- 5 лет
- 4-х лет
- 3-6 месяцев
- 3-х лет

Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции является

- уровень CD4-лимфоцитов и вируса в крови
- снижение уровня гемоглобина
- количество лейкоцитов в крови
- снижение уровня тромбоцитов в крови

Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быть

- уровень CD4-лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни
- величина протромбинового индекса, фибриногена, СОЭ в крови
- уровни общего билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы в крови
- количество лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов в крови

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

- зидовудин
- азитромицин
- хлорохин
- ципрофлоксацин

Для антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции используют

- сочетание ингибиторов протеазы ВИЧ с иммуномодуляторами
- анти микробные препараты
- иммунобиологические препараты
- ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ

К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции относят

- пневмоцистную пневмонию
- инфекционный мононуклеоз
- иерсиниоз
- вирусный гепатит С

С целью выявления ВИЧ-инфекции для скринингового обследования используют

- реакцию непрямой гемагглютинации
- полимеразную цепную реакцию
- иммуноферментный анализ
- реакцию латекс-агглютинации

Для предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией при попадании крови или других биологических жидкостей на кожный покров это место обрабатывают

- 3%-м раствором перекиси водорода
- 5%-м раствором хлоргексидина
- 5%-м спиртовым раствором йода
- 70%-м спиртом

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №28

Вызов врача на дом к пациенту 38 лет

### Жалобы

на повышение температуры тела до 39,0 °C, головную боль, головокружение, слабость, недомогание.

### Анамнез заболевания

Заболел остро три дня назад, когда появился выраженный озноб, повышение температуры тела до 39°C, головная боль, ломота в мышцах и суставах

Лечился самостоятельно противогриппозными и жаропонижающими средствами без эффекта.

На 3-ий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появилась тошнота, отмечалась повторная рвота, головокружение. Температура тела сохраняется на высоких цифрах.

### Анамнез жизни

Офисный работник.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицает.

Проживает один, в отдельной квартире, холост.

Эпиданамнез: Десять дней назад до начала заболевания вернулся из туристической поездки в Египет, отмечал там укусы комаров.

### Объективный статус

Температура тела 39,1°C.

Лицо умеренно гиперемировано. Кожные покровы чистые, загорелые, сыпи нет.

Слизистая оболочка задней стенки глотки обычной окраски. Миндалины не увеличены, налетов нет.

Пальпируются умеренно увеличенные шейные лимфатические узлы.

Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин.

АД-90/60 мм.рт.ст, ЧСС – 115 уд. в мин.

Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

Отмечается ригидность затылочных мышц, симптом Кернига отрицательный.

### Результаты лабораторных методов обследования

## ИФА крови на арбовирусы

Наименование	Единицы	Результат
ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgM	МЕ/мл	отрицательно
ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgG	МЕ/мл	отрицательно
ИФА с антигеном Dengue virus IgM	МЕ/мл	отрицательно
ИФА с антигеном Dengue virus IgG	МЕ/мл	отрицательно
ИФА с антигеном West Nile Virus IgM	МЕ/мл	положительно
ИФА с антигеном West Nile Virus IgG	МЕ/мл	отрицательно

## ПЦР ликвора

Обнаружена РНК West Nile Virus

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков со слизистой носоглотки  
отрицательно

ИФА крови с антигеном Leischmania  
реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- Грипп, типичное течение, осложненное серозным менингитом, средней степени тяжести
- Лихорадка Западного Нила, менингеальная форма, средней степени тяжести
- Висцеральный лейшманиоз, средней степени тяжести
- Лайм боррелиоз, генерализованная форма, неврологический вариант, тяжелое течение

Ведущим синдромом Лихорадки Западного Нила является

- диспепсический
- артралгический
- гриппоподобный
- желтушный

Для тяжелого течения Лихорадки Западного Нила характерно развитие

- гиповолемического шока
- печёночно-почечной недостаточности
- менингоэнцефалита
- септического состояния

Дифференциальную диагностику Лихорадки Западного Нила проводят с

- менингококковой инфекцией, гриппом
- паратифом А, дифтерией дыхательных путей
- брюшным тифом, псевдотуберкулезом
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом

К клиническим формам Лихорадки Западного Нила относят

- лихорадочную, менингеальную, менингоэнцефалитическую, полиомиелитическую, полирадикулоневритическую
- субклиническую, гриппоподобную, менингеальную, менингоэнцефалическую
- острую, подострую, хроническую, резидуальную
- локализованную, генерализованную, хроническую, резидуальную

Особенностью клеточного состава ликвора при Лихорадке Западного Нила является плеоцитоз

- нейтрофильный ниже 500 клеток в 1 мкл
- лимфоцитарный до 1000 клеток в 1 мкл
- смешанный ниже 500 клеток в 1 мкл
- нейтрофильный выше 1000 клеток в 1 мкл

К показаниям к госпитализации при Лихорадке Западного Нила относят

- наличие гепатолиенального синдрома
- наличие менингеальной симптоматики
- стойкое повышение артериального давления
- длительную лихорадку, не превышающую 38°C

Лечение неосложненной Лихорадки Западного Нила включает назначение

- антибактериальных средств
- симптоматической терапии
- противовирусных препаратов
- специфического иммуноглобулина

Применение антибиотиков при Лихорадке Западного Нила показано при

- присоединении вторичной инфекции
- менингеальной форме
- присоединении гепатолиенального синдрома
- длительной лихорадке выше 38,0°C

К профилактическим мероприятиям при Лихорадке Западного Нила относят

- проведение экстренной химиопрофилактики всем контактировавшим с больным лицам
- применение репеллентов, средств индивидуальной защиты от комаров
- проветривание и влажную уборку помещений, текущую дезинфекцию
- назначение противовирусных препаратов в очаге заболевания

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №29

Больной К. 62 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

### Жалобы

На одышку, возникающую при обычной физической нагрузке и в покое, давящие боли за грудиной, некупирующиеся при приёме 2 таблеток нитроглицерина, общую слабость, повышенную утомляемость

### Анамнез заболевания

Полгода назад перенес инфаркт миокарда.

2 недели назад появились давящие боли за грудиной, одышка при обычной физической нагрузке (ходьба обычным шагом) и в покое.

В течение недели боли за грудиной усилились, стали появляться в покое, приём нитроглицерина – без эффекта.

### Анамнез жизни

Родился и развивался нормально.

Семейный анамнез: отец умер в возрасте 53 лет от инфаркта миокарда.

Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18 лет.

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 86 кг. ИМТ 29,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски. Нерезкий цианоз губ, крыльев носа. Грудная клетка конической формы, симметричная. Частота дыхания – 18 в мин. При аусcultации над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая – правый край грудинь, левая – в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС – 65 в минуту, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, участвует в дыхании. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

### Результаты лабораторных методов обследования

Определение тропонинов I и T, КФК-МВ

Наименование Нормы Результат

ТропонинТи I 5 12,6

КФК-МВ 1,8-19,4 42,4

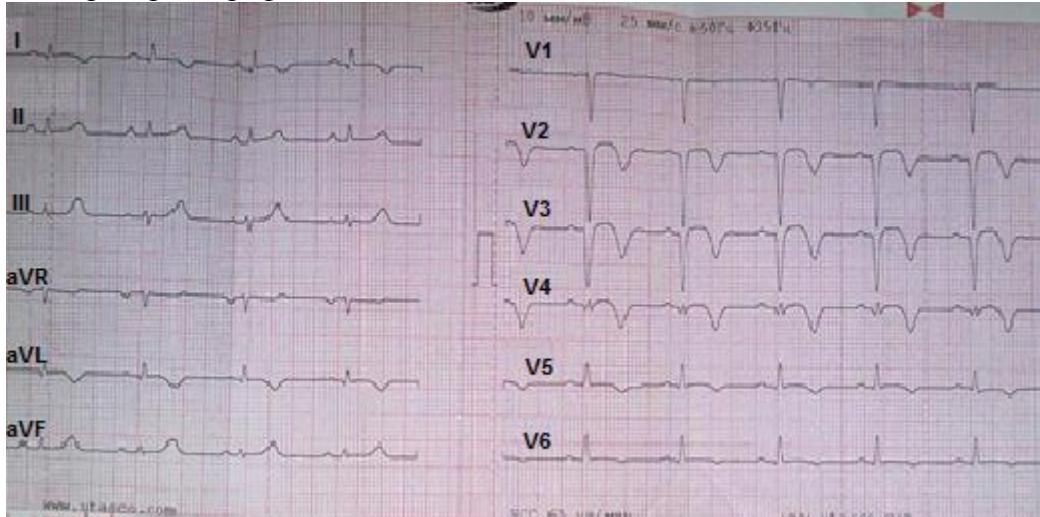
Исследование уровня мочевой кислоты в крови

Наименование Нормы Результат

мочевая кислота 210-420 280

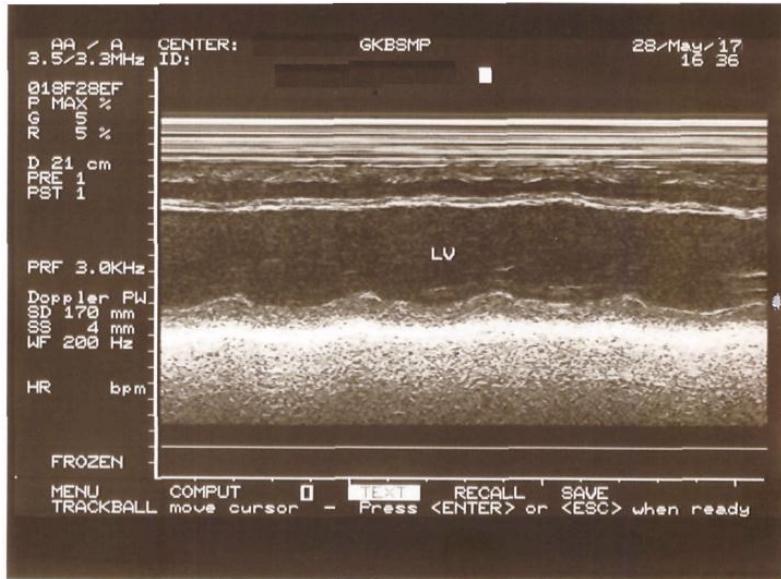
### Результаты инструментальных методов обследования

#### Электрокардиография



Заключение: Ритм синусовый, ЧСС 65 уд./мин., электрическая ось вертикальная. Признаки очаговых (некроз, ишемия) изменений миокарда передне-перегородочной области и верхушки левого желудочка.

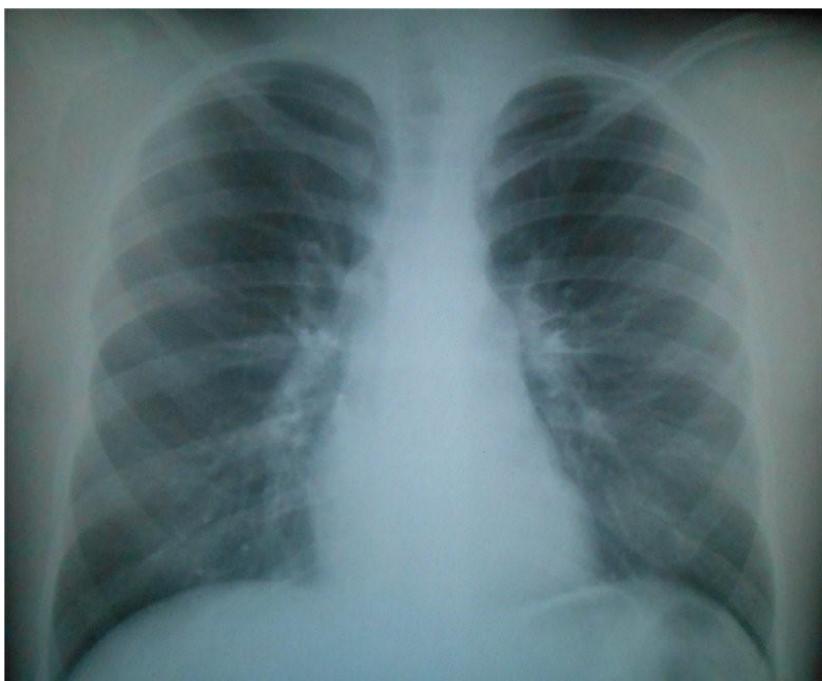
#### Эхокардиография



ЭхоКГ: Аорта уплотнена, не расширена, 3,3 см (N – менее 4,0 см). Левое предсердие не увеличено, 3,4 см (N – менее 4,0 см). Полость левого желудочка не расширена, КДР 5,2 см (N – менее 5,6 см), КСР 3,1 см (N – менее 3,7 см). Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, ФВ – 62% (по Симпсону). Выявлены зоны гипокинезии передне-перегородочно-верхушечной области с пародоксальным движением стенки в области верхушки сердца. Межжелудочковая перегородка не утолщена: 1,0 см (N – 0,7 – 1,2 см). Задняя стенка левого желудочка утолщена: 0,9 см (N – меньше 1,1 см). Аортальный клапан: створки уплотнены, кальциноза створок нет, амплитуда раскрытия нормальная. АК 1,9 см (N более 1,6 см). Митральный клапан: створки уплотнены, кальциноза створок нет, противофаза есть. Правый желудочек не расширен (ПЭР 2,6 см, N – меньше 3,0 см). Признаков лёгочной гипертензии нет. Тромбоза левого желудочка нет. Выпота в полости перикарда нет. Патологические потоки в полости сердца не выявлены.

**Заключение:** Полости сердца не расширены. Сократительная способность миокарда удовлетворительная. Признаки очаговых изменений передне-перегородочно-верхушечной области.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Заключение: инфильтративные изменения в легких не выявлены. Легочные поля прозрачные.

### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	
Печень:	Расположена в типичном месте. Левая доля: ККР 59 мм, ПЗР 45 мм-не увеличена. Правая доля: ККР 88мм, ПЗР 72 мм -не увеличена. Хвостатая доля 12,0 мм- не увеличена. Контуры ровные, четкие. Углы острые. Эхогенность средняя. Эхоструктура паренхимы эходнородная, мелкозернистая. Объемные образования не выявлены. Сосудистый рисунок печени сохранен. Ход сосудов типичный. Воротная вена диаметром 4,5 мм- не расширена. Печеночные вены не изменены. Нижняя полая вена диаметром 8,0 мм -не расширена. Внутрипеченочные желчевыводящие протоки не изменены, стенки их уплотнены.
Челюстно-лицевой пузырь:	Расположение типичное. Размеры: 47x18мм- не увеличен. Форма цилиндрическая, с двумя функциональными перегибами в теле. Стенка уплотнена. Содержимое однородное. Холедох не расширен, просвет на протяжении визуализации свободен. Конкременты и объемные образования не выявлены.
Селезенка:	Размеры: 68x 29 мм- не увеличена. Контуры ровные, четкие. Эхогенность средняя. Структура паренхимы однородная. Сосудистый рисунок сохранен. Селезеночная вена в воротах селезенки не расширена.
Иоджелудочная железа:	Визуализация на всем протяжении. Контуры четкие, ровные. Размеры: головка 14 мм-не увеличена; тело 10 мм- не увеличено; хвост 14 мм- не увеличен. Эхогенность паренхимы средняя. Эхоструктура паренхимы неоднородная за счет гиперхогенной исчерченности, мелкозернистая. Объемные образования не выявлены. Вирсунгов проток не визуализируется.
Почки:	Расположение типичное. Форма типичная. Анатомическая структура и взаимоотношение паренхимы и центрального эхокомплекса сохранены. Подвижность- не изменена. Контуры ровные, четкие. Размеры: Правая 68 мм x28 мм, не увеличена. Левая 65мм x30 мм, не увеличена. Паренхима: справа 13 мм, слева 13 мм; эхогенность средняя; эхоструктура не изменена. Кровоток при ЦДК в полном объеме. ЧЛС: сформирована

Заключение: структурных изменений со стороны осмотренных органов не выявлено.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- ИБС. Ранняя постинфарктная стенокардия. Кардиосклероз постинфарктный
- ИБС. Повторный инфаркт миокарда передне-перегородочной, верхушечной области левого желудочка

- ИБС. Инфаркт миокарда без зубца Q, без подъема сегмента ST, в области передней - стенки левого желудочка, подострый период
- ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК III. Гипертоническая болезнь II стадии, III степени, риск ССО IV

В данной клинической ситуации пациенту показано проведение

- функциональной нагрузочной пробы (VELOЭРГОМЕТРИИ)
- цинтиграфии миокарда с  $^{99m}\text{Tc}$ - пирофосфатом (технецием)
- коронароангиографии
- магнитно-резонансной томографии

Астматический вариант инфаркта миокарда чаще развивается на фоне

- повторного инфаркта миокарда
- хронической обструктивной болезни легких
- эозинофильного легочного инфильтрата
- нарушения толерантности к углеводам

Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение

- ингибиторов ангиотензин - превращающего фермента,  $\alpha_1$ -адреноблокаторов
- $\beta$ -блокаторов, дезагрегантов
- $\beta_2$ -адrenomиметиков короткого действия, недигидропиридиновых блокаторов  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов
- нестероидных противовоспалительных средств, блокаторов рецепторов ангиотензина II

В данной клинической ситуации необходимо проведение антитромбоцитарной терапии с применением

- дипиридамола, дабигатрана этексилата
- клопидогrela, ацетилсалациловой кислоты
- фондапуринукса, нефракционированного гепарина
- низкофракционированного гепарина, тиклопидина

В качестве антиангинальной терапии пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначить

- $\beta_2$ -адrenomиметики короткого действия, глюкокортикоиды
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, М-холинолитики
- блокаторы рецепторов ангиотензина II,  $\alpha_1$ -адреноблокаторы
- нитраты, блокаторы кальциевых каналов

Тактика ведения данного пациента на этапе поликлинического звена предполагает

- немедленную госпитализацию
- лечение в амбулаторных условиях (стационар на дому)
- лечение в кардиологическом отделении в плановом порядке
- лечение в терапевтическом отделении в плановом порядке

Противопоказанием к проведению тромболитической терапии в данной клинической ситуации является

- продолжительность болевого синдрома более 12 часов
- элевация сегмента ST
- депрессия сегмента ST
- формирование патологического зубца Q

Перед выпиской из стационара данному пациенту необходимо проведение

- суточного мониторирования электрокардиографии по Холтеру

- суточного мониторирования артериального давления
- эндомиокардиальной биопсии
- ЭХО-КГ

После перенесенного инфаркта миокарда терапия ацетилсалициловой кислотой данному пациенту должна проводиться

- в течение трех лет
- в течение первого года
- не более полугода с момента выписки
- пожизненно

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №30

Вызов врача на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

### Жалобы

на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

### Анамнез заболевания

Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль. Температуру не измеряла.

Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии.

Присоединился насморк, редкий сухой кашель.

Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), щелочное питье, витамин С.

На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

### Анамнез жизни

Студентка дневного отделения вуза.

Проживает в квартире с родителями.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие точно не помнит. От гриппа не прививалась.

### Объективный статус

Температура тела 37,5°C.

Самочувствие удовлетворительное.

На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей – мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь на неизмененном фоне без склонности к слиянию.

Периферические лимфоузлы (затылочные, заднешейные) диаметром до 1см, умеренно чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена.

Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Глотание безболезненное.

АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. в мин.

В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Кашель редкий, сухой.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В сознании. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.



#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Иммуноферментный анализ крови

Наименование	Единицы	Результат
Anti-Measles virus IgM	ME/мл	отрицательно
Anti-Measles virus IgG	ME/мл	отрицательно
Anti-Rubella virus IgM	ME/мл	положительно
Anti-Rubella virus IgG	ME/мл	5 ME/мл

##### Полимеразная цепная реакция к возбудителям

Выявление РНК Rubella virus

Реакция агглютинации-лизиса

Реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

-Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести

-Парвовирусная инфекция, типичное течение, средней степени тяжести

-Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, средней степени тяжести

-Аденовирусная инфекция, легкой степени тяжести. Токсико-аллергическая реакция на парацетамол

Специфическим осложнением при краснухе является

-пневмония

-тромбоцитопеническая пурпур

-аксональная полинейропатия

-аутоиммунный гепатит

Тяжелым специфическим осложнением краснухи является

-энцефалит

-инфекционно-токсический шок

-миокардит

-надпочечниковая недостаточность

Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

-скудная, розеолезная сыпь, гепатосplenомегалия, диспепсические явления, высокая лихорадка

-обильная мелкоточечная экзантема, высокая лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит

-мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфоаденопатия

-катаральный синдром, субфебрильная лихорадка, скудная геморрагическая сыпь

Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

-трихинеллезом, менингококковой инфекцией, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

-листериозом, бруцеллезом, аллергическим дерматитом

-инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, скарлатиной

-лептоспирозом, ветряной оспой, сыпным тифом

Лечебная тактика при краснухе с развитием полиартрита заключается в применении

-глюкокортикоидов коротким курсом

-нестероидных противовоспалительных средств

-противовирусных препаратов

-антибактериальных препаратов пенициллинового ряда

Лечение краснухи при среднетяжелом течении включает проведение \_\_\_\_\_ терапии

-гормональной

-антибактериальной

-дезинтоксикационной

-симптоматической

За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение \_\_\_\_\_ дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

-7  
-14

К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят  
-карантинные меры  
-текущую и заключительную дезинфекцию  
-химиопрофилактику  
-вакцинопрофилактику

Показателем наличия иммунитета к краснухе является присутствие в крови специфических  
-IgM  
-IgA  
-IgG  
-IgE

### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №31

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 28 лет.

#### Жалобы

на частые (2-3 раза в неделю) эпизоды тупых, распирающих болей в нижней части живота, возникающих после еды, сопровождающихся выраженным метеоризмом и уменьшающихся после дефекации и отхождения газов, систематическую задержку дефекации (в течение 2-3 дней) с частым выделением «овечьего» кала,  
тошноту, изжогу, вздутие живота после еды,  
головную боль, бессонницу, снижение настроения, апатию, повышенную усталость, расстройство внимания

#### Анамнез заболевания

Данные симптомы стали беспокоить около 3 лет назад на фоне психотравмирующих факторов в семье, которые сохраняются в настоящее время.

К врачу не обращалась, для уменьшения болей принимает спазмолитики с кратковременным эффектом, ситуационно использует слабительные.

Отмечает нарастание интенсивности симптомов в период менструации.

Снижения аппетита и веса не отмечает.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Профессия: банковская служащая.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, детские инфекции.

Беременности – 0.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 18 лет (5 сигарет в день).

Часто употребляет шоколад, газированные напитки, сладкие мучные изделия.

#### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенической конституции, рост – 1,64 м, масса тела – 82 кг, индекс массы тела – 30,5 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации –

везикулярное дыхание, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, незначительная разлитая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации, преимущественно в подвздошных областях, больше слева. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При опросе определяется повышенная эмоциональная лабильность, тревожность и склонность к ипохондрии.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,4	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	124	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	43	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	86	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,8	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	15	м. 2-10 ж. 2-15

##### Биохимический анализ крови

Показатель	Значение	Норма	Единицы измерения
Общий белок	67	65-85	г/л
Альбумин	38	35-50	г/л
Креатинин	54	44-125	мкмоль/л
Общий билирубин	15	5-21	мкмоль/л
Холестерин общий	3,6	3,1-5,2	ммоль/л
Щелочная фосфатаза	86	53-128	Ед/л
Аланинаминотрансфераза	36	10-40	Ед/л
Аспартатаминотрансфераза	34	15-40	Ед/л

Показатель	Значение Норма Единицы измерения	
α-амилаза	69	28-100 Ед/л
Калий	4,2	3,4-5,3 ммоль/л
Глюкоза	5,0	4,0-6,1 ммоль/л
СРБ	1,5	0-5 мг/л

#### Копрограмма, кал на скрытую кровь

Показатель	Результат	Норма
Количество	80 г/сутки	100-250 г/сутки
Консистенция	твёрдая	оформленный
Форма	оформленный	цилиндрическая
Запах	слабый каловый	нерезкий
Цвет	коричневый	коричневый
Реакция	нейтральная	нейтральная/ (pH 6,5-7,5)
Кровь	нет	нет
Слизь	нет	нет
Остатки непереваренной пиши	нет	нет
Реакция на кровь	отрицательная	отрицательная
Реакция на стеркобилин	положительная	положительная
Реакция на билирубин	отрицательная	отрицательная
Микроскопическое исследование		
мышечные волокна исчерченностью/неисчерч.	с нет/единичн.	единичные/в количестве
Соединительная ткань	нет	нет
Жир нейтральный	нет	нет
Жирные кислоты	нет	нет
Растительная клетчатка	единичн.	в небольшом количестве
Крахмал внутриклеточный	нет	нет
Слизь	нет	нет
Эпителий: цилиндр./плоский	нет	в небольшом количестве
Лейкоциты	нет	единичные
Эритроциты	нет	нет
Яйца глист	нет	нет

#### Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты в 1 мл	1500	ж. 0-4000 м. 0-2000
Эритроциты в 1 мл	300	0-1000

Показатель	Результат	Норма
Цилиндры в 1 мл	5	0-20

Бактериологическое исследование крови на стерильность  
Роста микроорганизмов не обнаружено

#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Норма
АЧТВ, сек.	28	24-39
Протромбиновый индекс	0,87	0,7-1,1
Фибриноген, г/л	3,2	2,0-4,0
Тромбиновое время, сек.	15	14-18
МНО	1,07	0,9-1,2

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются, холедох не расширен. Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений органов брюшной полости не выявлено.

##### Эзофагогастродуоденоскопия

Аппарат свободно введен в пищевод. Просвет пищевода не изменен, содержимого нет. Стенки пищевода эластичны. Перистальтика сохранена во всех отделах. Слизистая оболочка его розовая на всем протяжении. Нижний пищеводный сфинктер смыкается полностью.

В просвете желудка незначительное количество слизи. Перистальтика равномерная. Кардиальный отдел желудка: слизистая оболочка розовая, кардия смыкается полностью. Складки по большой кривизне желудка и в теле желудка не изменены. Слизистая оболочка их розовая, гладкая. Угол желудка дифференцируется, слизистая оболочка розовая, гладкая. В антравальном отделе слизистая в норме. Привратник сомкнут, проходим аппаратом.

Луковица двенадцатиперстной кишки округлая, в просвете ее содержимого нет. Слизистая оболочка в луковице розовая, рельеф в норме. Слизистая оболочка в постбульбарных отделах двенадцатиперстной кишки розовая, бархатистая. Зона большого дуоденального соска не изменена.

#### Колоноскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Видеоколоноскоп проведен в купол слепой кишки. Баугиниева заслонка губовидной формы, обращена в слепую кишку. Тонус толстой кишки сохранен, минимально повышен. Перистальтика прослеживается в полном объеме. Просвет кишки на всем протяжении широкий, стенки эластичные, слизистая оболочка бледно-розовая, блестящая, складки и гаустры образуют типичный просвет. Капиллярный рисунок слизистой оболочки соответствует отделам кишки. Сигмовидная кишечная без особенностей. При осмотре из прямой кишки зоны зубчатой линии и нижнеампулярного отдела слизистая оболочка визуально не изменена.

Рентгенография органов грудной клетки

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не усилен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень органов средостения в пределах возрастных норм.

Заключение: Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Ультразвуковое исследование почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обоих почек ровные, четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедуллярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обоих почек не изменена. Чашечно-лоханочная система в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы не увеличены.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Синдром раздраженного кишечника с запором
- Синдром раздраженного кишечника с диареей
- Синдром раздраженного кишечника, смешанный тип
- Синдром раздраженного кишечника, неклассифицируемый вариант

В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является

- Избыточная масса тела
- Ожирение III степени
- Ожирение II степени
- Ожирение I степени

Для оценки консистенции кала используют Бристольскую шкалу кала, включающую \_\_\_\_\_ типов

- 7
- 6
- 5
- 4

В данной клинической ситуации показано увеличение содержания в пищевом рационе

- растительной клетчатки
- животного белка
- животных жиров
- простых углеводов

Для купирования боли в данной ситуации рекомендован приём

- альгинатов
- аналгетиков
- антацидов
- спазмолитиков

Для лечения хронических запоров рекомендуемый суточный объём потребляемой жидкости составляет \_\_\_\_\_ л

- 2
- 1
- 3
- 4

Для коррекции эмоциональных нарушений данной пациентке целесообразно назначить

- ноотропы
- транквилизаторы
- нейролептики
- антидепрессанты

В качестве нефармакологического метода лечения при длительном течении заболевания следует рассмотреть назначение

- психотерапии
- иглоукалывания
- бальнеотерапии
- магнитотерапии

Пациентка относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

- IIIa
- II
- I
- IIIb

Факторами, отягощающими течение данного заболевания, являются длительный анамнез болезни, хронический стресс и

- ожирение
- наличие психических заболеваний
- молодой возраст
- женский пол

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №32

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни.

### Жалобы

на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук.

### Анамнез заболевания

Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области.

Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15-ти раз.

Температура тела поднялась до 38,7°C. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.

#### Анамнез жизни

Работает на хлебопекарном комбинате.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире.

Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца.

#### Объективный статус

Температура тела 38,3°C.

Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника.

Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены.

АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз.

Диурез снижен.

Судороги мышц кистей, кратковременные.

#### Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии выделена salmonella enterididis группы D.

#### Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

Параметр	Результат
DNA salmonella spp.	Положительно
DNA shigella spp.	отрицательно
DNA campylobacter spp.	отрицательно
DNA adenovirus	отрицательно
RNA rotavirus	отрицательно
RNA astrovirus	отрицательно
RNA norovirus	отрицательно

#### Кислотно-щелочное состояние

Наименование	Результат	Нормы	Ед. измерения
pH	7,35	7,350 - 7,450	относит. величина
pO2	82,2	80,0 - 100,0	мм рт. ст.
pCO2	44,0	35,0-45,0	мм рт. ст.
Na	134,6	135,0-145,0	ммоль/л
Cl	101,0	98,0-107,0	ммоль/л

Наименование	Результат	Нормы	Ед. измерения
Ca	1,10	1,120-1,320	ммоль/л
K	3,5	3,5 – 4,5	ммоль/л
BE	-3	0±2	ммоль/л

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностиком  
Результат отрицательный

Какой диагноз можно предположить у данной больной?

- Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант
- Иерсиниоз, абдоминальная форма, мезаденит
- Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант
- Сальмонеллез, генерализованная форма, септикопиремический вариант

У данной больной определяется \_\_\_\_\_ степень обезвоживания

- IV
- II
- I
- III

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с  
-эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом  
-ботулизмом, паратифом В, амебиазом  
-энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным  
синдромом  
-холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью  
обезвоживания и

- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием кишечного кровотечения
- выраженностью гепатосplenомегалии

Тактика ведения данного больного включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционный стационар
- госпитализацию в мельцеровский бокс

Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения  
включает назначение

- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов
- специфической детоксикации, пробиотиков
- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов

Средством для пероральной регидратации при сальмонеллезе является

- глюкозо-электролитная смесь
- глюкозо-поляrizующая смесь
- полионный раствор

-физиологический раствор

Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является

- трисоль
- волемкор
- реополиглюкин
- цитраглюкосолан

При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

- фторхинолонов
- макролидов
- полусинтетических пенициллинов
- цефалоспоринов I поколения

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является

- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови
- однократный отрицательный бактериальный посев кала

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №33

23.10.2017г. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациенту 67 лет на 2-ой день болезни.

### Жалобы

на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 40,1°C озноб, головную боль в лобно-височных областях, головокружение, «ломоту» во всем теле, кашель с кровянистой мокротой, резкую слабость.

### Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озоба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобно-височных и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,5°C. Позже присоединились заложенность носа, першение в горле, сильный кашель, вначале сухой, «саднящий» за грудиной, затем со скучной мокротой. На 2-ой день состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°C, появились боли в грудной клетке.

### Анамнез жизни

Пенсионер

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, гипертоническая болезнь II ст., острый бронхит в октябре текущего года.

Вредные привычки: отрицают.

Проживает постоянно в отдельной квартире с женой и сыном.

Эпиданамнез: 3 дня тому назад имел контакт с родственником, больным ОРЗ.

Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

### Объективный статус

Температура тела 40,1°C. Больной беспокоен, мечется в постели, непроизвольное ортопноэ. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры.

Кожные покровы сухие, горячие на ощупь. Резкая бледность лица, инъекция сосудов склер, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, в области мягкого неба геморрагии.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

При аусcultации в легких во всех отделах множественные мелко- и среднекалиберные влажные хрипы. ЧДД – 43 в мин. SpO<sub>2</sub> - 87% (при дыхании атмосферным воздухом). Мокрота пенистая, розового цвета.

Тоны сердца глухие, АД- 70/40 мм.рт.ст, ЧСС –122 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Сознание сохранено, тревожен, испытывает страх смерти.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР - диагностика

Обнаружена РНК вируса influenzae A(H5N1)

Выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)  
обнаружен антиген вируса influenzae A (H5N1)

#### Реакция связывания комплемента (РСК)

Результат отрицательный

#### Реакция торможения гемагглюцинации (РТГА)

Результат отрицательный

### Результаты инструментальных методов обследования

#### Рентгенография органов грудной клетки

Заключение: симметричные очаги сливных теней в легких, появление множественных хлопьевидных теней («снежная буря»), плевральный выпот отсутствует.



#### Тредмил-тест

тест малоинформативен

#### Какой основной диагноз?

-Грипп, тяжелое течение. Осложнение: респираторный дистресс-синдром, инфекционно-токсический шок II ст.

- Грипп, тяжелое течение, осложненный бактериальной пневмонией
- Менингококковая инфекция, генерализованная форма, тяжелое течение
- Эпидемический сыпной тиф, период разгаря, тяжелое течение. Осложнение: инфекционно-токсический шок I ст.

К симptomам тяжелого течения гриппа с развитием ранних осложнений относят

- острый кератоконъюнктивит, обильную ринорею
- быстро нарастающую одышку с кровянистой мокротой
- иктеричность кожных покровов и слизистых
- продуктивный кашель, диарею

Патогенетическим осложнением гриппа является

- гнойный трахеобронхит
- сепсис
- печечно-почечная недостаточность
- острый респираторный дистресс-синдром

Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- скарлатиной, корью, краснухой

Показанием к госпитализации при гриппе является наличие

- температуры тела выше 38°C, выраженной ринореи
- выраженного диарейного синдрома, сухости слизистых
- геморрагической сыпи, одышки
- повышенного артериального давления, головной боли

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- имидазолилэтанамидпентандиовая кислота и ацикловир
- интерферон гамма и рибавирин
- осельтамивир и умифеновир
- тилорон и меглуминаакриданацетат

Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения с развитием острого респираторного дистресс-синдрома включает

- парентеральную регидратационную терапию
- антибактериальную терапию
- респираторную поддержку
- назначение иммуномодуляторов

Применение антибиотиков при гриппе показано

- при наличии лихорадки выше 38,5 °C
- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- в случае сохранении длительного остаточного кашля

Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики гриппа, являются

- ламивудин и зидовудин
- умифеновир и осельтамивир
- занамивир и тилорон
- рибавирин и ацикловир

Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать за

- 1 месяц до начала сезонного подъема заболеваемости
- 2 месяца до прогнозируемого наступления эпидемии
- 1 неделю до сезона подъема заболеваемости
- 2 недели до начала сезона подъема заболеваемости

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №34

Больная 25 лет, преподаватель, обратилась в поликлинику

### Жалобы

На появление отеков голеней и стоп, боли, припухание в суставах кистей, повышение температуры тела до 37,5 С, слабость.

### Анамнез заболевания

В течение последних 2 лет отмечала покраснение кожи в области спинки носа и щек после пребывания на солнце, проходившие самостоятельно, эпизодически боли в суставах кистей. Настоящее ухудшение после отдыха на море в январские праздники, уже в конце отдыха появились выраженные отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: отеки нарастили, присоединились артриты мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет.

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Рабочее АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные. Явления хейлита. Увеличены шейные лимфузлы, при пальпации безболезненные, мягкие, подвижные. Зев не гиперемирован. Припухлость в области межфаланговых суставов кистей. Движения пальцев рук умеренно болезненные. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1800 мл мочи (выпила около 2 л жидкости).

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	130мл
цвет	желтый
прозрачность	полная
реакция	кислая
Удельная плотность	1018
белок	2,5 г/л

Параметр	Значение
уробилин	отсутствует
лейкоциты	5-7 в поле зрения
эритроциты	50-70 в поле зрения
цилиндры	эритроцитарные
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	отсутствуют

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин	130,0 - 160,0	100,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	41,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	3,80
Эритроциты	4,00 - 5,70	5,37
Тромбоциты	150,0 - 320,0	140,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	93,2
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	31,2
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	320
Инд.распр.эр-тovкоэф.вар.	11,50 - 14,50	12,30
Средний объем тромбоцита	7,40 - 10,40	7,50
Тромбоцитокрит	0,150 - 0,400	
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	50

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	60 - 80	70
Альбумин	35 - 50	40
Альбумины – от общего количества фракций	40-60 %	43
$\alpha_1$ -глобулины	2-5 %	6

Наименование	Нормы	Значение
α2-глобулины	7-13 %	15
β-глобулины	8-15 %	11
γ-глобулины	12-22 %	25
Мочевина	2,5 - 6,4	6,0
Креатинин	53 - 115	140
Холестерин общий	1,4 - 5,7	4,0
Триглицериды	0,20 - 1,70	0,8
Билирубин общий	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	15,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	160,2
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,0

#### Иммунологическое исследование

Антитела	Норма (титры, ед)	Значение
Антиядерные АТ –АНФ	1:40 - 1:80	1:1280
АТ к двухспиральной ДНК 0-20 МЕ/мл		49,12

#### Проба Зимнимцкого

Порция мочи Время Кол-во Мочи (мл) Удельный вес

1	9.00	100	1028	
2	12.00	150	1020	
3	15.00	200	1016	
4	18.00	250	1020	ДД 700 мл
5	21.00	150	1018	
6	24.00	100	1018	
7	3.00	70	1020	
8	6.00	180	1030	НД 500 мл СД 1200 мл

#### Трехстаканная проба

Лейкоциты Эритроциты

1 проба 1-2	0-1
2 проба 1-2	0-1
3 проба 1-2	0-1

#### Посев крови на флору и чувствительность к антибиотикам

Показатель	Результат	Референсные значения
Выделенные микроорганизмы	Роста не обнаружено	Роста не обнаружено

Показатель	Результат	Референсные значения
Чувствительность к АБ:		
+ Ванкомицин		
Гентамицин		
Клиндамицин		S – чувствителен
Оксациллин	Определение чувствительности антибиотикам проводится при выявлении	R – резистентный
Рафампицин	роста микроорганизмов	I – умеренно чувствительный
Фузидиевая кислота		
Ампицилин		
Нитрофурантоин		
Норфлоксацин		

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ почек

Контуры почек ровные, четкие, размеры 110x50 мм, толщина паренхимы 21 мм, нормальной эхогенности, однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. ЧЛС не расширена.

##### Цистоскопия

Слизистая оболочка мочевого пузыря бледно розового цвета, гладкая, с нежной сетью сосудов. Устья мочеточника симметричны, форма их щелевидная, выбрасывается прозрачная моча. Патологических изменений не обнаружено.

Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является

- нефротический
- хронической почечной недостаточности
- канальцевых дисфункций
- остронаефритический

Наиболее вероятным диагнозом является

- Системная красная волчанка (СКВ) подострого течения с поражением почек (волчаночный нефрит), системы крови, суставов, кожи, лимфаденопатией, лихорадкой
- Хронический пиелонефрит в стадии обострения с нарушением функции почек
- Ревматоидный артрит, серонегативный, осложненный АА-амилоидозом, с поражением почек (нефротический синдром, начальные признаки нарушения функции почек)
- Хронический гломерулонефрит нефротического типа

Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с

- хроническим гломерулонефритом
- диабетической нефропатией
- острым пиелонефритом
- амилоидозом почек

Показаниями к экстренной госпитализации больных СКВ с поражением почек являются

- нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, системная активность
- следовая протеинурия, эритроцитурия 3-4 в п/зр, снижение удельного веса мочи
- умеренные отеки, эритроцитурия до 8 в п/зр, минимальная протеинурия, сохранившаяся функция почек

-минимальный мочевой синдром, умеренная артериальная гипертония, сохранившаяся функция почек, отсутствие признаков сердечной недостаточности, поражения крови

Тактика ведения данной больной подразумевает

- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- ведение пациентки в дневном стационаре
- госпитализацию в нефрологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение

Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются

- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка
- соблюдение общего режима, расширенная физическая нагрузка
- соблюдение режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)
- соблюдение общего режима без ограничения физической нагрузки, диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки), поваренной соли

Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение

- гидроксихлорохина
- антагонистов кальциевых каналов
- антибиотиков
- статинов

Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются

- контролируемая артериальная гипертензия, следовая протеинурия
- персистирующая микрогематурия, сохранившаяся функция почек
- волчаночный нефрит I-II классов
- волчаночный нефрит III-V классов

Более благоприятный прогноз имеют обострения волчаночного нефрита (ВН), протекающие с

- быстропрогрессирующими почечной недостаточностью и высокой иммунологической активностью СКВ
- остронефритическим синдромом и злокачественной АГ
- остронефритическим синдромом в сочетании с нефротическим
- нарастанием протеинурии без нарушения функции почек

Инициальная терапия волчаночного нефрита имеет цель

- ослабить тяжело переносимые и потенциально опасные проявления болезни
- стабилизировать течение болезни, замедлить темп развития фиброза путем воздействия на общие механизмы прогрессирования
- закрепить ремиссию и предупредить развитие обострений нефрита
- остановить развитие повреждения в почках, восстановить функцию почек и индуцировать ремиссию

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №35

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

Жалобы

На слабость, повышение температуры до 37, 4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрин и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.

#### Анамнез заболевания

Заболел остро с повышения температуры до 37,5°C, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°C сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.

В последующие дни появились рвота после еды и послабление стула до 3 раз в сутки, ощущение «тяжести» в эпигастрин и правом подреберье, пропал аппетит.

На 5-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

#### Анамнез жизни

Журналист

Проживает в отдельной квартире с семьей.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, вирусный гепатит А.

Вредные привычки: отрицает.

Парентеральный анамнез не отягощен.

Последняя командировка была в Таджикистан за 16 дней до начала заболевания.

#### Объективный статус

Температура тела 37,8°C.

Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.

Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.

Моча темная, стул ахоличен.

АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	69
Альбумин	32 - 50 г/л	36
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	1870
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	1998
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	130
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	39
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	189
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	98
Глюкоза	3,88 – 5,83 мммоль/л	5,0
Мочевина	2,5 – 8,5 мммоль/л	5,2
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	98

Наименование	Нормы	Результат
Амилаза	28-100 Ед/л	68

Иммуноферментный анализ крови

Показатели Результат

HBs-Ag Отрицательный

AntiHBcor IgM Отрицательный

Anti-HAV Ig M Отрицательный

Anti-HCV Отрицательный

Anti-HEV Ig M Положительный

Протромбиновый индекс

76%

Определение церулоплазмина сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,45 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Бактериологический посев кала

Патогенных энтеробактерий не выделено

ДНК-диагностика уридинfosфатглюокуронилтрансферазы

Выявлен генотип : UGT1A1 (ТА)6/(ТА)6 (норма)

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 131 мм, левой доли до 72 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, экогенность повышенна. Очаговые изменения не выявлены. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54\*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 130\*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, экогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Заключение: Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Сцинтиграфия печени

Заключение: Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Какой основной диагноз?

-ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

-Синдром Жильбера

-Острый вирусный гепатит С, желтушная форма, средней степени тяжести

-Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней степени тяжести

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

-геморрагического синдрома

-пальмарной эритемы

- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи
- «сосудистых звездочек» на коже

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита Е является

- снижение уровня содержания общего белка в крови
- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови
- повышение активности транасамина
- снижение уровня содержания протромбина в крови

Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

- гиповолемический шок
- острая печеночная энцефалопатия
- инфекционно-токсический шок
- перфорация стенки кишечника

Высокая летальность при остром ВГ Е регистрируется у

- пациентов с синдромом Жильбера
- женщин на ранних сроках беременности
- мужчин в возрасте до 25 лет
- беременных женщин в III триместре

Базисной терапией вирусного гепатита Е является

- антибактериальная
- дезинтоксикационная
- иммуномодулирующая
- противовирусная

Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- рибавирина
- эссенциальных фосфолипидов
- лактулозы
- ванкомицина

При лечении вирусного гепатита Е с холестатическим синдромом используют

- эссенциальные фосфолипиды
- орнитин
- рибавирин
- урсодезоксихолевую кислоту

Лечение больных с тяжелым течением вирусного гепатита Е должно включать

- гипоаммониемические препараты
- антикоагулянты прямого действия
- пегилированные интерфероны
- противовирусные препараты

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е назначают

- курсовый прием противовирусных препаратов
- иммуномодуляторы
- пролонгированные интерфероны
- соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №36

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

### Жалобы

На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону. На боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе

### Анамнез заболевания

Считал себя здоровым, занимался любительски спортом (бег, велоспорт, лыжи). Работая инженером на заводе, регулярно проходил проф. осмотры, во время которых неоднократно регистрировалось повышение АД до 170/110 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, не обследовался, лечения не получал. Полгода назад без предшествующей стенокардии на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно, консервативно. Через 2 месяца после инфаркта на фоне получаемой терапии (аспирином 100 мг, метопрололом 200 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, розувостатином 10 мг/сут) при выполнении бытовых нагрузок появились приступы давящих загрудинных болей, купировавшихся нитроглицерином в течение 3-5 мин. С течением времени толерантность к физическим нагрузкам снижалась, возрастала потребность в нитроглицерине. Больной жил на даче, не имея возможности обратиться за медицинской помощью, самостоятельно начал принимать изосорбидадинитрат 25 мг/сут. Несмотря на это, в течение последних 6 недель приступы болей в грудной клетки возникают ежедневно, из-за чего неоднократно в течение суток пользуется нитроглицерином.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет.

Наследственность: сведений нет

Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

### Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз, отеков нет. Рост 162 см, вес 85 кг. ИМТ 32,3 кг/м<sup>2</sup>. Тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Липоидная дуга роговицы, на коже век – ксантелазмы. При аусcultации легких - дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. Перкуторно левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, правая на 1 см латеральнее правого края грудины. Аускультативно тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. АД 150/100 ммрт.ст., ЧСС 100 в мин. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	152
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,8

Наименование	Нормы	Результат
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,4
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	62
Лимфоциты	17,0 - 48,0	31
Моноциты	2,0 - 10,0	6
Эозинофилы	0,0 - 6,0	1
Базофилы	0,0 - 1,0	0
Тромбоциты	150,0 - 320,0	240
СОЭ по Панченкову	2 - 20	9

Биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или T, КФК и ее МВ-фракция)

Показатель	Результат	Норма
Белок общий	77	63-87 г/л
Креатинин	92	44-115 мкмоль/л
Мочевина	8,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	216	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	6,8	3,3-5, 8 ммоль/л
ЛПНП	3,4	<3 ммоль/л, < 2,5 ммоль/л у больных ИБС
ЛПВП	0,8	>1,2 ммоль/л
Глюкоза	4,5	3,5-6,2 ммоль /л
Билирубин общий	14	8,49-20,58 мкмоль/л
Билирубин прямой	4	2,2-5,1 мкмоль/л
Триглицериды	2,3	менее 1,7 ммоль/л
АСТ	28	до 42 Ед/л
АЛТ	32	до 38 Ед/л
Калий	4,3	3,35-5,35 ммоль/л
Натрий	141	130-155 ммоль/л
Тропонин Т	0,01	До 0,03 нг/мл
КФК	100	до 180 Ед/л
МВ-КФК	17	10-25 Ед/л

В динамике – без существенных отклонений от первоначальных значений

Определение уровня кортизола плазмы  
250 нмоль/л (норма 138-690 нмоль/л)

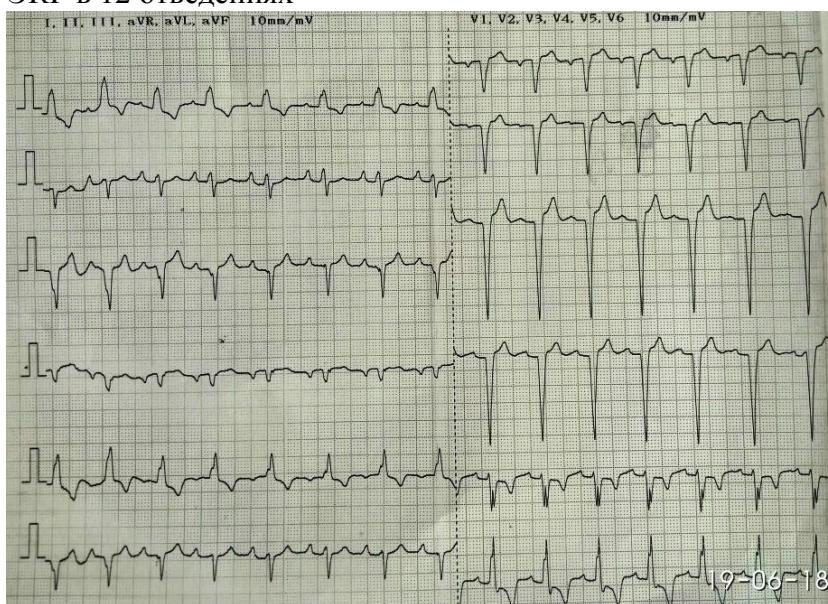
Общий анализ мокроты

Показатель	Результат
Характер	Слизистая
Цвет	Прозрачная
Эозинофилы	Отсутствуют
Спирали Куршмана	Отсутствуют
Кристаллы Шарко-Лейдена	Отсутствуют

Лейкоциты	Единичные в препарате
Атипичные клетки	Не обнаружены
Микобактерии туберкулеза	Не обнаружены

### Результаты инструментальных методов обследования

#### ЭКГ в 12 отведениях



#### Эхо-КГ

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 12 мм. Зоны акинезии передне-перегородочных и боковых сегментов левого желудочка. ФВ ЛЖ 51%.

#### Спирометрия

ЖЕЛ - 4,2 л (88%), ОФВ1 - 4,4 л/с (91%). ЖЕЛ в норме, показатели проходимости бронхиальных путей в норме. Признаков обструкции дыхательных путей не выявлено ЭГДС

Пищевод проходим. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки бледно-розовая, складки хорошо расправляются воздухом. В желудке умеренное количество слизи. Перистальтика умеренная. Привратник не изменен. В 12-перстной кишке незначительное количество желчи. Область большого дуоденального сосочка не изменена. Постбульбарные отделы – без особенностей.

#### Какой предполагаемый основной диагноз?

-Распространенный остеохондроз позвоночника, первичный, медленно прогрессирующий с вторичным корешковым синдромом. Хроническая ядорсопатия, хроническая торакалгия, умеренные болевые ощущения. Часто рецидивирующее течение. Спондилоартроз шейного и грудного отделов.

-ИБС: повторный инфаркт миокарда предне-распространенной локализации. Хроническая постинфарктная аневризма сердца. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, высокого риска.

-Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с пищеводными и непищеводными проявлениями. Эрозивный рефлюксный эзофагит. Недостаточность кардии Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический гастродуоденит, обострение. Осложнение: Пищевод Барретта 1 ст

-ИБС: стенокардия IV ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, очень высокого риска ССО

Изменения на ЭКГ, выявленные у данного больного  
-полная блокада правой ножки пучка Гиса  
-атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха  
-фибрилляция предсердий, нормосистолический вариант  
-полная блокада левой ножки пучка Гиса

Основными целями медикаментозной терапии у данного больного являются  
-Профилактика желудочковых нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти  
-Достижение идеального веса больного, устранение абдоминального ожирения, коррекция дислипидемии  
-полное излечение пациента за счет достижения регресса коронарного атеросклероза и устранения эпизодов ишемии миокарда  
-устранение симптомов и профилактика сердечно-сосудистых событий

Тактика лечения данного больного должна включать  
-соблюдение больным постельного режима для профилактики возникновения приступов стенокардии  
-замену аспирина на клопидогрел  
-реваскуляризацию  
-увеличение дозы нитратов до максимально переносимых

В рационе больного следует ограничить  
-клетчатку из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей  
-насыщенные жирные кислоты  
-потребление соли до 2 г/сути жидкости до 1200-1500 мл  
-полиненасыщенные жирные кислоты, в том числе из природных источников

Для коррекции дислипидемии данному больному целесообразно назначение  
-небольших доз алкоголя (до 1 дринка/сутки)  
-препаратов полиненасыщенных жирных кислот  
-статинов  
-холестирамина и фибраторов

Противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного может быть  
-фибрилляция предсердий  
-полная блокада левой ножки пучка Гиса  
-облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей  
-артериальная гипертензия

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии больного ИБС являются  
-короткодействующие нитраты  
-неселективные бета-адреноблокаторы  
-пролонгированные нитраты в трансдермальной форме  
-препараты метаболического действия (триметазидин)

Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются  
-абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперурикемия  
-малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем

-курение, абдоминальное ожирение, сахарный диабет 2 типа  
-мужской пол, возраст

При невозможности назначения бета-адреноблокаторов (в связи с наличием противопоказаний) препаратами выбора для профилактики приступов стенокардии у данного больного могут быть

- сальбутамол или фенотерол
- эналаприл или лизиноприл
- верапамил или дилтиазем
- аспирин или клопидогрел

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №37

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет

### Жалобы

на непродуктивный кашель, повышенную утомляемость, общую слабость, потерю аппетита, повышение температуры 37,0° С, ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удущливым кашлем.

### Анамнез заболевания

перенесла ОРВИ, около 2-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°С, беспокоили насморк, головная боль.

После чего появился непродуктивный кашель.

Ранее к врачу не обращалась лечилась народными средствами.

Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. На этом фоне сохраняются субфебрильная температура тела 37,0° слабость.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает учителем физики в школе.

Перенесённые заболевания: Сезонный аллергический ринит интерmitирующий, лёгкой степени тяжести. Принимает во время сезона цветения Назоваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения.

Беременности – 2, родов -2.

Наследственность: у отца –Бронхиальная астма с детства

Аллергоанамнез: аллергическая реакция на цветение в конце апреля до середины мая.

Вредные привычки: нет.

Профессиональных вредностей не имеет.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,75 м, вес 65 кг, , т тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аусcultации – дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края

рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	9,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	8	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	5	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	27	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	9	м. 2-10 ж. 2-15

##### Определение общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови

##### Показатель Результат Нормы

Общий IgE	120	м. ≤100 ж. ≤100
-----------	-----	--------------------

##### Бактериологическое исследование крови на стерильность

##### Показатель Результат Референсные значения

Выделенные микроорганизмы Роста не обнаружено Роста не обнаружено

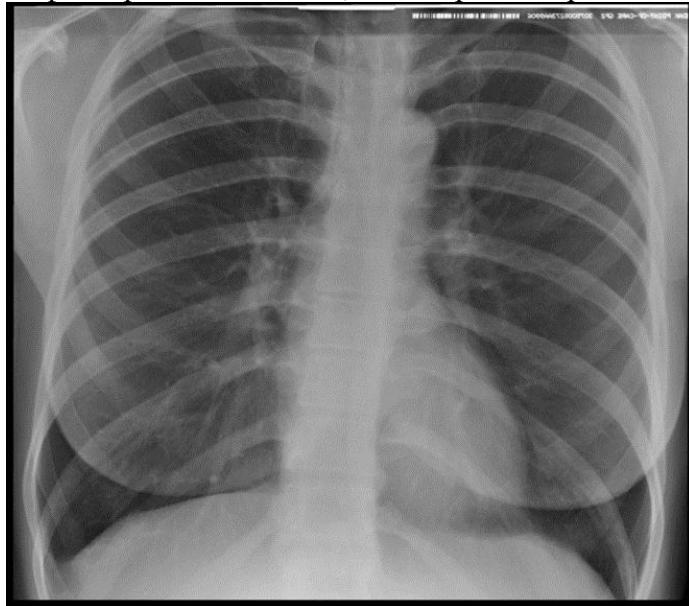
##### Коагулограмма

Показатель	Результат	Единицы	Референсные значения
АЧТВ	28,6	сек	25,4 - 36,9
Тромбиновое время (TB)	12,5	сек	10,3 - 16,6
Протромбин (по Квику)	98	%	78 - 142
Фибриноген	3,35	г/л	2,00 - 4,00

## Результаты инструментальных методов обследования

### Рентгенография грудной клетки

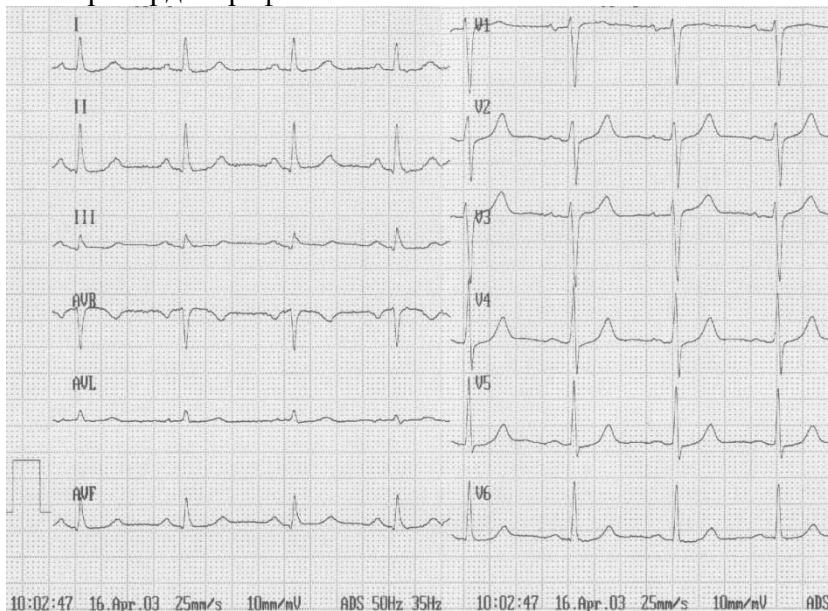
Описание рентгенограммы: Корни структуры, легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных полей, тень сердца в пределах нормы. Патологии не выявлено.



### Функция внешнего дыхания

ЖЕЛ - 76%, ОФВ1 - 72%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 74%, МОС 75 - 65%,  
после ингаляции вентолина: ЖЕЛ - 78%, ОФВ1 - 88%, МОС 25 - 79%, МОС 50 - 80%, МОС 75 - 76%.

### Электрокардиография



Какой диагноз можно поставить данной больной?

- Туберкулез легких
- Отек лёгких
- Бронхиальная астма персистирующая средней тяжести, смешанная форма

-Бронхоальвеолярно-клеточная карцинома

К сопутствующей патологии у пациентки относится

- круглогодичный аллергический ринит интермиттирующий, легкой степени тяжести, Аллергия на кошку
- сезонный аллергический ринит интермиттирующий, лёгкой степени тяжести
- круглогодичный аллергический ринит персистирующий, тяжелой степени тяжести, Аллергия на кошку
- сезонный аллергический ринит персистирующий, тяжелой степени тяжести

Для лечения бронхиальной астмы применяют

- антигистаминные препараты первого поколения+ препараты кромоглициевой кислоты+ седативные препараты
- антибиотикотерапия+ антигистаминные препараты первого поколения + β2-агонист короткого действия
- ингаляционные глюокортикоиды + β2-агонист длительного действия и/или антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- препараты кромоглициевой кислоты + антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Для терапии персистирующей бронхиальной астмы среднетяжелого течения ингаляционные глюокортикоиды показаны в \_\_\_\_\_ дозах

- высоких и средних
- высоких
- низких и средних
- низких

Для конца апреля- середины мая характерно цветение таких растений, как

- тимофеевка, ежа, амброзия
- полынь, лебеда, амброзия
- берёза, ольха, лещина, клён
- одуванчик

Перекрёстную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с

- свёклой, шпинатом
- пищевыми злаками, медом
- яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней
- маслом подсолнечника, подсолнечным семенем, халвой

Доза ингаляционных глюокортикоидов для лечения бронхиальной астмы подбирается с учётом

- патогенетического варианта
- степени тяжести
- возраста и пола пациента
- длительности течения заболевания

При назначении β2-адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, необходимо предупредить больного о возможности передозировки препарата с

- появлением тошноты, снижением аппетита
- повышением АД
- брadiкардией, угнетенным состоянием, наджелудчковой экстрасистолией
- тахикардией (ЧСС до 200 уд./мин), трепетанием желудочек

Больной для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать

- суточные колебания частоты дыхательных движений
- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения  $\beta_2$ -адреномиметика

Факторами, провоцирующими проявление сезонной бронхиальной астмы, сезонного аллергического ринита являются

- проживание в сельской местности, употребление в пищу глютена, употребление продуктов вызывающих перекрестную реактивность
- наличие заболеваний пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы
- контакт с химическими веществами: стиральные порошки, моющие средства, употребление продуктов вызывающих перекрестную реактивность
- ХОБЛ, наличие заболеваний пищеварительного тракта

### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №38

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 32 лет.

#### Жалобы

На частые (2-3 раза в неделю) эпизоды схваткообразных болей в подвздошных областях, возникающих после еды, сопровождающихся выраженным метеоризмом и уменьшающихся после дефекации, рецидивирующее учащение стула разжиженной консистенции до 3-4 раз в сутки в дневные часы, сопровождающееся чувством неполного опорожнения кишечника, тошноту, изжогу после еды, головную боль, ощущение внутренней дрожи, неполного вдоха, бессонницу.

#### Анамнез заболевания

Данные симптомы стали беспокоить около 2 лет назад после длительного тяжёлого психоэмоционального стресса.

К врачу не обращалась, для уменьшения болей принимает спазмолитики с кратковременным эффектом. Связь диареи с характером пищи отсутствует.

Отмечает нарастание интенсивности симптомов в период менструации.

Снижения аппетита и веса не отмечает.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Профессия: преподаватель вуза.

Перенесённые заболевания: ОРВИ.

Беременности – 3, роды – 2.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 20 лет (5 сигарет в день).

Часто употребляет шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

#### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенической конституции, рост – 1,60 м, масса тела – 80 кг, индекс массы тела – 31,2 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации –

везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, незначительная разлитая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации, преимущественно в подвздошных областях, больше слева. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При опросе определяется значительно сниженный фон настроения, склонность к ипохондрии.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,4	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	124	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	43	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	86	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,8	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	15	м. 2-10 ж. 2-15

##### Биохимический анализ крови

Показатель	Значение	Норма	Единицы измерения
Общий белок	67	65-85	г/л
Альбумин	38	35-50	г/л
Креатинин	54	44-125	мкмоль/л
Общий билирубин	15	5-21	мкмоль/л
Холестерин общий	3,6	3,1-5,2	ммоль/л
Щелочная фосфатаза	86	53-128	Ед/л
Аланинаминотрансфераза	36	10-40	Ед/л

Показатель	Значение	Норма	Единицы измерения
Аспартатаминотрансфераза	34	15-40	Ед/л
α-амилаза	69	28-100	Ед/л
Калий	4,2	3,4-5,3	ммоль/л
Глюкоза	5,0	4,0-6,1	ммоль/л
СРБ	1,5	0-5	мг/л

Копрограмма, кал на скрытую кровь

Кал на скрытую кровь

Реакция кала на скрытую кровь отрицательная

Копрограмма

Показатель	Результат	Норма
Количество	180 г/сутки	100-250 г/сутки
Консистенция	разжиженный	оформленный
Форма	полуоформленный	цилиндрическая
Запах	слабый каловый	нерезкий
Цвет	коричневый	коричневый
Реакция	нейтральная	нейтральная/ слабощелочная (pH 6,5-7,5)
Кровь	нет	нет
Слизь	нет	нет
Остатки непереваренной пищи	нет	нет
Реакция на кровь	отрицательная	отрицательная
Реакция на стеркобилин	положительная	положительная
Реакция на билирубин	отрицательная	отрицательная
Микроскопическое исследование		
мышечные волокна исчерченностью/неисчерч.	с нет/единичн.	единичные/в количестве
Соединительная ткань	нет	немногом
Жир нейтральный	нет	нет
Жирные кислоты	нет	нет
Растительная клетчатка	единичн.	в небольшом количестве
Крахмал внутриклеточный	нет	нет
Слизь	нет	нет
Эпителий: цилиндр./плоский	нет	в небольшом количестве
Лейкоциты	нет	единичные
Эритроциты	нет	нет
Яйца глист	нет	нет

Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель Результат Норма

Лейкоциты в 1 мл 1500 ж. 0-4000  
м. 0-2000

Эритроциты в 1 мл 300 0-1000

Показатель	Результат	Норма
Цилиндры в 1 мл	5	0-20

Бактериологическое исследование крови на стерильность  
Роста микроорганизмов не обнаружено

#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Норма
АЧТВ, сек.	28	24-39
Протромбиновый индекс	0,87	0,7-1,1
Фибриноген, г/л	3,2	2,0-4,0
Тромбиновое время, сек.	15	14-18
МНО	1,07	0,9-1,2

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N). Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются, холедох не расширен. Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений органов брюшной полости не выявлено.

##### Эзофагогастродуоденоскопия

Аппарат свободно введен в пищевод. Просвет пищевода не изменен, содержимого нет. Стенки пищевода эластичны. Перистальтика сохранена во всех отделах. Слизистая оболочка его розовая на всем протяжении. Нижний пищеводный сфинктер смыкается полностью.

В просвете желудка незначительное количество слизи. Перистальтика равномерная. Кардиальный отдел желудка: слизистая оболочка розовая, кардия смыкается полностью. Складки по большой кривизне желудка и в теле желудка не изменены. Слизистая оболочка их розовая, гладкая. Угол желудка дифференцируется, слизистая оболочка розовая, гладкая. В антравальном отделе слизистая в норме. Привратник сомкнут, проходим аппаратом.

Луковица двенадцатиперстной кишки округлая, в просвете ее содержимого нет. Слизистая оболочка в луковице розовая, рельеф в норме. Слизистая оболочка в постбульбарных отделах двенадцатиперстной кишки розовая, бархатистая. Зона большого дуоденального соска не изменена.

##### Колоноскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Видеоколоноскоп проведен в купол слепой кишки. Баугиниева заслонка губовидной формы, обращена в слепую кишку. Тонус толстой кишки сохранен, минимально повышен. Перистальтика прослеживается в полном объеме. Просвет кишки на всем протяжении широкий, стенки эластичные,

слизистая оболочка бледно-розовая, блестящая, складки и гаустры образуют типичный просвет. Капиллярный рисунок слизистой оболочки соответствует отделам кишки. Сигмовидная кишка без особенностей. При осмотре из прямой кишки зоны зубчатой линии и нижнеампулярного отдела слизистая оболочка визуально не изменена

#### Рентгенография органов грудной клетки

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не усилен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень органов средостения в пределах возрастных норм.

Заключение: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

#### Ультразвуковое исследование почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обоих почек ровные, четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедуллярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обоих почек не изменена. Чашечно-лоханочная система в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы не увеличены.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Синдром раздраженного кишечника с диареей
- Синдром раздраженного кишечника, смешанный тип
- Синдром раздраженного кишечника с запором
- Синдром раздраженного кишечника, неклассифицируемый вариант

В данной клинической ситуации сопутствующей патологией является

- Ожирение III степени
- Избыточная масса тела
- Ожирение I степени
- Ожирение II степени

Для оценки консистенции кала используют Бристольскую шкалу кала, включающую \_\_\_\_\_ типов

- 7
- 4
- 5
- 6

В данном клиническом случае целесообразно исключить

- целиакию
- муковисцидоз
- демпинг-синдром
- трихинеллез

Для купирования боли в данной ситуации рекомендован приём

- ингибиторов протонной помпы
- спазмолитиков
- нестероидных противовоспалительных средств

-антацидов

Для купирования диареи в данной ситуации рекомендован приём  
-хлорамфеникола  
-метронидазола  
-фуразолидона  
-лоперамида

Для коррекции эмоциональных нарушений пациентке целесообразно назначить  
-антидепрессанты  
-седативные средства  
-ноотропы  
-анксиолитики

Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют \_\_\_\_ дней  
-18-20  
-30-35  
-24-28  
-3-5

Пациентка относится к \_ группе состояния здоровья  
-IIIa  
-IIIb  
-I  
-II

Факторами, отягощающими течение данного заболевания, являются хронический стресс и  
-женский пол  
-длительный анамнез болезни  
-ожирение  
-молодой возраст

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №39

Женщина 45 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, анорексию, снижение массы тела на 2 кг за 6 месяцев, никтурию, полиурию

Анамнез заболевания

С 12 лет выявлялась следовая протеинурия, эритроцитурия, ассоциированная с обострением хронического тонзиллита, диагностирован хронический гломерулонефрит (ХГН) гематурического типа. С 22 лет отмечались эпизоды повышения артериального давления (АД), с 28 лет - стойкая артериальная гипертония (АГ) с повышением АД до 150/90 мм рт. ст. Принимала ингибитор АПФ эналаприл 5 мг в сутки. В 27 летнем возрасте беременность, в 3- триместре - усиление протеинурии, АГ, функция почек сохранна. На сроке 29 недель выполнено родоразрешение путем кесаревого сечения без осложнений. В последующем сохранялась протеинурия до 1 г/л и эритроцитурия до 10 в поле зрения, АД контролировала приемом эналаприла в дозе 5 мг/сут, уровень креатинина сыворотки не определяла. С 40 летнего возраста появилась никтурия,

полиурия, усилилась АГ, что потребовало дополнительного приема препарата дилтиазем в дозе 90 мг/сут, выявлено умеренное увеличение креатинина сыворотки крови – 140 мкмоль/л. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев – появились слабость, быстрая утомляемость, отеки лица, лодыжек и стоп.

#### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: с 7-летнего возраста хронический тонзиллит, с 12 лет ХГН гематурического типа, в возрасте 22 лет тонзилэктомия.

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

#### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 165 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. ЧСС 80 в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени - у края реберной дуги. Пастозность лица, нижних конечностей (голени и стопы). За сутки выделила около 2,5 л мочи (выпила 2,8 л жидкости).

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	130 мл
цвет	светло желтый
прозрачность	полная
реакция	кислая
Удельная плотность	1004
белок	0,1 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	0-1 в поле зрения
эритроциты	10-15 в поле зрения
цилиндры	отсутствуют
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	отсутствуют

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	60 - 80	66
Альбумин	35 - 50	38
Мочевина	2,5 - 6,4	12
Креатинин	53 - 115	200
Холестерин общий	1,4 - 5,7	6,0
Триглицериды	0,20 - 1,70	2,57

Наименование	Нормы	Значение
Билирубин общий	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	60,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	460
Калий (ммоль/л)	3,5-5,0	5,6
Натрий (ммоль/л)	136-145	140
Кальций (ммоль/л)	2,20-2,50	2,0
Фосфор (ммоль/л)	0,91-1,32	2,0
рСКФ (мл/мин)	26	

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин	130,0 - 160,0	105,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	35,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,60
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	30

#### Трехстаканная проба

Лейкоциты Эритроциты	
1 проба 1-2	0-1
2 проба 1-2	0-1
3 проба 1-2	0-1

#### Нитритный тест

Показатель Результат      Референсные значения

Нитриты    Отрицательно      Тест качественный. Результат выдаётся в терминах «отрицательно» или «положительно».

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам

Показатель	Результат	Референсные значения
Выделенные микроорганизмы	Роста не обнаружено	$< 10^4$ кое/мл
Чувствительность к АБ:		
Ванкомицин		
Гентамицин		
Клиндамицин	Определение чувствительности антибиотикам проводится при выявлении роста $10^4$ и более кое/мл.	$S$ – чувствителен
Оксациллин		$R$ – резистентный
Рафампицин		$I$ – умеренно
Фузидиевая кислота		чувствительный
Ампицилин		
Нитрофурантоин		
Норфлоксацин		

### Результаты скрининговых инструментальных методов обследования

#### УЗИ почек

Контуры почек неровные, волнистые. Правая почка размеры 90x50 мм, толщина паренхимы 11 мм, левая – 91x52 мм, паренхимы 12 мм эхогенность повышенна. Кортико-медуллярная дифференциация слоев отсутствует. ЧЛС не расширена. При ЦДК – кровоток во всех отделах почки резко обеднен

#### Цистоскопия

Слизистая оболочка мочевого пузыря бледно розового цвета, гладкая, с нежной сетью сосудов. Устья мочеточника симметричны, форма их щелевидная, выбрасывается прозрачная моча. Патологических изменений не обнаружено.

Наиболее вероятным диагнозом является

- Хронический гломерулонефрит нефротического типа с нарушением функции почек, хроническая почечная недостаточность
- Хронический гломерулонефрит гематурического типа с нарушением функции почек, хроническая почечная недостаточность
- Хронический пиелонефрит с нарушением функции почек
- Хронический гломерулонефрит гематурического типа с сохранной функцией почек

Ведущими осложнениями хронической почечной недостаточности (ХПН) являются

- артериальная гипертония, гипокалиемия, гипертиреоз
- артериальная гипотензия, гипогликемия, гипоурокемия, гиперурокозурия
- артериальная гипертония, анемия, гиперкалиемия, вторичный гиперпаратиреоз
- артериальная гипотензия, гипокалиемия, гипонатриемия

Дифференциальную диагностику хронической почечной недостаточности (ХПН) необходимо проводить с

- полиорганной недостаточностью
- острой недостаточностью кровообращения
- хронической сердечной недостаточностью
- с острой почечной недостаточностью

Стадия хронической болезни почек (ХБП) у данной больной соответствует  
-ХБП-С3а

- ХБП-С2
- ХБП-С3б
- ХБП-С4

Признаками гиперкалиемии на ЭКГ являются

- плоский или отрицательный зубец Т, снижение сегмента ST ниже изолинии
- повышенный зубец Т, расширение комплекса QRS, удлинение интервала P-R
- высокий остроконечный зубец Р в отведенииах II, III, aVF
- подъем сегмента ST, патологический зубец Q

Показаниями к началу терапии диализом у больных с ХПН являются

- снижение СКФ менее 30 мл/мин, умеренная артериальная гипертония, гиперкалиемия до 5,9 ммоль/л, гипернатриемия
- снижение СКФ менее 20 мл/мин, умеренная артериальная гипертония, гипернатриемия
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л, анурия более 24 часов, угрожающая жизни гипергидратация
- снижение СКФ менее 20 мл/мин, полостные отеки, гиперкалиемия до 5,9 ммоль/л

Общие принципы немедикаментозного лечения пациентки с додиализной стадией ХПН заключаются в

- диете с суточным потреблением белка более 1,0 г/кг веса без ограничения приема поваренной соли и жидкости, продуктов, богатых калием и фосфором
- диете с ограничением в рационе суточной квоты белка, поваренной соли, продуктов, богатых калием, фосфором, адекватном потреблении жидкости
- диете с ограничением белка до 0,8 г/кг/сутки, с ограничением соли до 6 г/сутки, жидкости до 1 л/сутки
- диете с потреблением белка более 1,0 г/кг/сутки без ограничения поваренной соли и жидкости

Для коррекции гиперкалиемии у данной пациентки необходимо

- начать лечение диализом
- начать внутривенное введение глюконата кальция или инсулина, назначить верошпирон
- ограничить прием калия, назначить верошпирон
- ограничить прием продуктов, богатых калием; отменить и-АПФ; назначить фurosемид

Основными препаратами, используемыми для лечения анемии у больных с ХПН являются

- анаболические гормоны
- препараты железа и эритропоэтины
- витамин В<sub>12</sub> и фолиевая кислота
- андрогены

Данной больной проведение функциональной биопсии почки не показано по причине выявления

- тяжелой, некорrigируемой артериальной гипертонии
- тяжелой анемии
- морбидного ожирения
- хронической почечной недостаточности (ХБП С4)

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №40

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового  
Жалобы

На дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту натощак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

#### Анамнез заболевания

Боль в подложечной области преимущественно возникает в осенне-зимнее время.

Обострения со сходной симптоматикой отмечает ежегодно на протяжении 3 лет.

Самостоятельно принимает антацидный препарат или пищевую соду с временным эффектом.

Общая слабость нарастает в последние 6 месяцев.

Головная боль беспокоит в течение месяца, связь с каким-либо провоцирующим фактором назвать затрудняется.

#### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально

Работает служащим в банке

Наличие других хронических заболеваний отрицает

Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в возрасте 73 лет

Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет, алкоголь не употребляет

Аллергологический анамнез не отягощен

Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает

Часто употребляет в пищу копчёности, шоколад, газированные напитки

#### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Астенического телосложения, рост 1,82 м, вес 61 кг, индекс массы тела 18,4 кг/м<sup>2</sup>, тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие; кожа на ладонях шелушится; ногтевые пластинки несколько истончены. Периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, болезненность при пальпации в эпигастральной области, там же локальная перкуторная болезненность. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезенка не пальпируется.

Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	3,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	100	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	39	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,75	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	76	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	3	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	30,1	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	340	180-320

Показатель		Результат	Нормы
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	6,4	4-9	
Лейкоцитарная формула			
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2	1-6	
Нейтрофилы сегментоядерные, %	64	47-72	
Эозинофилы, %	3	1-5	
Базофилы, %		0-1	
Лимфоциты, %	26	19-37	
Моноциты, %	2	2-10	
СОЭ, мм/ч	10	м. 2-10 ж. 2-15	

Определение уровня общего железа сыворотки, ферритина  
Железо — 6 (N 10-28),  
ферритин - 8 (N 20-250)

#### Анализ мокроты

Мокрота слизистая, лейкоциты не обнаружены, эритроциты, атипичные клетки не представлены. Кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана не определяются.

#### Определение ТТГ

ТТГ – 2,7

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭГДС с проведением теста на инфекцию *Helicobacter pylori*

При ЭГДС в луковице 12ПК - множественные эрозии, гиперемия слизистой, линейный язвенный дефект до 1,5 см. Быстрый уреазный тест для диагностики инфекции *H.pylori* положительный

##### КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

Структура печени не изменена, внутрипеченочные желчевыводящие пути не расширены, воротная вена не расширена. Желчный пузырь обычных размеров, стенка не утолщена, содержимое однородное. Общий желчный проток не расширен, конкрементов не содержит. Поджелудочная железа, надпочечники, почки не увеличены, без структурных изменений. Чашечно-лоханочная система и мочеточники не расширены. Деструктивных изменений позвонков не выявлено. Толстая кишка без особенностей.

Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- Гастропатия, ассоциированная с приемом нестероидных противовоспалительных средств
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Хронический панкреатит, обострение
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с инфекцией *H.pylori*, обострение

К неинвазивным методам определения *H.pylori* относится

- микробиологический метод - получение культуры *H.pylori*
- быстрый уреазный тест

-гистологический метод выявления H.pylori

-дыхательный тест

У пациента развилось осложнение в виде анемии

-железодефицитной, легкой степени тяжести

-неясного генеза

-B<sub>12</sub>-дефицитной

-железодефицитной, тяжелой степени тяжести

Лечение основного заболевания включает

-проведение эрадикационной антисептической терапии

-назначение антацидов

-назначение монотерапии прокинетиком

-назначение монотерапии ингибитором протонной помпы

Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с

-блокатором гистаминовых рецепторов 2 типа и амоксициллином

-ингибитором протонной помпы и эритромицином

-ингибитором протонной помпы и висмута субцитратом

-ингибитором протонной помпы и амоксициллином

Контроль эффективности эрадикационной антисептической терапии

-проводится через неделю после завершения приема антибиотиков

-не требуется

-проводится сразу по окончании эрадикационной терапии

-проводится через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии

Основу лечения развивающегося у больного осложнения составляет

-диета с высоким содержанием железа в продуктах питания

-трансфузия эритроцитарной массы

-назначение фолиевой кислоты

-назначение препаратов железа

Самым ранним (на 7-10 день) показателем эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа является

-ретикулоцитарная реакция (повышение содержания ретикулоцитов) на 7-10 день терапии

-существенное повышение уровня железа и ферритина сыворотки

-повышение цветового показателя

-повышение уровня гемоглобина на 10 г/л

Для улучшения всасывания пероральных препаратов железа назначают

-фолиевую кислоту

-аскорбиновую кислоту

-молоко

-ацетилсалициловую кислоту

Осложнением, не характерным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является

-кровотечение

-малигнизация

-пенетрация

-перфорация

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №41

Больная 33 года, воспитатель детского сада, обратилась к врачу-терапевту участковому.

### Жалобы

на кратковременные коликообразные боли в правом подреберье после приема пищи и при эмоциональных перегрузках,  
изредка утреннее ощущение тошноты,  
появление горечи после употребления жирной или жареной пищи,  
периодические эпизоды жидкого стула с примесью желчи.

### Анамнез заболевания

8 лет назад во время беременности появились изжога, боли в правом подреберье после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости была обнаружена аномалия формы желчного пузыря с перегибом в теле, рекомендовано дробное питание с ограничением жиров и прием дротаверина. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином. Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: простудные, нижнедолевая пневмония 3 года назад, поверхностный гастрит.

Наследственность: у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Роды – 1, в течение 6 лет получает гормональные контрацептивы (Ярина, Джесс).

Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда по типу крапивницы.

Вредные привычки отрицают.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела – 26,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с небольшим светлым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, в остальных отделах – безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у женщин
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	4,2	3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	129	115-145
Цветовой показатель	0,89	0,82-1,05
СОЭ, мм/ч	9	2,0-15,0
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	246	180-320

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у женщин
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	6,6	4,0-8,8
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	61	45,0-70,0
Эозинофилы, %	1	0-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	28	18,0-40,0
Моноциты, %	7	2-9

#### Биохимический анализ крови

Показатель крови	Обнаруженное значение	Норматив
Билирубин общий, мкмоль/л	12,6	3,0 - 21,0
Билирубин прямой, мкмоль/л	1,7	0,0 - 3,0
АЛТ, Ед/л	32,0	15,0 - 61,0
АСТ, Ед/л	25,0	15,0 - 37,0

Антитела класса IgM к антигенам лямбий

Антитела класса IgM к антигенам лямбий не обнаружены

#### Копрологическое исследование

Показатель	Обнаруженное значение	Норматив
Консистенция	Плотная	Плотная
Форма	Оформленный	Оформленный
Цвет	Коричневый	Коричневый
Запах	Каловый	Нерезкий каловый
Слизь	+	Отсутствует
Остатки непереваренной пищи	Отсутствуют	Отсутствуют
Реакция на стеркобилин	Положительная	Положительная
Реакция на билирубин	Отрицательная	Отрицательная
Мышечные волокна	Единичные в препарате	Единичные в препарате
Соединительная ткань	Отсутствует	Отсутствует
Жир нейтральный	Отсутствует	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствуют	Отсутствуют
Растительная клетчатка переваренная	+	Единичные в препарате
Зерна крахмала	Отсутствуют	Отсутствуют
Йодофильная flora	Единичные в препарате	Единичные в препарате
Лейкоциты	Отсутствуют	Отсутствуют
Эритроциты	Отсутствуют	Отсутствуют
Яйца гельминтов	Отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибы	+	Отсутствуют

## Результаты инструментальных методов обследования

### УЗИ органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).

Желчный пузырь расположен типично, размеры пузыря: 70×35 мм - в пределах нормы, имеет перегиб в области тела. Стенки его толщиной 2 мм, не уплотнены, содержимое гомогенное. Общий желчный проток не расширен, проходим, визуализируется на протяжении 2 см, диаметр его 4 мм. Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.

Заключение: аномалия формы желчного пузыря.

### Эзофагогастродуоденоскопия

#### Протокол

ЭГДС.

Пищевод свободно проходим, в просвете следы желчи, слизистая без особенностей, стенки эластичны, кардия смыкается неплотно. В просвете желудка неизмененная желчь. Складки желудка хорошо расправляются воздухом, невысокие, гиперемированы по верхушкам. Слизистая без дефектов и новообразований, в антравальном отделе с единичными участками атрофии. Угол желудка острый. Привратник проходим, приоткрыт. Дуоденогастральный рефлюкс. В просвете двенадцатиперстной кишки мутная желчь, явления катарального воспаления. Язвенных дефектов не выявлено. Большой дуоденальный сосочек без особенностей.

Заключение: Недостаточность кардии. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Смешанный гастрит. Катаральный дуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс. Косвенные признаки дисфункции желчевыводящих путей

### Магнитно-резонансная томография брюшной полости

Печень не увеличена. Ее размеры: 122 (вертикальный) × 167 (горизонтальный) мм. Очаговых изменений в паренхиме печени не выявлено. На МР-томограммах и МР-холангограммах внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Диаметр общего желчного протока в пределах 3 мм. Желчный пузырь умеренно деформирован за счет перегиба в области шейки, не увеличен, содержимое его гомогенное. Сосудистый рисунок в системах воротной и печеночных вен не изменен, воротная вена не расширена. Ее диаметр в пределах 10 мм. Интрапеченочный сегмент нижней полой вены не сужен. Поджелудочная железа не увеличена. Ширина железы в области головки - 25 мм, в области тела - 17 мм, в области хвоста - 14 мм. Паренхима железы гомогенная. Дольчатость структуры отчетливо не определяется. Панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена. Ее размеры 126×60×40 мм. Селезеночный индекс 302 (n<420). Структура селезенки гомогенная. Селезеночная вена не расширена. Почки обычной формы и размеров. Размеры левой почки 108×54 мм, размеры правой почки 106×44 мм. Дифференцировка коркового мозгового вещества не нарушена. Очаговых изменений в паренхиме почек не выявлено. Края почек ровные. Полостные системы почек не расширены. Надпочечники обычной формы и размеров. Дополнительных тканевых и жидкостных образований в области надпочечников не выявлено. Брюшная аорта и ее

ветви без видимых патологических изменений. Нижняя полая вена без видимых патологических изменений. Гиперплазии абдоминальных лимфоузлов не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Патологических изменений сигнала от костной структуры визуализированных позвонков не определяется.

Заключение: МР-томографические признаки умеренно выраженных диффузных изменений поджелудочной железы, деформации желчного пузыря.

#### Компьютерная томография брюшной полости

Многосрезовая спиральная компьютерная томография органов брюшной полости (МСКТ) Описание. Проведено четырехфазное МСКТ исследование: нативное и с внутривенным болясным контрастированием: в артериальную, венозную и отсроченную (7') фазы в высокоразрешающем режиме с последующим построением 3D МИР и МПР реформаций. В базальных отделах плевральных полостей свободный выпот не определяется. Видимые костные структуры без деструктивных и травматических изменений. Мягкие ткани брюшной стенки без особенностей. Печень: форма, размеры и положение не изменены. Контуры ее ровные, четкие. Структура паренхимы однородная, плотность не изменена. Внутри и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь с перегибом в области тела, обычных размеров, стенки его не утолщены, контуры его ровные, четкие, содержимое однородное. Кокременты в просвете пузыря не обнаружены. Воротная и селезеночная вены не расширены. Селезенка обычных форм и размеров, контуры ее ровные, четкие, структура и плотность паренхимы не изменены. Поджелудочная железа не увеличена, структура паренхимы однородная, плотность не изменена, контуры четкие. Панкреатический проток без признаков обструкции, не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Брыжеечные сосуды без изменений. Корень брыжейки без особенностей. Надпочечники обычной формы и размеров, однородной структуры. Очаговых образований надпочечников не определяется. Почки расположены обычно, размеры и форма не изменены. Паранефральная клетчатка не изменена. Видимые отделы мочеточников не расширены, заполнены контрастным веществом в отсроченной фазе сканирования. Конкрементов в мочевых путях не выявлено. Свободная жидкость не определяется. Область входа в малый таз представлена обычно, с нормальной конфигурацией крыльев подвздошных костей и подвздошно-поясничных мышц. Мочевой пузырь адекватно заполнен, имеет чёткие контуры и нормальную толщину стенок. Устья мочеточников без особенностей. Матка в обычном положении, с чёткими контурами и неизменёнными границами. Её изображение имеет нормальную конфигурацию и развитие соответствует возрасту. Миометрий однородной структуры и плотности. Полость матки чётко прослеживается. Придатки матки не изменены.

Заключение: объемных, очаговых изменений органов брюшной полости не выявлено.

Скрининговым инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является

- манометрия сфинктера Одди
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований?

- Хронический некалькулезный холецистит
- Дисфункция желчевыводящих путей по гипокинетическому типу
- Доброкачественная гипербилирубинемия
- Дисфункция желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу

Немодифицируемым фактором риска дисфункции желчевыводящих путей у больной является

- избыточная масса тела
- аномалия формы желчного пузыря
- прием гормональных контрацептивов
- гипокинезия

Оптимальным скрининговым инструментальным методом контроля состояния билиарного тракта является

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- обзорная рентгенограмма брюшной полости

О функциональном характере патологии желчевыводящих путей можно судить по

- утолщению стенок желчного пузыря
- отсутствию воспалительных изменений в анализе крови
- наличию пальпаторного симптома Курвуазье
- увеличению содержания С-реактивного белка

Пациентам с дисфункцией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают

- магнезиальные минеральные воды
- желчегонные препараты
- миогенные спазмолитики
- нестероидные противовоспалительные препараты

При усилении диспептических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы

- гидрохолеретиков
- холеспазмолитиков
- истинных холеретиков
- холекинетиков

Дифференцировать дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с

- хроническим холециститом
- хроническим гастродуоденитом
- опухолями желчевыводящей системы
- хроническим панкреатитом

Основным принципом диетотерапии при дисфункции желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу является

- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами

Принципы профилактики дисфункции желчевыводящих путей основаны на

- сбалансированном регулярном питании
- коррекции психоэмоциональных нарушений
- ограничении напряжения мышц передней брюшной стенки
- обеспечении полноценного ночного сна

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №42

Больной 36 лет, инженер, обратился в поликлинику

### Жалобы

На отеки голеней и стоп, нарастающие к вечеру, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пенящаяся).

### Анамнез заболевания

4 месяца назад после перенесенной инфекции ОРВИ стал отмечать периодическое появление отеков на стопах. Учитывая самостоятельный регресс отеков, пациент за медицинской помощью не обращался. В течение последних двух недель отеки стоп и голеней стали носить постоянный характер, заметил, что моча пенится. Обратился к участковому терапевту.

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ. В течение 5 лет – избыточная масса тела

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

АД – 120-130/80 мм.рт.ст.

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 95 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Периферические л.у. не пальпируются. Отеки голеней, стоп. При надавливании легко образуется ямка. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделяет около 700-800 мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	150мл
цвет	желтый
прозрачность	полная
реакция	кислая
Удельная плотность	1021
белок	5,2 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	1-2 в поле зрения
эритроциты	10-15 в поле зрения
цилиндры	гиалиновые, эритроцитарные
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	отсутствуют

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 - 82	50,8
Альбумин	32 - 48	28
Мочевина	2,5 - 6,4	5,0
Креатинин	53 - 115	85
Холестерин общий	1,4 - 5,7	9,6
Триглицериды	0,20 - 1,70	1,93
Билирубин общий	3,0 - 17,0	7,2
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	1,2
АЛТ	15,0 - 61,0	22,0
АСТ	15,0 - 37,0	12,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	64,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	420,0
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,2
рСКФ (CKD-EPI)	95 мл/мин	

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин	130,0 - 160,0	140
Гематокрит	35,0 - 47,0	41,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,5
Эритроциты	4,00 - 5,70	5,37
Тромбоциты	150,0 - 320,0	210,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	93,2
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	31,2
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	320
Инд.распр.эр-тovкоэф.вар.	11,50 - 14,50	12,30
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	35

Трехстаканная проба

### Лейкоциты Эритроциты

1 проба 1-2	0-1
2 проба 1-2	0-1
3 проба 1-2	0-1

### Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам

Показатель	Результат	Референсные значения
------------	-----------	----------------------

Выделенные микроорганизмы	Роста не обнаружено	$< 10^4$ кое/мл
---------------------------	---------------------	-----------------

#### Чувствительность к АБ:

Ванкомицин

Гентамицин

Клиндамицин

Оксациллин

Рафамицин

Фузидиевая кислота

Определение чувствительности антибиотикам проводится при выявлении роста  $10^4$  и более кое/мл.

S – чувствителен  
R – резистентный  
I – умеренно чувствительный

Ампицилин

Нитрофурантоин

Норфлоксацин

### Уровень СРБ крови

Показатель Норма

СРБ 0,5 0-5 мг/л

### Результаты инструментальных методов обследования

#### УЗИ почек

Почки обычно расположены, контуры ровные, нормальных размеров: левая  $124 \times 57 \times 52$  мм, толщина паренхимы 18-19 мм, правая  $118 \times 65 \times 50$  мм, толщина паренхимы 19 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена. ЧЛС не расширена. Подвижность почек при дыхании обычная. При ЦДК кровоток не изменен, прослеживается до периферических отделов. Область надпочечников не изменена.

#### Допплерография сосудов почек

Магистральные почечные сосуды визуализируются отчетливо, типично. Артериальный кровоток прослеживается на всем протяжении почечной паренхимы, от почечного синуса до кортикального слоя включительно. Зоны а-, гипо-, и гиперваскуляризации не определяются. Скоростные показатели артериального кровотока на уровне магистральных почечных артерий и на экстравенальных сосудах – в пределах возрастной нормы. Показатели периферического кровотока – в пределах возрастной нормы.

Ведущим нефрологическим синдромом у данного пациента является

- канальцевых дисфункций
- острой почечной недостаточности
- мочевой
- нефротический

Наиболее вероятным диагнозом является

- Тубулоинтерстициальный нефрит
- Хронический пиелонефрит
- Диабетическая нефропатия
- Хронический гломерулонефрит

Дифференциальную диагностику хронического гломерулонефрита (ХГН) с нефротическим синдромом и гематурией следует проводить с

- острым постстрептококковым гломерулонефритом, вторичным ХГН в рамках системной патологии
- сахарным диабетом первого типа с поражением почек (диабетическая нефропатия, нарушение функции почек)
- тубулоинтерстициальным нефритом
- хроническим пиелонефритом

Показаниями к госпитализации при хроническом гломерулонефrite являются

- умеренно выраженные отеки, незначительная протеинурия, минимальные лейкоцитурия и эритроцитурия, умеренное нарушение функции почек
- умеренные отеки, мочевой синдром, умеренная артериальная гипертония, сохранная функция почек
- контролируемая артериальная гипертензия, изолированная умеренная эритроцитурия, сохранная функция почек
- нефротический синдром, нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром

Тактика ведения данного пациента включает

- ведение в амбулаторных условиях
- ведение в дневном стационаре
- санаторно-курортное лечение
- госпитализацию в нефрологический стационар

Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек включают

- общий режим, соблюдение диеты без ограничения соли, жидкости и белка
- общий режим, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки
- соблюдение общего режима с активными физическими нагрузками, диеты с повышенным содержанием белка, расширенный питьевой режим
- соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, животных жиров, умеренным ограничением потребления белка

Показаниями к проведению биопсии почки являются

- развитие протеинурии у пациентов с длительным течением сахарного диабета, с микро- и макроангиопатическими осложнениями; развитие нефротического синдрома у больных со злокачественными опухолями
- протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия, быстропрогрессирующая почечная недостаточность, острое нарушение функции почек неясной этиологии
- почечная недостаточность неясной этиологии у пациентов с уменьшенными размерами почек, развитие нефротического синдрома при поликистозе почек
- протеинурия более 1 г/сут у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, нефротический синдром у пациентов с единственной почкой

Причинами развития нефротического синдрома могут явиться

- первичный и вторичный хронический гломерулонефрит (ХГН), амилоидоз почек, диабетическая нефропатия, острый гломерулонефрит, тромбоз сосудов почек, паранеопластический ХГН
- тубулоинтерстициальный нефрит, почечный несахарный диабет
- нефрокальциноз, поликистозная болезнь почек
- острый пиелонефрит, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, тубулоинтерстициальный нефрит, почечный несахарный диабет, нефрокальциноз, поликистозная болезнь почек

Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

- повышенной кровоточивости, образованием гематом
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- гиперурикемии, мочекислой блокады
- инфекций, тромбозов

О наличии хронической почечной недостаточности (ХПН) у пациента с впервые выявленным высоким уровнем креатинина сыворотки крови могут свидетельствовать

- неровный контур, уменьшение размеров и толщины паренхимы почек при УЗИ; наличие других проявлений хронической почечной недостаточности (артериальной гипертонии, анемии, повышения уровня фосфора, паратгормона, калия крови)
- ровные контуры, нормальные размеры и толщина паренхимы почек при УЗИ; отсутствие артериальной гипертонии, повышения уровня фосфора, паратгормона, калия крови, нормальный уровень гемоглобина и сывороточного железа
- гипоальбуминемия, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия
- низкий уровень протромбина, холестерина, альбумина крови

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №43

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

### Жалобы

на эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

### Анамнез заболевания

В течение 8 лет страдает сахарным диабетом.

Принимает метформин 1000 мг 2 р/д, глибенкламид 3,5 мг 2 р/д.

Самоконтроль гликемии не осуществляется, последний контроль HbA1c 12 месяцев назад – 8.4%

Осложнений диабета ранее не диагностировано.

### Анамнез жизни

Родился и развивался нормально.

Работает курьером.

Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии. Максимальный подъем АД до 180/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 135-140/85 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг

Наследственность: сахарный диабет 2 типа у матери.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,75 м, вес 84 кг, индекс массы тела 28 кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок, г/л	70,9	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	16,5	5,0-21,0
Мочевина, ммоль/л	4,4	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	7,1	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	110	58,0-96,0
CKD-EPI	61 мл/мин/ 1,73кв.м	
АСТ, Ед/л	22	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	28	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	2,8	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	5,1	3,4-5,3

#### Гликированный гемоглобин (HbA1c)

7,6%

#### Инсулин сыворотки крови

10,7 мкЕд/л (2-24)

#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Агрегация тромбоцитов	67,0	25,0-70,0 %
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21.0 сек
АЧТВ	27,5	26,4-37,5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112.0%
Протеин С	115,8	70,0-140,0

Какой диагноз можно поставить данному больному?

-Сахарный диабет 2 типа. Гипогликемия

-Сахарный диабет 2 типа. Синдром диабетической стопы, нейро-ишемическая форма

- Сахарный диабет 2 типа. Гиперосмолярное состояние
- Сахарный диабет 1 типа. Компенсированный кетоацилоз

У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/сутки, что соответствует диабетической нефропатии, хронической болезни почек. Учитывая СКФ - 61 мл/мин/1,73 кв.м, стадия ХБП

- 1
- 4
- 2
- 3

Рекомендации по лечению сахарного диабета у пациента включают

- снижение дозы глибенкламида и добавление инсулина длительного действия
- отмену глибенкламида и метформина
- отмену глибенкламида и назначение инсулина короткого действия
- отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < \_\_\_\_\_ %

- 7,5
- 6,5
- 8,0
- 7,0

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, необходимо начинать при гликемии менее \_\_\_\_\_ ммоль/л

- 2,8
- 3,9
- 3,3
- 2,2

Повторный контроль HbA1c необходим через \_\_\_\_\_ месяц/месяцев

- 2
- 9
- 12
- 3

Рекомендации по профилактике гипогликемических состояний заключаются в

- снижении целевого уровня гликированного гемоглобина
- дробном приеме легкоусваиваемых углеводов
- регулярном самоконтроле гликемии
- снижении физических нагрузок

К мероприятиям по купированию легкой гипогликемии относят

- прием 1-2 ХЕ сложных углеводов
- в/в струйное введение 40 – 100 мл 40 % раствора глюкозы
- прием 1-2 ХЕ легкоусваиваемых углеводов
- в/в капельное введение 5–10 % раствора глюкозы

При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин необходимо отменить

- лозартан
- метформин

-гликлазид МВ

-амлодипин

Пероральный глюкозотolerантный тест проводится при глюкозе плазмы натощак

\_\_\_\_\_ ммоль/л

-5,6-6,1

->7,1

-6,1-6,9

-6,2-7,0

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №44

Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

### Жалобы

на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

### Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

### Анамнез жизни

Родился и развивался нормально.

Образование высшее.

Работает, предприниматель.

Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

### Результаты лабораторных инструментальных и лабораторных методов обследования

#### ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 50 в минуту, РQ 24 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек, QTc 392 мсек. Нормальное положение ЭОС. Подъем ST=0,2 мВ в отведениях: II, III, AVF. Отрицательный зубец Т в отведениях V5-6. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.

Измерение уровня тропонина I или тропонина T  
Тропонин I 200 нг/мл (N < 0,1 нг/мл)

Измерение уровня МВ-КФК  
МВ-КФК 35 Ед/л (N 10-25 Ед/л)

Рентгенография грудной клетки

На обзорных рентгенограммах органов грудной клетки в двух проекциях легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не усилен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Тень средостения не смещена, в поперечнике не расширена.

Заключение: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Измерение уровня глюкозы крови  
5,2 ммоль/л (норма 3,3 - 5,5 ммоль/л)

Измерение уровня ЛДГ  
150 ед/л (норма 135 - 225 ед/л)

Больного необходимо

- госпитализировать в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- вести в амбулаторных условиях
- направить на консультацию врача-кардиолога
- госпитализировать в кардиологический стационар

Какой основной диагноз?

- ОКСбПСТ
- 不稳定ная стенокардия
- ОКСпСТ
- стенокардия напряжения 4 ф.кл.

Для стратификации риска неблагоприятного исхода необходимо определить сумму баллов по шкале

- HAS BLED
- SCORE
- GRACE
- CHA2DS2-VASc

Пациенту необходимо выполнить

- радиочастотную абляцию (РЧА)
- аортокоронарное шунтирование (АКШ)
- тромболитическую терапию (ТЛТ)
- чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг

Пациенту показан/показано

- прием пероральных антикоагулянтов
- введение парентеральных антикоагулянтов
- прием глюкокортикоидов
- введение коллоидных растворов

Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах

\_\_\_\_\_ после первичного контакта с медицинским работником

- 24 часов
- 60 минут
- 120 минут
- 72 часов

Пациенту необходимо назначить аторвастиatin в дозе \_\_\_\_\_ мг/сут

- 80
- 20
- 10
- 40

Двойная антиагрегационная терапия показана пациенту в течение \_\_\_\_ мес.

- 1
- 12
- 6
- 24

Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту необходимо рекомендовать

- отказаться от курения
- избегать переохлаждений
- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №45

Женщина 67 лет обратилась к участковому терапевту

#### Жалобы

На одышку и сердцебиение при доступных ранее нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице).

#### Анамнез заболевания

Вчера во второй половине дня неожиданно появились боли в левом плече и левом плечевом суставе, которые стихли через несколько часов. Сегодня утром пошла в поликлинику и по дороге заметила, что ранее доступные нагрузки вызывают сердцебиение и одышку.

#### Анамнез жизни

более 20 лет отмечается повышенное артериальное давление, регулярно принимает периндоприл 5 мг в день. Боли в суставах ранее не беспокоили.  
не курит, алкоголем не злоупотребляет  
профессиональных вредностей не было

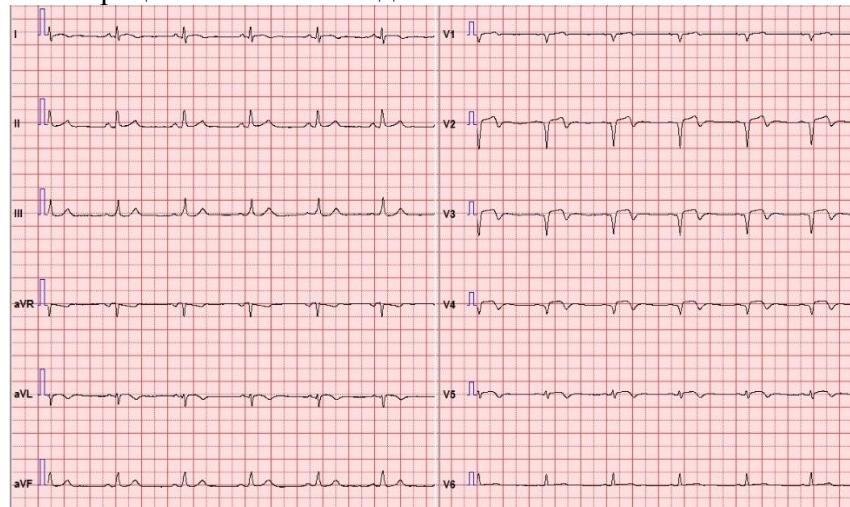
аллергических реакций не было

#### Объективный статус

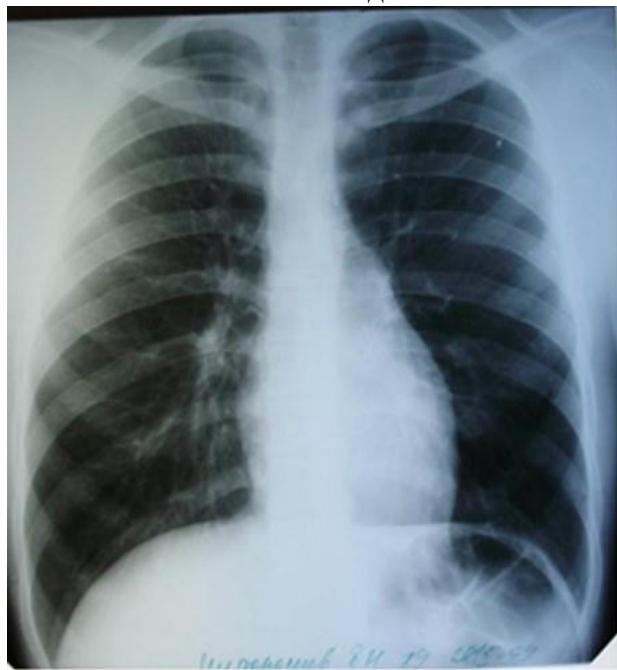
Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

#### Результаты обследования

##### Регистрация ЭКГ в 12 отведениях



##### Рентгенологическое исследование



##### Эхокардиографическое исследование

Аорта уплотнена, диаметр 3,5 см ( $N \leq 3,3$ ). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,8 см ( $N > 1,5$ ), кровоток 1,1 м/с ( $N < 1,7$ ), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 1,3 см ( $N < 1,0$ ), толщина задней стенки 1,2 см ( $N < 1,0$ ),

конечный диастолический размер 5,0 см ( $N < 5,3$ ), индекс массы миокарда левого желудочка 125 г/м<sup>2</sup> ( $N \leq 95$ ), фракция выброса 42 % ( $N \geq 54$ ), нарушение диастолической функции 1-й степени. Нарушение локальной сократимости в области всех апикальных, переднего, передне-перегородочного медиальных сегментов с формированием острой апикальной аневризмы. Митральный клапан не изменен, кровоток 1,0 м/с ( $N < 1,3$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 4,0 см ( $\leq 3,8$ ), объем 62 мл ( $\leq 52$ ). Диаметр легочной артерии 2,0 см ( $N < 2,1$ ), систолическое давление в легочной артерии 27 мм рт. ст. ( $N < 30$ ). Кровоток на клапане легочной артерии 0,8 м/сек ( $N < 0,9$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,6 см ( $N \leq 3,0$ ). Триkuspidальный клапан не изменен, кровоток 0,65 м/сек ( $N < 0,7$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,7 см ( $N < 4,0$ ), объем 45 мл ( $N < 50$ ). Нижняя полая вена на выдохе 2,0 см ( $N \leq 2,2$ ), на вдохе 0,9 см ( $N$  – спадение в вдохе  $> 50\%$ ). Полость перикарда не изменена.

Заключение: Нарушение локальной сократимости в области всех апикальных, переднего, передне-перегородочного медиальных сегментов с формированием острой апикальной аневризмы, снижением фракции выброса левого желудочка до 42%, умеренной гипертрофией миокарда и диастолической дисфункцией 1 степени. Небольшая дилатация левого предсердия. Уплотнение стенок аорты.

Определение уровня тропонинов

Высокочувствительный тропонин I — 2,14 нг/мл

На ЭКГ имеются признаки \_\_\_\_\_ инфаркта миокарда  
-бокового  
-нижнего  
-распространенного переднего  
-переднеперегородочного

Время, прошедшее от начала заболевания, позволяет считать инфаркт миокарда

-заживающим  
-развивающимся  
-острым  
-зажившим

Состояние гемодинамики соответствует \_\_\_\_\_ классу по Killip

-IV  
-III  
-I  
-II

Реперфузионная терапия в данном случае

-абсолютно необходима  
-возможна, но только путем тромболизиса  
-возможна, но только путем ЧКВ  
-не рекомендована

В случае имплантации стенда с лекарственным покрытием для проведения двойной антитромбоцитарной терапии рекомендуется использовать комбинацию

-клопидогрела и тикаргрелора  
-АСК и клопидогрела  
-АСК и тикаргрелора  
-АСК и ривароксабана

При отсутствии противопоказаний двойную антитромбоцитарную терапию рекомендуется проводить

- неопределенно долго
- в течение месяца
- в течение полугода
- в течение года

Через год после начала двойной антитромбоцитарной терапии АСК и тикагрелором следует отменить

- тикагрелор
- АСК
- оба препарата
- любой из этих препаратов

При отсутствии противопоказаний, назначение ингибиторов АПФ данной пациентке является

- противопоказанным (III)
- обязательным (I)
- желательным (IIa)
- допустимым (IIb)

Для уточнения показаний к назначению бета-адреноблокаторов следует выполнить

- определение уровня тропонинов
- пробу с физической нагрузкой под ЭКГ контролем
- эхокардиографическое исследование
- пробу с физической нагрузкой под визуальным контролем

При отсутствии противопоказаний, назначение бета-адреноблокаторов данной пациентке является

- допустимым (IIb)
- противопоказанным (III)
- обязательным (I)
- желательным (IIa)

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №46

Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту для прохождения планового осмотра (диспансеризации)

#### Жалобы

Не предъявляет

#### Анамнез заболевания

В течение 3 лет при самоконтроле регистрируются значения АД 145-150/90-95 мм рт. ст.

Антигипертензивную терапию не получает.

Наличие сахарного диабета, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт, отрицает.

#### Анамнез жизни

Отец умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

Курит по 20 сигарет в день на протяжение 30 лет.

Работает механиком, толерантность к физической нагрузке высокая.  
Аллергоанамнез не отягощен

#### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 176 см (ИМТ=25,2 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 72 уд./мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	155,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	45,7
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,90
Эритроциты	4,00 - 5,70	5,66
Тромбоциты	150,0 - 320,0	310,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	95,3
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	33,2
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	341
Лимфоциты	17,0 - 48,0	49,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	53,9
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ	2 - 20	30

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 82	69
Альбумин	32 - 48	37
Мочевина	2,5 - 6,4	5,8
Креатинин	53 - 115	82
Холестерин общий	1,4 - 5,7	6,7
Триглицериды	0,20 - 1,70	1,5
Билирубин общий	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	40,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	390,2
Глюкоза	3,89 - 5,83	5,5

##### Общий анализ мочи

Прозрачность	прозрачная
Цвет	соломенно-желтый
Относительная плотность (удельный вес)	1,015
Реакция мочи	pH 6
Белок	0,033 ммоль/л
Глюкоза	отсутствуют
Кетоновые тела	отсутствуют
Эритроциты	0-1 в поле зрения
Лейкоциты	0-3 в поле зрения
Эпителий	3-5 в поле зрения
Цилиндры	отсутствуют
Бактерии	отсутствуют
Кристаллы	отсутствуют
Слизь	отсутствуют
Оксалаты	отсутствуют

Расчет скорости клубочковой фильтрации

Скорость клубочковой фильтрации (по CKD-EPI)=94,3 мл/мин

#### Коагулограмма

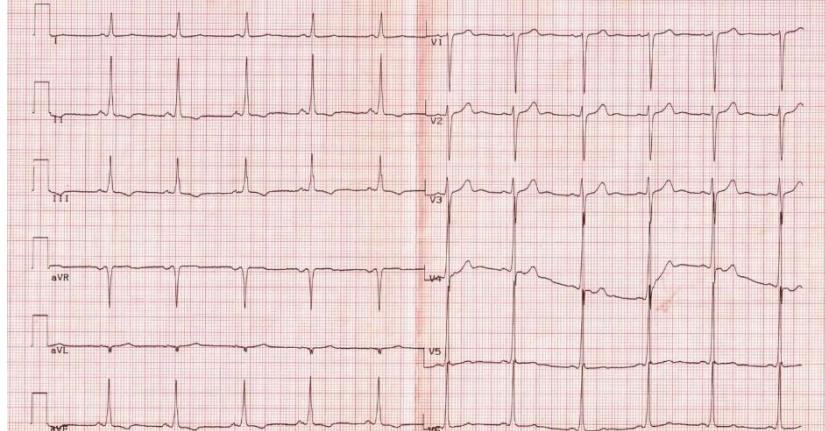
Фибриноген	–	3,0	г/л	(норма)
Протромбиновый	индекс	–	–	95%
МНО – 1,2				

#### Пероральный глюкозотолерантный тест

Глюкоза натощак	–	5,4	ммоль/л
Глюкоза через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 8,8 ммоль/л			

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Электрокардиограмма



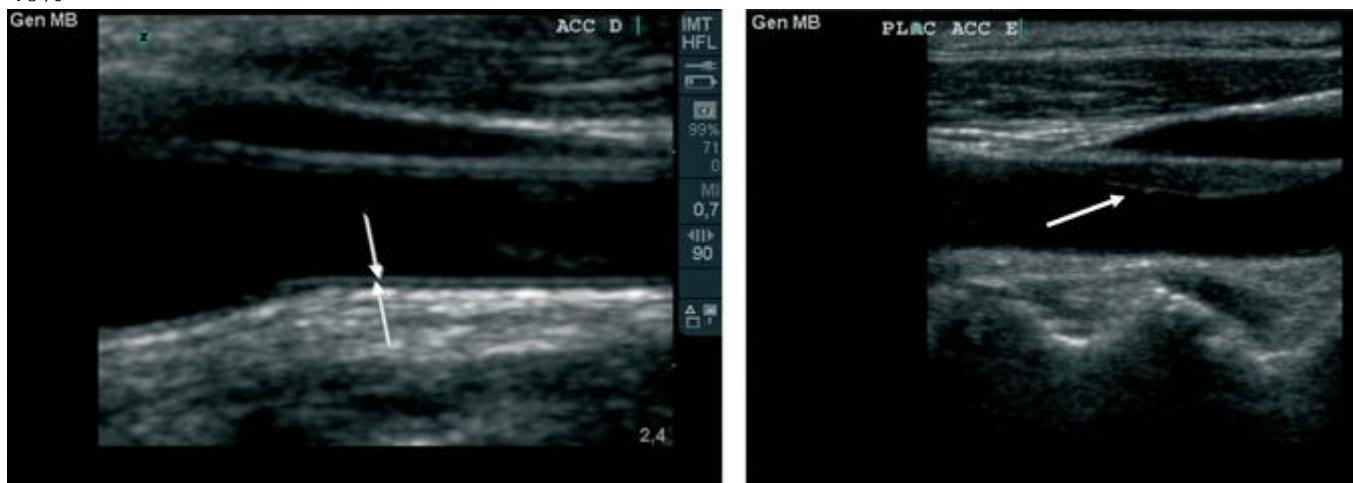
##### ЭхоКГ

Полость левого желудочка: Dd 4,7 см (N до 5,5 см); KDO 53 мл, KSO 23 мл (по Simpson). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,3 см (N до 1 см); ЗС 1,2 см (N до 1,1 см). Индекс массы миокарда левого желудочка – 141 г/м<sup>2</sup> (норма для мужчин <125 г/м<sup>2</sup>). Глобальная

сократительная функция ЛЖ не нарушена: ФВ 57% (N до 55%). Нарушение локальной сократимости нет. Клапаны не изменены.

УЗДГ сонных артерий

Во внутренней сонной артерии визуализируются 2 атеросклеротические бляшки: 30% и 40%



Мультиспиральная КТ почечных артерий

Почечные артерии отходят от аорты типично, стенозов, аномалий развития не выявлено

Определение скорости пульсовой волны в аорте

Скорость пульсовой волны = 6,5 м/с (норма)

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Вегетосудистая дистония
- Артериальная гипертензия 3 степени
- Артериальная гипертензия 2 степени
- Артериальная гипертензия 1 степени

Так как у пациента в биохимическом анализе крови выявлено, что уровень общего холестерина составляет 6,7 ммоль/л., то следующим этапом исследования является

- липидный спектр (определение ЛНП, ЛВП, триглицеридов)
- дообследование не показано, ситуация вполне ясна
- генетическое тестирование для определения мутации гена рецепторов ЛНП
- определение ЛП(а)

Оценкой величины сердечно-сосудистого риска у этого пациента является шкала

- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc
- SCORE
- GRACE
- NIHSS

Вариантом, отражающим правильный подход к началу антигипертензивной терапии является

- модификация образа жизни, необходимости в медикаментозном лечении нет
- немедленное ее начало
- модификация образа жизни и динамическое наблюдение в течение 3 недель, при неэффективности – начало антигипертензивной терапии

-модификация образа жизни и динамическое наблюдение в течение 3 месяцев, при неэффективности – начало антигипертензивной терапии

К антигипертензивным препаратам первой линии можно отнести

- агонисты имидазолиновых рецепторов, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину
- ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики
- бета-блокаторы, ингибиторы If-каналов, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- блокаторы рецепторов к ангиотензину, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, петлевые диуретики

Дополнительными препаратами, которые должны быть назначены пациенту, являются

- аспирин
- омега-3-полининасыщенные жирные кислоты
- статины
- антикоагулянты

Мероприятия по изменению образа жизни у этого пациента включают

- отказ от курения, ограничение потребления жидкости, увеличение физической активности, использование силовых тренажеров
- отказ от курения, нормализация массы тела, увеличение физической активности, ограничение потребления соли
- снижение массы тела, ограничение физической нагрузки, низкобелковая диета
- отказ от курения, потребление йодированной соли, ограничение физической нагрузки

Гиполипидемическую терапию статинами для этого пациента необходимо проводить

- до снижения уровня общего холестерина до 4,0 ммоль/л, затем препараты отменяют
- курсами по 2 месяца с 4-месячными перерывами
- пожизненно, целевое значение ЛНП <1,5 ммоль/л
- пожизненно, целевое значение ЛНП <3,0 ммоль/л

Терапию антигипертензивными препаратами для этого пациента необходимо проводить

- пожизненно, целевое АД <130/80 мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД <150/90 мм рт.ст
- до достижения целевого АД (140/90 мм рт. ст.), затем дозировки препаратов можно уменьшать вплоть до полной отмены
- пожизненно, целевое АД <140/90 мм рт.ст.

К возможным методам лечения никотиновой зависимости у этого пациента относятся

- переход на электронные сигареты
- обучение (школы здоровья), никотиновая заместительная терапия, блокаторы никотиновых рецепторов
- кодирование, антидепрессанты, транквилизаторы
- применение специальных методов лечения никотиновой зависимости нецелесообразно

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №47

Больной Ф., 46 лет, строитель, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на боли в левом подреберье, общую слабость, многократный жидкий стул

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области и в левом подреберье возникающие после употребления алкоголя или приема жирной пищи. Отмечает снижение массы тела за последний год, так как длительное время жалуется на частый жидкий стул. Настоящее ухудшение самочувствия возникло за день до обращения к доктору, накануне праздновал свой день рождения, вечером употреблял более 500 мл крепких спиртных напитков.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Курит до 20 сигарет за день, 2-3 раза в неделю употребляет алкоголь до 250 мл водки. Семейный анамнез: отец пациента страдал алкоголизмом. Перенесенные заболевания: год назад диагностирован пароксизм фибрилляции предсердий, который был купирован после внутривенной инфузии кордарона.

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Больной астенического телосложения, ИМТ=19 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 88 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание в норме, многократный жидкий стул. Отеков нет.

### **Результаты лабораторного метода обследования**

Биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина

Показатель	Результат	Норма
АлТ	38	<45 ЕД/л
АсТ	32	<35 ЕД/л
ЩФ	208	141-460 ЕД/л
Билирубин общий	18,7	3,4-20 ммоль/л
Амилаза	180	10-124 ЕД/л
ГГТП	80	7-24 ЕД/л
Глюкоза	6,1	3,5-6,2 ммоль/л
Гликированный гемоглобин	5,5	<6,5%

### **Анализ крови с определением уровня тропонина I**

Тропонин I менее 0,0001 мг/мл (норма менее 0,028 мг/мл)

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **МСКТ органов брюшной полости**

Выявлены признаки дистрофии поджелудочной железы с ее фиброзными изменениями, наличием кальцинатов и конкрементов. Обнаружена псевдокиста поджелудочной железы.

### **Функция внешнего дыхания**

ЖЕЛ - 4,6 л (86%), ОФВ1 -4,15 л/с (93%). ЖЕЛ в норме, показатели проходимости бронхиальных путей в норме. Признаков обструкции дыхательных путей не выявлено.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Желчно-каменная болезнь
- Хронический холецистит
- Болезнь Крона
- Хронический панкреатит

К возможным осложнениям основного заболевания относят

- кровотечение
- холедохолитиаз
- водянку желчного пузыря
- панкреонекроз

Этиологией основного заболевания у пациента является

- дисметаболическая
- инфекционная
- билиарозависимая
- алкогольная

Рациональной комбинацией препаратов для лечения пациента является

- ферментные препараты + ингибиторы протоновой помпы
- желчегонные+спазмолитики
- сульфасалазин+глюокортикоиды
- препараты висмута+антибиотики

К клиническим показаниям для проведения заместительной ферментной терапии при панкреатите относят

- увеличение уровня амилазы крови
- болевой синдром
- гипергликемию
- хроническую диарею

Увеличение уровня глюкозы плазмы крови при данном заболевании является признаком

- сахарного диабета 1 типа
- сахарного диабета 2 типа
- выраженной инсулинерезистентности
- эндокринной недостаточности поджелудочной железы

У пациента был выявлен синдром

- портальной гипертензии
- внешнесекреторной недостаточности
- холестатический
- отечно-асцитический

Показанием к проведению хирургического вмешательства при осложнениях хронического панкреатита служит

- обструкция общего желчного протока
- эндокринная недостаточность поджелудочной железы
- экзокринная недостаточность поджелудочной железы
- незначительное повышение амилазы крови

К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят  
-болезни слюнных желез  
-печеночную недостаточность  
-легочную гипертензию  
-острый коронарный синдром

Профилактика обострений хронического панкреатита включает  
-прием омега-3 полиненасыщенных жирных кислот  
-вакцинация от вирусного гепатита В  
-длительный прием НПВП  
-отказ от употребления алкоголя

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №48

Пациент 23 лет обратился в поликлинику на 2-й день болезни

Жалобы на повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита

### Анамнез заболевания

Заболел вчера остро с повышения температуры тела до 37,7°C, слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта.

Сегодня боль в горле усилилась, температура повысилась до 38,1°C, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.

### Анамнез жизни

Работает менеджером в торговой фирме.

Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Детей нет.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет.

Вредные привычки: отрицает.

Прививочный анамнез: не известен

### Объективный статус

Температура тела 38,1°C.

Кожные покровы бледные.

Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации.

Слизистая ротовой полости тусклая с цианотичным оттенком; в области небных дужек и миндалин отмечается умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности.

Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт. ст., ЧСС – 96 уд. в мин.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.



Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на BL

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на BL: отрицательный

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на BL: токсигенные *C.diphtheriae* биовариант *mitis*

РПГА с дифтерийным диагностиком в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител

титр антитоксических антител 1:20

РПГА крови с псевдотуберкулезным диагностиком в парных сыворотках для определения титра антител

отрицательно

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Отрицательно

Какой основной диагноз?

-Инфекционный мононуклеоз, период разгара, типичное течение, средней степени тяжести

-Лакунарная ангина, типичное течение, средней степени тяжести

-Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, средней тяжести

-Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, средней степени тяжести, неосложненная

Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают

-боль в горле, аденоидит, лихорадку, генерализованную полилимфаденопатию, гепатосplenомегалию

-синдром тонзиллита, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов

-боль в ротовой полости, слюнотечение, дисфагию, умеренное увеличение подбородочных лимфоузлов

-синдром тонзиллита, значительно болезненный регионарный лимфаденит, бледность носогубного треугольника, экзантему

Поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии характеризуется наличием налетов

- плотных фибринозных, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем
- грязных зеленоватых с гнилостным запахом и односторонним глубоким кратерообразным поражением миндалины
- рыхлых, желтоватого цвета, не выступающих над поверхностью миндалин, легко снимающихся шпателем без кровоточивости и эрозий
- в виде творожистых наложений, переходящих на внутреннюю поверхность щек

Неспецифическими осложнениями дифтерии являются

- стеноз гортани, анафилактический шок, инфекционно-токсический шок
- пневмония, бронхит, паратонзиллярный абсцесс
- экзантема, миокардит, полиартрит
- миокардит, полинейропатия, токсический нефроз

Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

- корью, краснухой, ветряной оспой
- эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта, химическим ожогом ротоглотки, паратонзиллярным абсцессом
- аденовирусной инфекцией, энтеровирусной инфекцией
- лакунарной ангиной, инфекционным мононуклеозом, язвенно-некротической ангиной Симановского- Венсана

Тактика ведения данного больного заключается в

- ведении пациента в амбулаторных условиях
- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы
- ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе \_\_\_\_ тыс. МЕ

- 10-20
- 30-40
- 20-30
- 60-80

Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на BL не позже \_\_\_\_ часов с момента изоляции больного

- 48
- 72
- 12
- 24

Допуск реконвалесцентов дифтерии в организованные коллективы детей и взрослых разрешается сразу после

- их клинического выздоровления и эффективной санации
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 2 раза
- контрольного осмотра оториноларинголога
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 4 раза

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых \_\_\_\_\_ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 3
- 7
- 2
- 5

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №49

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 55 лет

### Жалобы

На сухость во рту  
Общую слабость  
Чувство онемения, зябкости в нижних конечностях

### Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-х последних месяцев

### Анамнез жизни

Контакт с пациенткой несколько затруднен ввиду мnestико-когнитивных нарушений. На вопросы отвечает однословно.

Не работает.

Перенесенные заболевания: Шизофрения. В настоящий момент достигнута лекарственная ремиссия (постоянно принимает Амитриптилин, Циклодол, Галоперидол, Азолептин по схеме)

Беременности – 1, роды – 1.

Наследственность: не отягощена.

Аллергоанамнез: аллергическая реакция на витамины группы В - крапивница

Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 76 кг, индекс массы тела 29,1 кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 165/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Снижение тактильной чувствительности на нижних конечностях, другие виды чувствительности сохранены. Пульсация на a.dorsalis pedis сохранена.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Глюкоза крови

Глюкоза, ммоль/л 17,6 3,5-6,1

#### Гликированный гемоглобин (HbA1c)

12.6%

#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Нормы
Тромбиновое время	15,2	14,0-21,0 сек
АЧТВ	33,9	26,4-37,5 сек

#### Биохимия мочи

Показатель	Результат	Нормы
Микроальбумин	2,66	0,0-20,0 мг/л
Общий белок в моче	0,06	0,00-0,08 г/л

Какой предполагаемый основной диагноз?

- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет вследствие приема нейролептиков
- Сахарный диабет 1 типа

Для диагностики нарушения тактильной чувствительности необходимо

- последовательно прикасаться концом монофиламента к различным участкам кожи стопы
- проводить пассивное сгибание в суставах пальцев стопы в положении больного лежа с закрытыми глазами
- определить сухожильные рефлексы (ахиллов, коленный) с помощью неврологического молоточка
- поставить градуированный камертон (128 Гц) на медиальную поверхность головки 1-й плюсневой кости

По данным физикального осмотра у пациентки имеет место

- диабетическая полинейропатия, сенсо-моторный тип
- диабетическая полинейропатия, сенсорный тип
- автономная форма нейропатии, кардиальная форма
- диабетическая полинейропатия, моторный тип

Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки

- артериальная гипертензия 2 ст, низкий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени
- ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени
- артериальная гипертензия 1 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела
- артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела

Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)

-низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < \_\_\_\_\_ %

- 7,0
- 7,5
- 6,5
- 8,0

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- глибенкламид и аналог инсулина короткого действия
- метформин, глибенкламид и аналог инсулина короткого действия
- метформин и гликлазид МВ
- инсулин короткого действия и пиоглитазон

Необходим повторный контроль HbA1c через \_\_\_\_\_ месяца/месяцев

- 9
- 3
- 2
- 12

Пациентка провела контроль гликированного гемоглобина через 6 месяцев, индивидуальная цель не достигнута, темп снижения <1,5%, необходимо добавить к сахароснижающей терапии

- аналог инсулина длительного действия
- инсулин средней продолжительности и короткого действия
- глибенкламид микронизированный
- аналог инсулина ультракороткого действия

Осмотр ног пациента с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться

- при каждом посещении врача
- 1 раз в 3 месяца
- 2 раза в год
- не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №50

20.10.2017г. участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 20-ти лет на 4-ый день болезни.

### Жалобы

на повышение температуры тела, «ломоту» во всем теле, боли в горле при глотании, редкий кашель, заложенность носа, слезотечение, жжение, ощущение песка в глазах, снижение аппетита, дискомфорт в животе, послабление стула.

### Анамнез заболевания

Ухудшение состояния с 17.10.2017г.: познабливание, повышение температуры тела до 37,3°C, заложенность носа, боли в горле при глотании, жжение, рези в области правого глаза, слезотечение. Лечился самостоятельно: жаропонижающие средства, полоскания горла с растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидин), промывания правого глаза раствором спитого чая.

20.10.2017 г.: вышеперечисленные симптомы сохранялись, наросла общая слабость, отметил подъём температуры тела выше 38,0°C, «ломоту» во всем теле, возникновение влажного кашля, появление жжения, рези в области левого глаза, склеивание век правого глаза за счёт экссудата, нарушение аппетита, дискомфорт в верхних отделах живота, кашеобразный стул без примесей 2 - 3 раза за сутки.

#### Анамнез жизни

Студент дневного отделения

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия (2015г)

Вредные привычки: отрицает.

Проживает в общежитии, в комнате живут ещё 2 студента.

Эпиданамнез: сосед по комнате неделю назад обращался к офтальмологу по поводу конъюнктивита; в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ

Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

#### Объективный статус

Температура тела 38,4°C. Больной гиподинамичен.

Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Лицо пастозно. Веки отёчны, кожа век гиперемирована, гиперемия склер, конъюнктив, сужение глазных щелей, склеивание век правого глаза серозным экссудатом.

Дыхание носом затруднено, выделения из носа слизистые, без примесей крови.

Слизистая оболочка ротовоглотки умеренно гиперемирована, задняя стенка глотки зернистая. Миндалины увеличены до II степени, рыхлые, лакуны расширены. На задней стенке глотки и миндалинах - нежные белесоватые плёнчатые налёты.

Увеличение, умеренная болезненность подчелюстных, переднешейных и заднешейных лимфатических узлов.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту.

АД-115/70 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.

Живот мягкий, чувствительный при пальпации в верхних отделах, правой подвздошной области, перитонеальных симптомов нет, перистальтика активная. Пальпируются край печени, нижний полюс селезёнки. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча жёлтого цвета.

Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### ПЦР - диагностика

ПЦР (исследование отделяемого из ротовоглотки): обнаружена ДНК Adenovirus

##### Иммуноферментный анализ соскоба из полости носа

Выявлен антиген Adenovirus

##### Общий анализ мочи

Показатель	Результат
Цвет	жёлтый
Прозрачность	прозрачная
Удельный вес	1017
Реакция (рН)	6.0
Белок	0.5 г/л

Показатель	Результат
Сахар	отсутствует
Желчные пигменты	отсутствуют
Эпителий плоский	1-3
Эпителий переходный	отсутствует
Эпителий почечный	отсутствует
Цилиндры	отсутствуют
Лейкоциты	2-4
Эритроциты	1-2
Бактерии	Не более $1 \times 10^5$
Соли	оксалаты

Бактериологический посев крови на стерильность  
Роста нет

Какой основной диагноз?

- Грипп, типичное течение, средней степени тяжести
- Аденовирусная инфекция, фарингоконъюктивальная лихорадка, средней степени тяжести
- Парагрипп, средней степени тяжести
- Риновирусная инфекция, средней степени тяжести

Опорными диагностическими критериями адено-вирусной инфекции являются

- охриплость или осиплость голоса, упорный сухой «лающий» кашель
- воспаление слизистых оболочек ротовоглотки, глаз, системное увеличение лимфатических узлов
- яркая разлитая гиперемия ротовоглотки, мелкоточечные высыпания на коже
- умеренные катаральные явления, увеличение задне-шейных лимфатических узлов, появление обильной мелкопятнистой сыпи

К дополнительным симптомам, которые иногда выявляют при адено-вирусной инфекции, относят

- олигоанурию, геморрагический синдром
- гиперемию кожи по типу «перчаток», «носков» и «капюшона»
- тошноту, секреторную диарею
- артриты мелких суставов, фиброзиты

Дифференциальную диагностику адено-вирусной инфекции в начальный период заболевания проводят с

- дифтерией ротовоглотки, инфекционным мононуклеозом
- корью, эпидемическим паротитом
- лептоспирозом, сыпным тифом
- паратифом А, псевдотуберкулезом

Стул при развитии энтерита (гастроэнтерита) адено-вирусной природы становится

- обильным жидким, зеленоватого цвета без патологических примесей
- частым, обильным, водянистым с белесоватыми хлопьями
- скучным, безкаловым с примесью слизи и (или) крови
- учащенным, кашицеобразным, без патологических примесей

К наиболее частым осложнениям адено-вирусной инфекции относятся

- поражения придаточных пазух носа, пневмонии, ангины
- восходящая инфекция мочевыводящих путей, пиелонефриты
- печёночно-почечная недостаточность, гепатит
- полиартриты, фиброзиты

Одним из основных показаний к госпитализации при адено-вирусной инфекции является развитие

- гастроэнтерита
- пневмонии
- кератоконъюнктивита
- бронхита

Этиотропным средством для лечения адено-вирусной инфекции (на ранней стадии) с доказанной эффективностью является

- осельтамивир
- доксициклин
- умифеновир
- ремантадин

Применение антибиотиков при адено-вирусной инфекции показано

- при выраженной гепатосplenомегалии
- при присоединении вторичной инфекции
- при развитии ложного крупса
- во всех случаях заболевания без исключения

Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики риновирусной инфекции, являются

- рибавирин, ламивудин
- зидовудин, ацикловир
- тилорон, занамивир
- умифеновир, интерферон альфа интраназальный

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №51

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

### Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 185/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

### Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/100 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минуту

артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 180/90 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/100 мм рт.ст.

Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимание на уровень глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

#### Анамнез жизни

Род и развивался нормально.

Работает юристом в строительной компании.

Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия.

Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, умер в возрасте 68 лет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день.

#### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аусcultации сердца тоны приглушенны, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отравления в норме (со слов).

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Наименование	Результат	Единица измерения	Норма
WBC	7,6	10 <sup>9</sup> /л	4 -11
RBC	4,25	10 <sup>12</sup> /л	3,8-6,1
HGB	126	г/л	11-180
HCT	38	%	35-52
MCV	85,1	FL	80-99
MCH	25	Hg	27-38
MCHC	307	г/л	300-380
PLT	276	10 <sup>9</sup> /л	150-450
Цветовой показатель	0,79	-	
Нейтрофилы	4,0	10 <sup>9</sup> /л	1.5-7.0
Лимфоциты	38	10 <sup>9</sup> /л	1.0-3.7
Моноциты	2	10 <sup>9</sup> /л	0-0.7
Эозинофилы	0,7	10 <sup>9</sup> /л	0-0.4
базофилы	0,2	10 <sup>9</sup> /л	0-0.1

Наименование	Результат	Единица измерения	Норма
RDW	15	%	10,5-18
MPV	10,4	-	
СОЭ	7	мм/час	1-20

Определение уровня глюкозы крови натощак, калия и натрия в сыворотке крови, креатинина крови с последующим расчетом СКФ, мочевой кислоты

Глюкоза крови натощак - 8,0 ммоль/л , 9,0 ммоль/л при повторном измерении

Калий	-	4,4	ммоль/л,	Na	-144	ммоль/л
Креатинин		крови	-		97	мкмоль/л,
СКФ	по	формуле	CKD-EPI=		73	мл/мин/1,73м <sup>2</sup>
Мочевая кислота – 330 мкмоль/л						

Определение липидного профиля

Наименование Результат Единица измерения норма

ЛПНП	5,1	ммоль\л	Меньше 2,6
Холестерин	8,4	ммоль/л	3,2-5,6
триглицериды	0,92	ммоль/л	0,41-1,17

Определение уровня свободного метанефрина в моче

Свободный метанефрин в моче – 228 мкг/сут

Определение уровня кортизола в слюне, собранной в 23.00

Уровень кортизола в слюне, собранной в 23.00 – 7,1нмоль/л

Определение уровня свободного Т3 и Т4

Уровень	свободного	T3	-	5,2	пг/мл
Уровень	свободного T4 – 1,1	пг/мл			

#### Результаты инструментальных методов обследования

Проведение суточного мониторирования артериального давления (СМАД)

Мониторирование проведено в амбулаторных условиях. При проведении контрольных измерений выявлено отличие от клинического ДАД – 6 мм рт.ст., вследствие чего произведена коррекция данных монитора программными средствами.

В дневные часы: среднее значение САД предположительно повышенено, среднее значение ДАД в пределах нормы; показатели нагрузки давлением: ИВСАД повышен, ИВДАД в пределах нормы; значение вариабельности САД повышен, ДАД в пределах нормы.

Вочные часы среднее значение САД повышенено, среднее значение ДАД предположительно повышенено; показатели нагрузки давлением: ИВСАД, ИВДАД повышенены; значения вариабельности АД в пределах нормы. Выраженное нарушение суточного ритма АД: для САД по типу «инвертированный ритм», для ДАД по типу «недостаточная степень ночного снижения». Среднее суточное значение пульсового давления повышенено. Обращает на себя внимание: эпизод существенного повышения давления в дневные часы 13:02-14:12 с максимальным значением САД 185 мм рт.ст., ДАД – 114 ммрт.ст.

Проведение суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру

Время мониторирования 23 часа 40 минут. За весь период мониторирования зарегистрирован синусовый ритм с максимальной ЧСС 130 в минуту, минимальной 58 в минуту, средней 78 в минуту.

Нарушений ритма и проводимости зарегистрировано не было. Признаков ишемии миокарда не зарегистрировано.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений
- Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений
- Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений
- Гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, средний риск сердечно-сосудистых осложнений

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

- ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП
- ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение
- метаболический синдром
- ожирение 1 степени, гиперхолестеринемию, сахарный диабет 1 типа

Какое сопутствующее заболевание респираторной системы можно заподозрить у данного пациента, согласно МКБ -10

- J43.9 – Эмфизема легких
- J44.9 – Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная
- J41.0 – Простой хронический бронхит
- J40 – Бронхит, не уточненный как острый или хронический

Тактика ведения пациента заключается в

- изменении образа жизни, назначении медикаментозной терапии
- изменении образа жизни без назначения медикаментозной терапии
- изменении образа жизни в течение нескольких недель, при сохранении артериальной гипертензии – назначение медикаментозной терапии
- назначении медикаментозной терапии без изменения образа жизни

Целевыми значениями артериального давления для пациентов, страдающих сахарным диабетом, являются < \_\_\_\_\_ мм рт.ст

- 140/90
- 130/85
- 140/85
- 130/90

Пациенту к рекомендованным мероприятиям по изменению образа жизни, относятся

- увеличение физической активности
- снижение потребления белковой пищи
- повышение потребления растительных жиров
- ограничение физической активности

Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

- диуретики
- альфа-адреноблокаторы
- бета-адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Пациенту с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения могут быть рекомендованы

- индапамид
- периндоприл
- хлоргексидин
- бисопролол

У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения \_\_\_\_\_ препарата/препаролов

- 3
- 4
- 2
- 1

Вы назначили пациенту антигипертензивную терапию, визиты пациента с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем \_\_\_\_\_ недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

- 3-4
- 4-8
- 8-12
- 1-3

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №52

В поликлинику обратился пациент 19 лет на 3-ий день болезни

### Жалобы

на повышение температуры, озноб, головную боль, боль в горле, послабление стула.

### Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, недомогания, температуру не измерял. К исходу первого дня появились насморк, боли в горле при глотании, «резь» в глазах, усиливающаяся при ярком свете, головная боль, снижение аппетита

### Анамнез жизни

Студент дневного отделения ВУЗа

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции.

Вредные привычки: отрицает.

Эпиданамнез: среди студентов были случаи заболевания ОРЗ

Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

Температура тела 37,9°C.

Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лицо умеренно гиперемировано, сосуды склер инъецированы, конъюнктивы гиперемированы.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) гиперемирована, миндалины увеличены до 1-2 степени, в их лакунах – налеты серовато-белого цвета, легко снимающиеся шпателем. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами, налетов на ней нет.

Пальпируются увеличенные до размера мелкой фасоли подчелюстные, передне-и заднешейные, подмышечные лимфоузлы.

В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС –84 уд. в мин.

Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется на боку. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика (отделяемого из ротоглотки и слизистой глаз)

Обнаружена ДНК аденоовириуса

Иммуноферментный анализ мазка отпечатка из полости носа и ротоглотки

Выявлен антиген аденоовириусов

Реакция агглютинации лизиса (РАЛ)

Реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- Острая ВИЧ инфекция, стадия II
- Инфекционный мононуклеоз, средней степени тяжести
- Аденоовириусная инфекция средней степени тяжести
- Острый лейкоз

Для диареи при аденоовириусной инфекции характерными симптомами являются

- обильный водянистый, зеленоватого цвета, зловонный стул
- кашицеобразный стул без примесей 1-3 раза в день
- каловый стул со слизью в виде «малинового желе»
- скучный безкаловый слизисто-кровянистый стул

Осложнением аденоовириусной инфекции является

- тромбоз мезентериальных сосудов
- острый дистресс-синдром
- евстахиит
- печёночная недостаточность

Дифференциальную диагностику аденоовириусной инфекции в начальном периоде заболевания проводят с

- скарлатиной
- паротитной инфекцией
- энтеровириусной инфекцией
- гриппом

Показанием к госпитализации при аденоовириусной инфекции являются

- повышение артериального давления, головная боль
- диарейный синдром, полилимфаденопатия
- температура тела не выше 38°C, выраженная ринорея

-одышка, боли в груди

Этиотропным средством с доказанным действием для лечения аденоовирусной инфекции является

- умифеновир
- рибавирин
- осельтамивир
- ламивудин

Патогенетическое лечение аденоовирусной инфекции тяжелого течения включает

- регистратационную терапию
- дезинтоксикационную терапию
- специфическую детоксикацию
- приём иммуномодуляторов

Применение антибиотиков при аденоовирусной инфекции показано

- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции
- при наличии лихорадки выше 38,5°C
- В случае длительного сохранения полилимфаденопатии

Для лечения конъюнктивита и кератоконъюнктивита при аденоовирусной инфекции применяют инстилляции глазных капель

- инокайна
- тропикамида
- интерферона альфа
- тимол - ПОСа

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденоовирусной инфекции, являются

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- ламивудин, зидовудин
- рибавирин, ацикловир
- занамивир, тилорон

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №53

Женщина 37 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на эпизоды сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания

Эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении полугода, но за последний месяц они значительно участились, что и стало поводом для обращения к врачу

Анамнез жизни

хронических заболеваний нет  
не курит, алкоголем не злоупотребляет  
профессиональных вредностей не имеет  
аллергических реакций не было

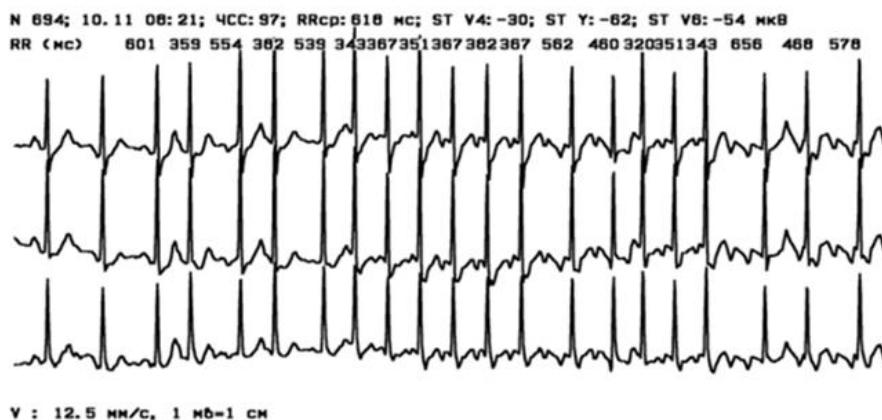
## Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 52 кг. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы влажные, теплые. Периферических отеков нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 96 в 1 мин, АД при первом измерении 150/70 мм рт. ст., при повторном – 135/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

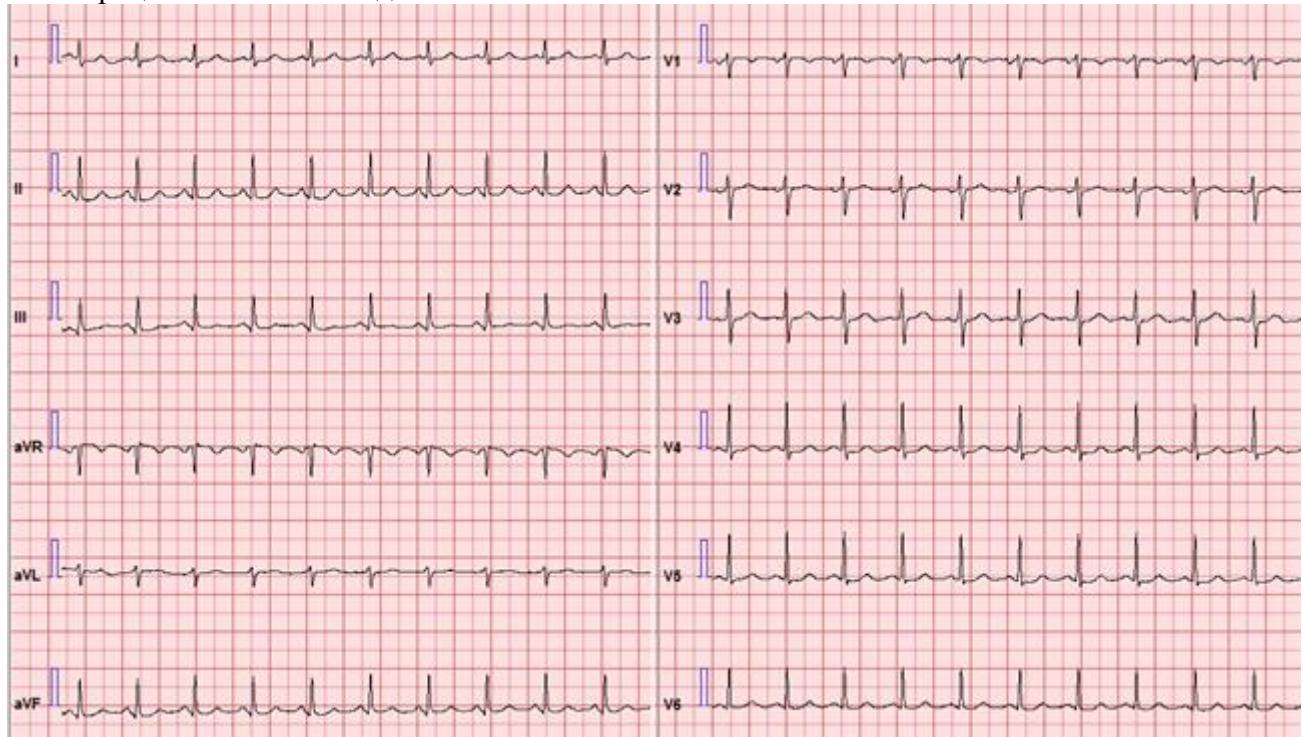
## Результаты инструментальных методов обследования

### Амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ

На фоне синусового ритма с ЧСС от 46 до 112 в 1 мин зарегистрировано 5 эпизодов аритмии длительностью от 4 до 26 мин, которые, согласно дневниковым записям, сопровождались ощущением перебоев сердцебиения



### Регистрация ЭКГ в 12 отведениях



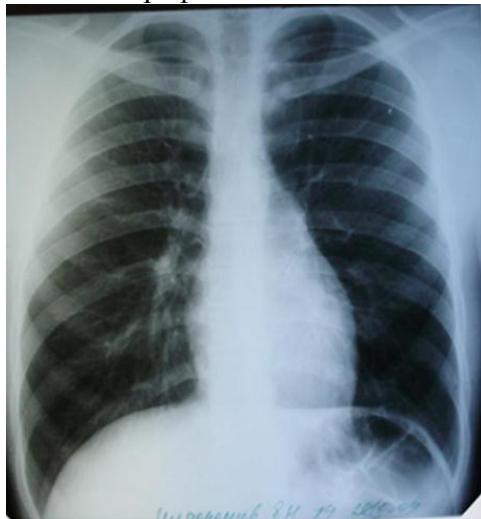
### Чреспищеводное электрофизиологическое исследование

Учащающая ЭКС. Амплитудой 20–24 вольт частотой от 100 до 150 по 1 минуте ВВФСУ 1440 мс, КВВФСУ 440 мс, точка Венкебаха 150 имп/мин, депрессии сегмента ST нет. Программированная ЭКС. На базовом ритме 100 имп/мин с задержкой ST1–ST2 от 540 до

380. Прирост ST2R плавный. Желудочковые ответы узкие. ЭРП АВС 440 мс. ЭРП ДПП 380 мс. Нарушений ритма не выявлено.

Заключение. Признаков антеградных и ретроградных ДПП не выявлено. Признаков ТИМ и нарушения функции СА и АВ узлов нет.

#### Рентгенография легких



#### Результаты обследования

##### Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Диаметр аорты 3,2 см ( $N \leq 3,7$ ). Аортальный клапан трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,9 см ( $N > 1,5$ ), скорость кровотока 1,4 м/с ( $N < 1,7$ ), регургитации нет. Толщина межжелудочковой перегородки 0,9 см ( $N < 1,0$ ), толщина задней стенки 0,9 см ( $N < 1,0$ ), конечный диастолический размер 4,8 см ( $N < 5,3$ ), фракция выброса 68 % ( $N \geq 54$ ), диастолическая дисфункция 1 степени. Митральный клапан не изменен, скорость кровотока 1,3 м/с ( $N < 1,3$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,8 см ( $N \leq 3,8$ ), объем 55 мл ( $N \leq 52$ ). Диаметр легочной артерии 2,0 см ( $N < 2,1$ ), систолическое давление в легочной артерии 3 мм рт. ст. ( $N < 30$ ). Кровоток на клапане легочной артерии 1,2 м/с ( $N < 0,9$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер правого желудочка 2,2 см ( $N \leq 3,0$ ). Триkuspidальный клапан не изменен, кровоток 0,75 м/с ( $N < 0,7$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер правого предсердий 3,4 см ( $N < 4,0$ ), объем 35 мл ( $N \leq 50$ ). Нижняя полая вена на выдохе 1,6 см ( $N \leq 2,2$ ), на вдохе 0,6 см ( $N$  – спадение в вдохе  $> 50\%$ ). Полость перикарда не изменена.

Заключение. Диастолическая дисфункция левого желудочка 1 степени, его систолическая функция не нарушена (фракция выброса левого желудочка 68%). Начальная дилатация левого предсердия. Гемодинамическое ускорение кровотока на всех клапанах.

##### Коронарная ангиография

Правый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии, передняя межжелудочковая ветвь и диагональные ветви, огибающая ветвь и ветви тупого края, правая коронарная артерия и ее ветви проходимы, с ровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов.

#### Результаты определения содержания в крови

##### Тиреоидных гормонов

Тиреотропный гормон	0,01	мЕд/л	(N:	0,25–3,5)
Тироксин свободный	350 пмоль/л	(N: 10–27)		

## Калия

Калий 4,1 ммоль/л (N: 3,5–5,0)

### Общего холестерина и его фракций

Общий	холестерин	3,1	ммоль/л	(N<5,0)
ЛПВП		1,2	ммоль/л	(N>1,0)
ЛПНП		1,8	ммоль/л	(N<3,0)

Триглицериды 1,7 ммоль/л (N<1,7)

## Глюкозы

глюкоза венозной крови 5,0 ммоль/л

Для выявления (исключения) кардиальных причин развития аритмии наиболее распространенным методом диагностики является

- чреспищеводное эхокардиографическое исследование
- коронарную ангиографию
- трансторакальное эхокардиографическое исследование
- нагрузочную пробу под контролем УЗИ (стресс-эхокардиографию)

Выявленное нарушение ритма является

- Фибрилляцией желудочков
- Фибрилляцией предсердий
- Наджелудочковой тахикардией
- Трепетанием предсердий

Фибрилляцию предсердий следует рассматривать как

- постоянную
- пароксизмальную
- персистирующую
- длительно персистирующую

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

- следствием артериальной гипертонии
- идиопатической
- следствием заболевания щитовидной железы
- следствием ишемической болезни сердца

Для оценки риска тромбоэмбологических осложнений следует использовать шкалу

- SCORE
- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc
- SAMeT<sub>2</sub>R<sub>2</sub>
- HAS-BLED

Оценка риска тромбоэмбологических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc равна

- 1
- 3
- 2
- 0

К полному прекращению пароксизмов фибрилляции предсердий может привести

- катетерная абляция атриовентрикулярного соединения
- катетерная абляция устьев легочных вен
- нормализация тиреоидного статуса

-постоянная антиаритмическая терапия

До нормализации тиреоидного статуса пациентке следует назначить

- бета-адреноблокаторы
- антиаритмические препараты
- антиагреганты
- антикоагулянты

Если после нормализации тиреоидного статуса пароксизмы фибрillation предсердий сохраняются, то для их профилактики могут быть назначены антиаритмические препараты

\_\_\_\_\_ класса

- II или IV
- I или II
- III или IV
- I или III

После нормализации тиреоидного статуса для профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий из антиаритмических препаратов III класса пациентке может быть назначен

- пропафенон по 50 мг 3 раза в день
- амиодарон по 200 мг 3 раза в день
- этацизин по 50 мг 3 раза в день
- сotalол по 80 мг 2 раза в день

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №54

Пациент 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 10-15 минут после приема пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте боли и приносящую облегчение, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Данные симптомы беспокоят в течение 6 лет, купируются приемом Альмагеля. К врачу ранее не обращался.

Отмечает весенне-осенние обострения заболевания.

Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает автослесарем.

Перенесённые заболевания: ОРВИ.

Наследственность: отец страдал язвенной болезнью желудка.

Аллергоанамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), часто употребляет алкоголь

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания, рост – 176 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,1 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,5°C. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при

пальпации умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области, симптом раздражения брюшины не выявляется. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	134	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	41	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,83	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,2	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10 ж. 2-15

##### Анализ кала на скрытую кровь

Реакция кала на скрытую кровь отрицательная.

Определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)

Антитела классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) не обнаружены.

##### Бактериологическое исследование крови на стерильность

Роста микроорганизмов не обнаружено.

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Эзофагогастроуденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 0,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно прикрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Быстрый уреазный тест – положительный. Проведена множественная биопсия с

последующим гистологическим исследованием – признаков злокачественного характера язвенного поражения не выявлено.

#### Колоноскопия

Новообразований в анальном канале и прямой кишке не выявлено. Глубина исследования видеоденситом — терминальный отдел подвздошной кишки, примерно на 5-6 см от илеоцекального клапана. Слизистая оболочка светло-розовая, сосудистый рисунок петлистого типа. Илеоцекальный клапан губовидной формы, функция не нарушена, слизистая оболочка его розовая. Просвет толстой кишки хорошо расправляется воздухом. Тонус кишечной стенки в норме, перистальтика прослеживается. Гаустрация правильная. Форма просвета соответствует отделу кишки. Слизистая оболочка толстой кишки розовая. Сосудистый рисунок просматривается хорошо.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, рубцевание
- Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, ассоциированная с *H. pylori*, обострение
- Язвенная болезнь с локализацией язвы средних размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка, обострение
- Язвенная болезнь с локализацией язвы больших размеров (0,5 см) по большой кривизне желудка

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

- ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина
- ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина

-H<sub>2</sub>-блокатора, антацида, метронидазола

-ингибитора протонной помпы, H<sub>2</sub>-блокатора, гентамицина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

- 6-8
- 3-5
- 16-18
- 10-14

Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

- 10-12
- 7-9
- 4-6
- 1-3

В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

- 10
- 7
- 9
- 1

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)

- 10
- 7
- 25

-15

Пациент относится к группе состояния здоровья

- II
- IIIa
- I
- IIIb

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет \_\_\_\_ раз/раза

- 4
- 2
- 3
- 1

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет  
\_\_\_\_\_ раз/раза

- 1
- 4
- 2
- 3

Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка с момента последнего обострения составляет (в годах)

- 5
- 2
- 1
- 3

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №55

Женщина 50 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

#### Жалобы

на эпизоды повышения АД до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД, на боль в поясничном отделе позвоночника.

#### Анамнез заболевания

Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 160/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование высшее.

Работает.

Наследственность: мать 78-ми лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда.

Гинекологический анамнез отягощен – менопауза с 35 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Ведет малоподвижный образ жизни.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ=26,8 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 86 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: болезненность при пальпации в области паравертебральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты, *10 <sup>12</sup> /л	4,3	м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	142	м. 132-164 ж. 115-145
ЦП	0,97	0,85-1,05
Ретикулоциты, %	-	2-12
СОЭ, мм/ч	7	м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	172,0	180-320
Гематокрит, %	40,7	м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	8,0	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

##### Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Норма
Цвет	желтая	от светло- до темно-желтого
Прозрачность	полная	полная
pH	5,05	5,0-7,0

Показатель	Результат	Норма
Отн. плотность утренней порции	1018	1010 и выше
Белок	-	не более 0,033 г/л
Сахар	-	-
Кетоновые тела	-	-
Уробилин	-	-
Билирубин	-	-
Микроскопия		
Эритроциты	1-2 в поле зрения	единичные в препарате
Лейкоциты	1-2 в поле зрения	м. 0-3 в поле зрения ж. 0-5 в поле зрения
Эпителий	эпител. клетки плоские умер. кол-во	плоский единичный в поле зрения
Цилиндры	-	единичные гиалиновые в препарате
Микробное число	бактерии умер. кол-во	не более 50 000 бактерий в 1 мл

Исследование глюкозы в плазме крови (натощак)

Глюкоза в плазме крови натощак 5,5 ммоль/л

Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

Показатель	Результат	Ед.измерения	Норма
Холестерин общий	4,99	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,47	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,52	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	3,2	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	2,28		(2,28-3,02)

Уровень креатинина плазмы

Креатинин 0,78 мг/дл, СКФ по формуле CKD-EPI = 89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	1500	0-4000
Эритроциты (BLD), в 1 мл	300	0-1000
Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: зернистые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: восковидные, Ед/мл	0	0-20

Показатель	Результат	Норма
Цилиндры: другие, Ед/мл	0	0-20

### Результаты инструментальных методов обследования

#### Суточное мониторирование АД

АД: макс. 168/100 мм рт.ст., миним. 115/79 мм рт.ст., в среднем 155/98 мм рт.ст. ЧСС: макс. 83 в мин., минимально 61 в мин., в среднем 72 в мин. Снижение АД (САД и ДАД) ночью – 0% и 0% (норма 10-20%). Индекс гипертонии по САД=35%, по ДАД=47% (норма 0-25%, умеренно повышенный 25-50%, высокий > 50%).

#### ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 68 в минуту, PR 140 мсек., QRS 88 мсек., QTc 404 мсек., нормальное положение ЭОС, отриц. зубец Т в отв. V1.

#### Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 4,7 см; KDO 107 мл; KSO 26 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0; ЗС 1,1 см; ИММЛЖ 104 г/м<sup>2</sup>. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=56%. Нарушение локальной сократимости: нет. Диастолическая функция: E/A=1,3. Полость правого желудочка: 1,8 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,35 см, характер движения стенок: не изменён. Левое предсердие: 49 мл. Правое предсердие: 49 мл. Митральный клапан не изменён, регургитации нет. Аортальный клапан не изменён, регургитации нет. Триkuspidальный клапан не изменён, регургитации нет. Клапан лёгочной артерии: признаков лёгочной гипертензии нет, регургитации нет. Диаметр корня аорты: 3,3 см. Стенки аорты умеренно уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: сократительная способность миокарда сохранена, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.

#### Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Общие (ОСА), наружные (НСА) и внутренние (ВСА) сонные артерии в экстракраниальных отделах визуализированы. Комплекс интима-медиа (КИМ) ОСА не изменен, толщина комплекса в типичном для измерения месте 0,5 мм, контур ровный, не уплотнен, дифференцировка на слои не нарушена. Атеросклеротических бляшек нет.

Заключение: патологии не выявлено.

#### УЗИ почек

Почки обычно расположены, нормальных размеров, паренхима толщиной 15-16 мм, с ровными контурами, дилатации ЧЛС и теней конкрементов не выявлено, область надпочечников не изменена.

Заключение: патологии не выявлено.

#### УЗИ щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

#### Какой основной диагноз?

- гипертоническая болезнь
- АГ сосудистого генеза
- почечная АГ
- нейроциркуляторная дистония

У пациентки \_\_\_\_\_ стадия ГБ

- 2
- 3
- 1
- 0

У пациентки \_\_\_\_\_ АГ

- 1 степень
  - 2 степень
  - ~3 степень
  - ~изолированная систолическая
- }

У пациентки \_\_\_\_\_ риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- низкий
- средний
- высокий
- очень высокий

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

- GRACE
- SCORE
- CHA2DS2-VASc
- TIMI

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рекомендовать

- снижение массы тела
- избегать переохлаждений
- интенсивные физические нагрузки
- увеличение массы тела

Больной следует назначить

- комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов
- монотерапию диуретиками
- монотерапию бета-адреноблокаторами
- комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов

Целевым для пациентки является АД < \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 150/85
- 140/90
- 150/90
- 140/85

Больной рекомендуется

- лечение в амбулаторных условиях

- госпитализация в кардиологический стационар
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в терапевтический стационар

Учитывая раннее начало менопаузы (гистерэктомия в 35 лет) и жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника для исключения остеопороза больной необходимо выполнить

- костную ультрасонометрию
- МРТ позвоночника
- рентгенографию позвоночника в 2 проекциях
- денситометрию

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №56

Мужчина 57 лет обратился к участковому терапевту

Жалобы на одышку при доступных ранее физических нагрузках.

### Анамнез заболевания

Самочувствие ухудшилось 1,5–2 месяца назад после перенесенного «простудного» заболевания.

### Анамнез жизни

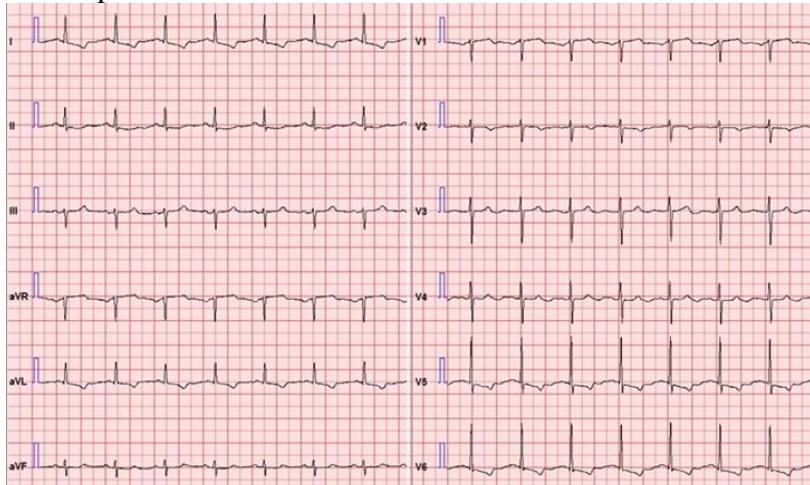
хронические заболевания отрицает.  
в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет  
профессиональных вредностей не имел  
аллергических реакций не было

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 177 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, грубый систолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во втором межреберье справа от грудины. Шум проводится на сосуды шеи и не проводится в левую подмышечную область. ЧСС 64 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Результаты инструментальных методов обследования

### Регистрация ЭКГ в 12 отведениях



## Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта уплотнена, диаметр восходящего отдела 4,1 см ( $N \leq 3,6$ ). Аортальный клапан трехстворчатый, с признаками выраженного кальциноза и снижением амплитуды раскрытия створок до 0,28 см ( $N > 1,5$ ), площадь аортального отверстия 0,7 см<sup>2</sup>, максимальная скорость кровотока – 5,0 м/с ( $N < 1,7$ ), максимальный градиент давления на аортальном клапане – 100 мм рт.ст., средний – 57 мм рт. ст., регургитация 1 степени (объем регургитации 17 мл). Толщина межжелудочковой перегородки 1,9 см ( $N < 1,1$ ), толщина задней стенки 1,7 см ( $N < 1,1$ ), конечный диастолический размер 4,7 см ( $N < 5,9$ ), индекс массы миокарда левого желудочка 165 г/м<sup>2</sup> ( $N \leq 95$ ), фракция выброса 58 % ( $N \geq 54$ ), диастолическая дисфункция 1-й степени. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан: створки уплотнены, скорость кровотока 0,78 м/с ( $N < 1,3$ ), регургитация 1–2 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 4,4 см ( $\leq 3,8$ ), объем 86 мл ( $\leq 52$ ). Диаметр легочной артерии 2,5 см ( $N < 2,1$ ), системическое давление в легочной артерии 45 мм рт. ст. ( $N < 30$ ). Кровоток на клапане легочной артерии 0,8 м/сек ( $N < 0,9$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,7 см ( $N \leq 3,3$ ). Триkuspidальный клапан не изменен, кровоток 0,65 м/сек ( $N < 0,7$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,7 см ( $N < 4,0$ ), объем 44 мл ( $N < 58$ ). Нижняя полая вена на выдохе 1,9 см ( $N \leq 2,2$ ), на вдохе 0,8 см ( $N$  – спадение в вдохе  $> 50\%$ ). Полость перикарда не изменена.

Заключение: Уплотнение стенок аорты. Дегенеративные изменения аортального клапана с формированием комбинированного порока: тяжелый стеноз и небольшая недостаточность аортального клапана. Небольшая дилатация восходящего отдела аорты. Умеренная дилатация левого предсердия. Выраженная концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Нарушения локальной сократимости не выявлено. От небольшой к умеренной недостаточности митрального клапана. Небольшая недостаточность трикуспидального клапана. Диастолическая функция нарушена по 1 типу. Умеренная посткапиллярная легочная гипертензия.

## Нагрузочная пробы под ЭКГ-контролем

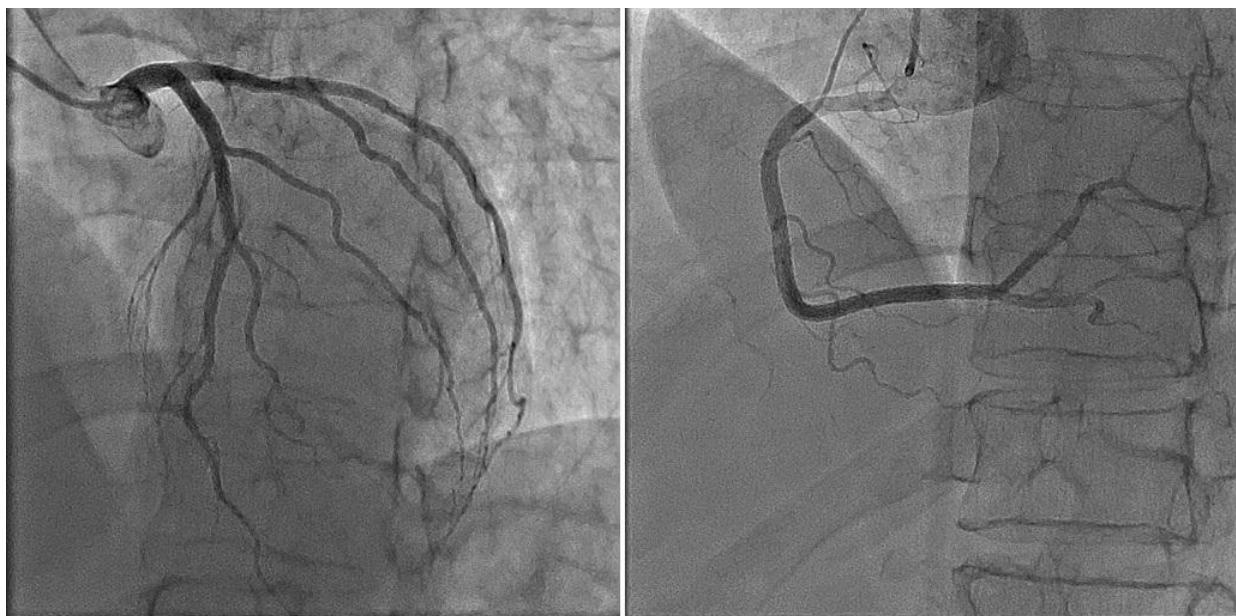
В проведении исследования отказано из-за наличия противопоказаний

## Амбулаторное (суточное) мониторирование АД

Показатель	Результат	Норма
Средний уровень САД днем, мм рт. ст.	132	<140
Средний уровень САД ночью, мм рт. ст.	111	<120
Ночное снижение САД, %	16	10–22
Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст.	74	<80
Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст.	63	<70
Ночное снижение ДАД, %	15	10–22

## Результаты обследования

### Коронарная ангиография



**Заключение:** признаков гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено

На основании клинических данных можно заподозрить  
-обструктивную ГКМП  
-аортальный стеноз  
-триkuspidальную недостаточность  
-митральную недостаточность

На зарегистрированной ЭКГ имеются признаки  
-ишемии миокарда  
-гипертрофии левого желудочка  
-гипертрофии правого желудочка  
-фибрилляции предсердий

По данным эхокардиографического исследования у пациента имеется дегенеративный аортальный порок сердца  
-умеренный стеноз и небольшая недостаточность  
-небольшой стеноз и небольшая недостаточность  
-тяжелый стеноз и небольшая недостаточность  
-умеренный стеноз и умеренная недостаточность

Предъявляемые пациентом жалобы являются проявлением  
-Хронической сердечной недостаточности  
-Анемии  
-Острой сердечной недостаточности  
-Легочной недостаточности

Предъявляемые пациентом жалобы соответствуют \_\_\_\_\_ функциональному классу ХСН  
-I  
-III  
-IV  
-II

Результаты проведенного исследования позволяют диагностировать \_\_\_\_\_ стадию ХСН

- I
- II А
- III
- II Б

Протезирование аортального клапана в данном случае

- возможно (IIa)
- не показано (III)
- не желательно (IIb)
- Показано (I)

Перед протезированием аортального клапана пациенту следует провести

- нагрузочную пробу под ЭКГ-контролем
- коронарную ангиографию
- нагрузочную пробу под визуальным контролем
- суточное мониторирование ЭКГ

После имплантации механического клапана пациенту следует назначить

- дабигатран
- варфарин
- ривароксабан
- ацетилсалициловую кислоту

Профилактика тромбоэмбологических осложнений после имплантации механического клапана должна проводиться

- в течение 6 месяцев
- в течение года
- не менее 3 месяцев
- пожизненно

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №57

25.10.2017г. на прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

### Жалобы

на небольшое повышение температуры, познабливание, умеренную головную боль, першение и сухость в горле и носу, заложенность носа, скудный насморк, приступообразный сухой кашель.

### Анамнез заболевания

Заболевание началось постепенно с недомогания, познабливания, небольшой головной боли, повышения температуры тела до 37,3°C, першения, сухости, жжения в ротоглотке, заложенности носа. На 2-ой день появились скудные слизистые выделения из носа и сухой кашель.

### Анамнез жизни

Пенсионер.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРВИ, детские инфекции.

Вредные привычки: отрицают.

Проживает в отдельной квартире с женой, дочерью, зятем, 7-летним внуком.

Эпиданамнез: внук на днях перенес респираторно-синцитиальную инфекцию  
Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

#### Объективный статус

Температура тела 37,5°C. Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Инъекция сосудов склер не выражена.

Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки умеренно гиперемирована с усиленным сосудистым рисунком. Отмечается ее зернистость за счет увеличенных фолликулов по задней стенке глотки, там же стекают прозрачные слизистые выделения. Миндалины не увеличены, налетов нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

АД-130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Физиологические оправления в норме.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР - диагностика

Обнаружена РНК Respiratory syncytial virus

Выявление антигенов вирусов эпителии ротоглотки методом ИФА, РИФ

Обнаружен антиген Respiratory syncytial virus

Посев крови на флору

Роста нет

#### Реакция связывания комплемента (РСК)

Результат отрицательный

#### Какой основной диагноз?

-Аденовирусная инфекция, средней степени тяжести

-Респираторно-синцитиальная инфекция, назофарингит, легкой степени тяжести

-Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

-Риновирусная инфекция, средней степени тяжести

Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно развитие

-ларингита, ложного крупса

-ринита, фарингита

-фарингита, тонзиллита

-бронхита, бронхиолита

Симптомами тяжелого течения респираторно-синцитиальной инфекции являются

-продуктивный кашель, грубая пятнисто-папулезная сыпь

-продуктивный кашель, острый кератоконъюнктивит

-нарастающая одышка, акроцианоз

-иктеричность кожных покровов и слизистых, повышение температуры до 38,8°C

Одним из осложнений респираторно-синцитиальной инфекции является

-отит

-печечно-почечная недостаточность

-синдром Рейтера

-острый кератоконъюнктивит

Дифференциальную диагностику респираторно-синцитиальной инфекции в начальный период проводят с

- скарлатиной, корью, краснухой
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- менингококковым назофарингитом, аденоизом, аденовирусной инфекцией, парагриппом
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией

Показанием к госпитализации при респираторно-синцитиальной инфекции является

- острый кератоконъюнктивит
- повышение артериального давления
- выраженный диарейный синдром
- одышка с болями в грудной клетке

Патогенетическое и симптоматическое лечение респираторно-синцитиальной инфекции средне-тяжелого течения, включает назначение

- жаропонижающих препаратов
- дезинтоксикационной терапии парентерально
- сосудосуживающих препаратов интраназально
- регидратационной терапии парентерально

Применение антибиотиков при респираторно-синцитиальной инфекции показано

- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- при наличии лихорадки выше 38,5°C
- в случае длительно сохраняющегося ринита

В лечении неосложненной респираторно-синцитиальной инфекции средней степени тяжести используется терапия

- симптоматическая
- гормональная
- гемостатическая
- антибактериальная

Химиопрепаратором, применяемым для профилактики респираторно-синцитиальной инфекции, является

- ремантадин
- умифеновир
- осельтамивир
- ламивудин

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №58

Больная 46 лет обратилась в поликлинику

### Жалобы

тульные боли после еды в верхних отделах живота с иррадиацией в спину

тошноту по утрам и после еды

горечь во рту

снижение аппетита

метеоризм и кишечное газообразование  
обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 2-3 раза в день.

#### Анамнез заболевания

Пять лет назад при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости были обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре диаметром от 5 до 18 мм. На рекомендованную холецистэктомию не согласилась. В течение последнего года появились и нарастали указанные жалобы. Из-за ограничений в питании и диареи снизила массу тела на 6 кг.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.

Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.

Родов 2. Менструальный цикл не изменен.

Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

#### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 24. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным белым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. Множество мелких гемангиом на коже верхних отделов живота. Печень перкуторно – по краю реберной дуги.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у женщин
Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	4,1	3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	132	115-145
Цветовой показатель	0,82	0,82-1,05
СОЭ, мм/ч	24	2,0-15,0
Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	280	180-320
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	8,2	4,0-8,8
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	68	45,0-70,0
Эозинофилы, %	-	0-5
Базофилы, %	-	0-1
Лимфоциты, %	23	18,0-40,0
Моноциты, %	7	2-9

##### Биохимический анализ крови

Показатель крови	Обнаруженное значение	Норматив
Общий белок, г/л	62	64 – 82

Показатель крови	Обнаруженное значение	Норматив
Мочевина, ммоль/л	5,1	2,5 - 6,4
Креатинин, мкмоль/л	88	53 – 115
Холестерин общий, ммоль/л	6,4	1,4 - 5,7
Билирубин общий, мкмоль/л	19,2	3,0 - 17,0
Билирубин прямой, мкмоль/л	2,2	0,0 - 3,0
АЛТ, Ед/л	42,0	15,0 - 61,0
АСТ, Ед/л	36,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза, Ед/л	108,0	50,0 - 136,0
Альфа-Амилаза, Ед/л	110,0	25,0 - 115,0
Глюкоза, ммоль/л	5,0	3,89 – 5,83

#### Копрологическое исследование

Показатель	Обнаруженное значение	Норматив
Консистенция	Рыхлая	Плотная
Форма	Неоформл	Оформленный
Цвет	Коричневый	Коричневый
Запах	Каловый	Нерезкий каловый
Слизь	Отсутствует	Отсутствует
Остатки непереваренной пищи	Незначительное количество	Отсутствуют
Реакция на скрытую кровь	Отрицательная	Отрицательная
Реакция на стеркобилин	Положительная	Положительная
Реакция на билирубин	Отрицательная	Отрицательная
Мышечные волокна	5-6 в препарате	Единичные в препарате
Соединительная ткань	Единичные волокна	Отсутствует
Жир нейтральный	+++	Отсутствует
Жирные кислоты	++	Отсутствуют
Растительная клетчатка переваренная	+++	Единичные в препарате
Зерна крахмала	6-8 в препарате	Отсутствуют
Йодофильная флора	Умеренное количество	Единичные в препарате
Лейкоциты	1-2 в препарате	Отсутствуют
Эритроциты	Отсутствуют	Отсутствуют
Яйца гельминтов	Отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибы	+	Отсутствуют

Определение антигенов *H. pylori* в кале

Антигены *H. pylori* в кале не обнаружены

Исследование кала на кишечную группу инфекций

Роста патогенной микрофлоры кишечной группы в кале не обнаружено

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).

Желчный пузырь расположен типично, имеет динамический перегиб в теле, стенки неравномерно утолщены до 3 мм. Содержимое неоднородное за счет мелкодисперсной взвеси. В полости пузыря определяются конкременты, занимающие до трети его объема, диаметр наиболее крупного 15 мм. Общий желчный проток визуализируется на протяжении 2 см, диаметр его 5 мм.

Эхогенность поджелудочной железы повышенна относительно ткани печени. Контуры неровные с размытыми очертаниями. Паренхима железы грубозернистая, неоднородная за счет чередования зон повышенной и пониженной эхогенности. Просвет панкреатического протока прослеживается, неравномерен без отчетливого расширения.

Заключение: картина соответствует холецистолитиазу, хроническому паренхиматозному панкреатиту.

#### Магнитно-резонансная томография брюшной полости

Печень не увеличена. Ее размеры: 122 (вертикальный) × 167 (горизонтальный) мм. Очаговых изменений в паренхиме печени не выявлено. На МР-томограммах и МР-холангограммах внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Диаметр общего желчного протока в пределах 3 мм. Желчный пузырь умеренно деформирован за счет перегиба в области шейки, не увеличен, в просвете мелкодисперсная взвесь, множественные конкременты диаметром от 6 до 15 мм. Сосудистый рисунок в системах воротной и печеночных вен не изменен, воротная вена не расширена. Ее диаметр в пределах 10 мм. Интрапеченочный сегмент нижней полой вены не сужен. Со стороны поджелудочной железы отмечено неравномерное утолщение капсулы. Паренхима органа уплотнена с зонами фиброза. Дольчатость структуры отчетливо не определяется. Вирсунгов проток проходит, неравномерно расширен, на отдельных участках до 4 мм. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Селезенка не увеличена. Ее размеры 126×60×40 мм. Селезеночный индекс 302 (n<420). Структура селезенки гомогенная. Селезеночная вена не расширена. Почки обычной формы и размеров. Размеры левой почки 108×54 мм, размеры правой почки 106×44 мм. Дифференцировка коркового мозгового вещества не нарушена. Очаговых изменений в паренхиме почек не выявлено. Края почек ровные. Полостные системы почек не расширены. Надпочечники обычной формы и размеров. Дополнительных тканевых и жидкостных образований в области надпочечников не выявлено. Брюшная аорта и ее ветви без видимых патологических изменений. Нижняя полая вена без видимых патологических изменений. Гиперплазии абдоминальных лимфоузлов не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Патологических изменений сигнала от костной структуры визуализированных позвонков не определяется.

Заключение: Холецистолитиаз. Хронический паренхиматозный панкреатит.

#### Манометрия сфинктера Одди

Базальное давление сфинктера Одди – 55 мм рт.ст. (норматив 10-20 мм рт.ст.), частота фазовых сокращений – 10 в минуту (норматив 3-6 в минуту), амплитуда фазовых волн – 250 мм рт.ст. (норматив 100-140 мм рт.ст.), доля ретроградных сокращений – 60% (норматив 5-20%).

Заключение: дисфункция сфинктера Одди.

Какой диагноз основного заболевания?

- Хронический билиарнозависимый фиброзно-склеротический панкреатит, болевая форма, часто рецидивирующее течение на фоне желчнокаменной болезни
- Хронический билиарнозависимый интерстициально-отечный панкреатит, болевая форма, часто рецидивирующее течение на фоне желчнокаменной болезни
- Хронический билиарнозависимый рецидивирующий фиброзно-склеротический панкреатит с экзогенной панкреатической недостаточностью на фоне желчнокаменной болезни

-Хронический билиарнозависимый паренхиматозный панкреатит с экзогенной панкреатической недостаточностью, персистирующее течение на фоне желчнокаменной болезни

Уточнение состояния панкреатобилиарной зоны у пациентки следует начать с

- магнитно-резонансной томография органов брюшной полости
- компьютерной томографии органов брюшной полости
- обзорного рентгеновского снимка брюшной полости
- ультразвукового сканирования органов брюшной полости

Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы у больной подтвердит

- определение суточной потери жира с калом
- тест Лунда
- определение панкреатической эластазы в кале
- копрологическое исследование

Помимо низкого содержания жиров диетическая терапия при функциональной панкреатической недостаточности предусматривает

- снижение содержания белков и углеводов
- низкое содержание углеводов, высокое содержание белков
- достаточное содержание белков и углеводов
- низкое содержание белков, достаточное содержание углеводов

Оптимальная заместительная полиферментная терапия предполагает преимущественное использование препаратов

- в форме минимикросфер
- в форме суспензии
- в кишечнорастворимых оболочках
- в форме минитаблеток

Критерием достаточности заместительной полиферментной терапии являются

- повышение содержания панкреатической эластазы в кале
- нормализация показателей копрограммы
- снижение потерь нейтрального жира с калом
- исчезновение полифекалии и диспепсии

Для купирования болевых ощущений у пациентки целесообразно назначение комбинации препаратов

- гимекромона и урсодезоксихолевой кислоты
- рабепразола и урсодезоксихолевой кислоты
- гимекромона и рабепразола
- гимекромона и фамотидина

Показания к оперативному лечению пациентки определяются

- формированием эндокринной панкреатической недостаточности

- возможностью осложнений желчнокаменной болезни
- возможностью развития рака поджелудочной железы
- прогрессированием экзокринной панкреатической недостаточности

Помимо больших размеров конкрементов возможность эффективной литолитической терапии у пациентки ограничена

- наличием множественных конкрементов, наличием хронического панкреатита
- давностью конкрементов свыше 5 лет, наличием хронической диареи
- принадлежностью к женскому полу, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы
- наличием множественных конкрементов, сохраненной менструальной функцией

Заместительная полиферментная терапия должна назначаться из расчета

- 40-60 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием
- 25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием
- 10-20 тыс. ед. липазы только в основные приемы пищи
- 10-20 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10 тыс. ед. в промежуточный прием

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №59

Больная З., 57 лет, юрист, обратилась к врачу-терапевту участковому

### Жалобы

на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, однократную рвоту, многократный жидкий стул, сухость во рту, жажду

### Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастральной области, возникающие после приема жирной пищи (жареная утка, торт со взбитыми сливками), выраженная диарея, сохраняющаяся до 5 дней, при болях принимала но-шпу, мезим. Отмечает появление диареи при небольшой погрешности в диете, употреблении жирной жареной пищи, пирогов, обострения заболевания бывают 3-4 раза в год. В течение последнего года стала отмечать жажду и сухость во рту, диагностирован сахарный диабет. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последней недели, когда после употребления жареной картошки с курицей появились опоясывающие боли в эпигастрии, возникла диарея до 7 раз в сутки, однократно была рвота съеденной пищей.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Бытовые условия хорошие. Вредных привычек нет.

Семейный анамнез: отец пациентки умер в возрасте 59 лет от меланомы кожи. Перенесенные заболевания: в возрасте 46 лет оперирована по поводу желчно-каменной болезни, проведена эндоскопическая холецистэктомия.

На протяжении последних 7 лет диагностирована гипертоническая болезнь, с максимальными подъемами АД до 162/100 мм.рт.ст. постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больная гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=30,3 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Границы сердца в норме, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 132/80 мм рт ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области.

Симптом Ортнера отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,2	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	138	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	43	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,9	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	85	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	33,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	1	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	270	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	5,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	63	47-72
Эозинофилы, %	4	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	8	м. 2-10 ж. 2-15

Биохимический анализ крови с определением АлТ, АсТ, амилазы, билирубина, ЩФ, ГГТП, глюкозы, гликированного гемоглобина

Показатель	Результат	Норма
АлТ	18	<45 ЕД/л
АсТ	22	<35 ЕД/л
ЩФ	208	141-460 ЕД/л
Билирубин общий	12,8	3,4-20 ммоль/л
Амилаза	140	10-124 ЕД/л
ГГТП	32	7-24 ЕД/л
Глюкоза	12,7	3,5-6,2 ммоль/л
Гликированный гемоглобин	7,5	<6,5%

Анализ крови с определением уровня тропонина I

Тропонин I менее 0,0001 мг/мл (норма менее 0,028 мг/мл)

Общий анализ мокроты

Характер: слизистая, цвет: прозрачный. Запах: отсутствует. Эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – единичные в препарате. Эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, альвеолярные макрофаги – отсутствуют. Микобактерии туберкулеза – не обнаружены.

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена, паренхима ее однородной эхогенности. Вне- и внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Ductus holedochus – 0,5 см. V.portae 1,0 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа увеличена, диффузно неоднородная, повышенной эхогенности . Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

##### МСКТ органов брюшной полости

Выявлены признаки дистрофии поджелудочной железы с ее фиброзными изменениями, наличием кальцинатов и конкрементов. Обнаружена псевдокиста поджелудочной железы.

##### Функция внешнего дыхания

ЖЕЛ - 4,6 л (86%), ОФВ1 -4,15 л/с (93%). ЖЕЛ в норме, показатели проходимости бронхиальных путей в норме. Признаков обструкции дыхательных путей не выявлено

##### Сцинтиграфия печени

Печень нормальной формы, размеров и положения. Накопление радионуклидов удовлетворительное, распределение равномерное

Какой диагноз можно поставить данной больной?

- Желчнокаменная болезнь
- Первичный билиарный цирроз
- Хронический холецистит в стадии обострения
- Хронический панкреатит, в стадии обострения

К возможным осложнениям основного заболевания относится

- гепатолиенальный синдром
- холедохолитиаз
- нефротический синдром
- псевдокисты

Сочетанным заболеванием у пациентки является

- гипертоническая болезнь
- первичный гиперальдостеронизм
- ИБС: Стенокардия напряжения II ф.к
- феохромоцитома

Пациентке необходимо назначить

- желчегонные
- ферментные препараты
- сульфасалазин
- препараты висмута

Для коррекции гипергликемии больной показано назначение

- метформина
- сиафора
- инсулина

-диабетона

- Показателем определения компенсации сахарного диабета является
- общий гемоглобин
  - С-пептид
  - гликозилированный гемоглобин
  - кетонурия

К выявленным синдромам у пациентки относится

- портальная гипертензия
- внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- холестатический
- цитолитический

Наиболее вероятной причиной возникновения гипергликемии у данной пациентки является

- несахарный диабет
- панкреатогенный сахарный диабет
- сахарный диабет 2 типа
- сахарный диабет 1 типа

К внепанкреатическим источникам гиперамилаземии и гиперамилазурии относят

- болезни слюнных желез
- легочную гипертензию
- острый коронарный синдром
- печеночную недостаточность

Препаратами выбора для лечения гипертонической болезни у данной больной являются

- антагонисты кальция
- ингибиторы АПФ
- бета-блокаторы
- диуретики

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №60

Мужчина 30 лет, инженер, обратился в поликлинику

### Жалобы

Слабость, потемнение цвета мочи

### Анамнез заболевания

5 лет назад после переохлаждения были отеки голеней, протеинурия и гематурия. Проводилась антибактериальная терапия. В дальнейшем при простудных заболеваниях на 2-3 день отмечал потемнение цвета мочи. В анализах мочи эпизодически выявлялась микрогематурия, функция почек была сохранной. Год назад обратился к урологу - по данным МСКТ с контрастированием данных за урологическую причину гематурии не получено. Настоящее ухудшение состояния после очередного обострения тонзиллита.

### Анамнез жизни

Вредные привычки: курит в течение 10 лет, алкоголь употребляет эпизодически

Травмы, операции отрицает

Обострения тонзиллита до 4 раз в год, лечение консервативное

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны, ясные, шумов нет. ЧСС 72 в мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области слабо положительный с 2-х сторон, дизурии нет.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	150 мл
цвет	темный
прозрачность	мутная
реакция	кислая
Удельная плотность	1020
белок	0,62 г/л
уробилин	отсутствует
лейкоциты	3-4 в поле зрения
эритроциты	более 100 в поле зрения
цилиндры	эритроцитарные
эпителий	отсутствует
бактерии	отсутствуют
слизь	немного
соли	нет

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 - 82	70
Альбумин	32 - 48	40
Мочевина	2,5 - 6,4	5,2
Креатинин	53 - 115	100
Холестерин общий	1,4 - 5,7	4,2
Триглицериды	0,20 - 1,70	2,5
Калий	3,5 – 5,0	4,2
Натрий	135-145	140
АЛТ	15,0 - 61,0	15,0
АСТ	15,0 - 37,0	19,0
Кальций	2,15 - 2,5	2,2
Мочевая кислота	155,0 - 428,0	300
Глюкоза	3,89 – 5,83	4,0

#### Общий анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	135,0

Наименование	Нормы	Результат
Гематокрит	35,0 - 47,0	35
Лейкоциты	4,00 - 9,00	7,2
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,37
Тромбоциты	150,0 - 320,0	308,0
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	86
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	29
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	340
Инд.распр.эр-тов коэф.вар.	11,50 - 14,50	13,5
Средний объем тромбоцита	7,40 - 10,40	9,50
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	1,66
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20 - 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	20

#### Проба Зимницкого

Порция мочи Время Кол-во Мочи (мл) Удельный вес

1	9.00	100	1028	
2	12.00	150	1020	
3	15.00	200	1016	
4	18.00	250	1020	ДД 700 мл
5	21.00	150	1018	
6	24.00	100	1018	
7	3.00	70	1020	
8	6.00	180	1030	НД 500 мл СД 1200 мл

#### Посев крови

Показатель	Результат	Референсные значения
Выделенные микроорганизмы	Роста не обнаружено	Роста не обнаружено
Чувствительность к АБ: Определение чувствительности к S – чувствителен + Ванкомицин антибиотикам проводится при выявлении R – резистентный Гентамицин роста микроорганизмов I – умеренно		

Показатель	Результат	Референсные значения
Клиндамицин		чувствительный
Оксациллин		
Рафамицин		
Фузидиевая кислота		
Ампицилин		
Нитрофурантоин		
Норфлоксацин		

#### Определение белка Бенс-Джонса

Показатель	Результат	Единицы	Референсные значения
Альбумин в моче	Не обнаружен	%	не обнар
Белок Бенс-Джонса, экскреция	Не обнаружен	г/сут	не обнаруж.
Общий белок мочи, экскреция	0,001	г/сут	<0,080

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Ультразвуковое исследование почек

Контуры почек ровные, четкие, размеры 114x70 мм, толщина паренхимы 19 мм, нормальной эхогенности, однородная. Кортико-медуллярная дифференциация слоев сохранна. ЧЛС не расширена. Конкрементов, кист нет.

Наиболее вероятным диагнозом у пациента является

- Острый пиелонефрит
- Острый гломерулонефрит
- Мочекаменная болезнь с развитием почечной колики
- Хронический гломерулонефрит гематурического типа

Ведущим синдромом у данного пациента является

- нефротический
- гипертонический
- мочевой
- остронафротический

Мочевой синдром характерен для

- неполного удвоения почки
- первичных и вторичных гломерулонефритов, тубулоинтерстициального нефрита
- почечного несахарного диабета, фибромукулярной дисплазии почечной артерии, гипоплазии почки
- подковообразной почки

Исследования, позволяющие оценить природу гематурии, включают

- определение суточной глюкозурии, суточной протеинурии, уровня гликозилированного гемоглобина
- УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопию, компьютерную томографию почек с контрастированием, фазово-контрастную микроскопию осадка мочи
- общий анализ мочи, пробу Нечипоренко, пробу Зимницкого, пробу Реберга

-урофлоуметрию, посевы мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, позитронно-эмиссионную томографию, измерение центрального венозного давления

Показаниями к иммуносупрессивной терапии при гематурическом нефрите являются  
-протеинурия менее 1 г/сут, артериальная гипертензия 2-3 степени  
-снижение СКФ, уменьшение размеров почек, истончение паренхимы  
-протеинурия менее 1 г/сут, артериальная гипертензия 1-2 степени, сохранная функция почек  
-протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, быстропрогрессирующая почечная недостаточность

Общие немедикаментозные принципы лечения гематурического нефрита заключаются в  
-соблюдении общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки)  
-соблюдении общего режима, расширенная физическая нагрузка, высокобелковая диета  
-соблюдении постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и животного белка  
-соблюдении общего режима, диеты с ограничением поваренной соли, санации очагов инфекции

Препаратами для лечения больных гематурическим нефритом с протеинурией 0,5-1 г/сут и нормальной СКФ являются  
-коагулянты непрямого действия  
-антибиотики широкого спектра  
-глюкокортикоиды в сверхвысоких дозах, алкилирующие цитостатики, низкомолекулярные гепарины  
-ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)

Больным гематурическим нефритом назначение иАПФ или БРА не требуется при наличии  
-протеинурии более 1 г/сут в сочетании с артериальной гипертонией  
-изолированной гематурии, протеинурии менее 0,5 г/сут с нормальным АД и сохранной функцией почек  
-протеинурии более 1 г/сут в сочетании с умеренным снижением скорости клубочковой фильтрации  
-нефротического синдрома и артериальной гипертонии

Показаниями к проведению биопсии почки при гематурическом нефрите являются  
-персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстропрогрессирующая почечная недостаточность  
-протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек  
-выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации с уменьшением размеров почек и истончением их паренхимы, признаки уремии  
-протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертония

К лабораторным критериям неблагоприятного прогноза IgA-нефропатии относятся  
-протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертония  
-выявляемые на момент установления диагноза или в течение заболевания снижение СКФ или повышение уровня креатинина, артериальная гипертензия, персистирующая протеинурия  $\geq 1$  г/сут

-выявляемые на момент установления диагноза нормальный уровень сывороточного креатинина и СКФ, протеинурия менее 0,5 г/сут, нормальный индекс массы тела, отсутствие гиперлипидемии  
-протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №61

Больная 36 лет обратилась в поликлинику

### Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, увеличение количества выделяемой мочи (в том числе в ночное время – до 3-4 раз большими порциями), повышение температуры тела до 37,8°C, познабливание

### Анамнез заболевания

В юности наблюдались эпизоды болезненного мочеиспускания (после переохлаждения, половых контактов), иногда сопровождавшиеся ухудшением общего самочувствия, повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, по поводу которых короткими курсами по 3-5 дней самостоятельно принимала противомикробные препараты (5-НОК, нолицин, палин) с положительным эффектом. К врачу не обращалась, анализы мочи не контролировала.

В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болезненного мочеиспускания с тянущими болями в поясничной области справа, лейкоцитурией, повышением температуры тела до 37,5°C, лечилась антибиотиками, фитопрепаратами. Примерно 6 лет назад отметила нарастание слабости, быструю утомляемость, головные боли, было выявлено повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.); в течение последних 3-4 лет непостоянно принимает амлодипин в дозе 5 мг/сут, а также капотен в дозе 25 мг/сут (при АД > 150/90 мм рт. ст.). Указанные жалобы появились 2 дня назад после переохлаждения. Начала прием канефрана без четкого положительного эффекта.

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: В 23 года – аппендицитомия.

Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабка), по отцовской линии генерализованный атеросклероз (отец, дед), мочекаменная болезнь (дед).

Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом.

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

### Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Рост 162 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются.

Мочеиспускание свободное, периодически болезненное. Почки не пальпируются.  
Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.  
Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	130мл
цвет	желтый
прозрачность	мутная
реакция	Сл. щелочная
Удельная плотность	1008
белок	0,25 г/л
уробилин	отсутствует
нитриты	положительно
лейкоциты	сплошь в поле зрения
эритроциты	5-6 в поле зрения
цилиндры	лейкоцитарные
эпителий	Клетки почечного эпителия
бактерии	много
слизь	немного
соли	Фосфаты в небольшом количестве

#### Общий анализ крови

Параметр	Значение	Референсные значения
Гемоглобин	11,6	11,4-14,0 г/л
Гематокрит	34,0	32,0-40,0%
Тромбоциты	308	206-445 тыс/мкл
Лейкоциты	12,3	4-10 тыс/мкл
Нейтрофилы	72,5	29,0-54,0
СОЭ	25	< 12 мм/ч

Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам  
Рост E. coli  $10^6$  КОЕ/мл, Резистентна к амоксициллину, цефиксому, фуразидину.  
Чувствительна к левофлоксацину

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 - 82 г/л	70
Альбумин	32 - 48 г/л	40
Мочевина	2,5 - 6,4 ммоль/л	6,3
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	115
Калий	3,4 - 5,0 ммоль/л	4,9
Натрий	135-145 ммоль/л	138

Наименование	Нормы	Значение
Билирубин общий	3,0 - 17,0 мкмоль/л	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0 мкмоль/л	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0 Ед/л	15,0
АСТ Ед/л	15,0 - 37,0 Ед/л	19,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0 мкмоль/л	398,0
Глюкоза	3,89 – 5,83 ммоль/л	5,6
СКФ расчетная по CKD-EPI	90-120 мл/мин	61

#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Единицы	Референсные значения
АЧТВ	28,6	сек	25,4 - 36,9
Тромбиновое время (ТВ)	12,5	сек	10,3 - 16,6
Протромбин (по Квику)	98	%	78 - 142
Фибриноген	3,35	г/л	2,00 - 4,00

#### Исследование морфологии эритроцитов

Данный анализ выполняется при эритроцитурии более 2000 в мл

#### Показатель Результат Единицы Референсные значения

Эритроциты: Ед. в п/зр Ед. в п/зр <sup>в</sup> Не обнаружено

Неизмененные	Обнаружение измененных эритроцитов: <5% - негломерулярная гематурия 5-75% - смешанная гематурия 80% - гломерулярная гематурия
Измененные	

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ почек

Правая почка: контуры волнистые, размер 109x48 мм, толщина паренхимы 14 мм (норма 12-20 мм), эхогенность паренхимы повышенна. Кортико-медуллярная дифференцировка снижена. Чашечно-лоханочная система уплотнена, не расширена. Конкрементов нет.

Левая почка: контуры волнистые, размер 106x50 мм, толщина паренхимы 15 мм, эхогенность паренхимы повышенна. Кортико-медуллярная дифференцировка снижена. Чашечно-лоханочная система уплотнена, не расширена. Конкрементов нет.

##### Биопсия почки

Риск развития осложнений при проведении биопсии в данном случае превышает ожидаемую информативность исследования. Исследование не показано

Наиболее вероятным диагнозом является

- Обострение хронического пиелонефрита
- Хронический гломерулонефрит
- Обострение хронического цистита
- Острый пиелонефрит

Помимо консультации уролога данной пациентке показана консультация

- отоларинголога
- инфекциониста

- кардиолога
- гинеколога

Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является

- расширение чашечно-лоханочной системы
- снижение подвижности почки
- увеличение толщины паренхимы почки
- увеличение эхогенности паренхимы почки

Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита в первую очередь необходимо

- назначить диету с ограничением белков и жиров
- исключить обструкцию мочевыводящих путей
- перевести пациента на постельный режим
- ограничить количество потребляемой жидкости менее 1 л

Тактика ведения данной больной заключается в

- амбулаторном лечении
- госпитализации в кардиологическое отделение
- санаторно-курортном лечении
- экстренной госпитализации в урологическое отделение

Антибактериальная терапия данной пациентки заключается в

- однократном приеме фосфомицина в дозе 3 г внутрь на ночь
- приеме фуразидина внутрь в дозе 100 мг 3 р/сут
- perorальном приеме левофлоксацина внутрь по 500 мг 1 р/сут
- назначении ко-тримоксазола внутрь

Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной должна составлять

- 10-14 дней
- 5-7 дней
- 3-5 дней
- 21-28 день

К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся

- фторхинолоны
- макролиды
- пенициллины
- аминогликозиды

Дальнейшая тактика ведения данной пациентки после купирования обострения пиелонефрита заключается в

- соблюдении диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, постоянном приеме фуразидина, применении иАПФ
- длительном приеме мочегонных и антисептических трав или официальных растительных препаратов, коррекции артериального давления
- соблюдении диеты с ограничением соли, белка, продуктов, богатых калием, проведении курсов растительных уроантисептиков, физиотерапии
- длительном приеме низких доз антибиотиков с профилактической целью, продолжении приема амлодипина в более высокой дозе

Показанием к нефрэктомии при хроническом пиелонефrite является  
-односторонний нефросклероз с умеренным снижением функции  
-пузырно-мочеточниковый рефлюкс в пораженной почке  
-двухсторонний нефросклероз  
-развитие пионефроза

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №62

Больная К. 66 лет, библиотекарь, обратилась к врачу-терапевту участковому.

### Жалобы

на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при подъеме по лестнице до 3-го этажа, ходьбе ускоренным темпом более 500 м, проходящие в покое в течение 5-7 минут.

### Анамнез заболевания

Считает себя больной около 15 лет, когда при эмоциональном перенапряжении стали беспокоить головные боли, впервые было зафиксировано повышение АД до 150/90 мм рт.ст. По этому поводу к врачам не обращалась, не обследовалась, АД систематически не контролировала, по совету подруг принимала папазол, редко капотен. В последующем эпизоды повышения АД участились, стали достигать значений 170/100 мм рт.ст., что стало причиной обращения к врачу-терапевту участковому, которым после обследования больной (ЭКГ, биохимический анализ крови, общий анализ крови и мочи) был установлен диагноз «гипертоническая болезнь», назначено лечение эналаприлом по 5 мг 2 раза в день, которое пациентка продолжает до настоящего времени. АД контролирует редко, считает, что адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст. Боли в грудной клетке, провоцирующиеся физической нагрузкой, беспокоят около 2-х лет.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции.

Наследственность: отец умер от инфаркта в возрасте 50 лет, мать 86-ти лет жива, перенесла ишемический инсульт в возрасте 80 лет, родной брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 58 лет.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Масса тела – 78 кг, рост – 165 см. При перкуссии легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 20 в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 160/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	142

Наименование	Нормы	Результат
Гематокрит	35,0 - 47,0	40
Лейкоциты	4,00 - 9,00	6,4
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,5
Тромбоциты	150,0 - 320,0	222
СОЭ по Панченкову	2 - 20	9

Биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина

Показатель	Результат	Норма
Креатинин	68	44-115 мкмоль/л
Мочевина	7,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	376	120-430 мкмоль/л
Холестерин общий	6,2	3,3-5,8 ммоль/л
	<3	ммоль/л
ЛПНП	3,1	(умеренный СС риск), < 2,5 ммоль/л (высокий СС риск), < 1,8 ммоль/л (очень высокий СС риск)
ЛПВП	0,9	>1,2 ммоль/л
Глюкоза	4,9	3,5-6,2 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	4,8	<5,5%
Триглицериды	2,9	менее 1,7 ммоль/л

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭКГ в покое

Ритм синусовый. ЧСС – 80 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Косонисходящая депрессия ST на 1 мм в I, aVL, V5-V6. Индекс Соколова – Лайона – 38 мм.

##### ЭКГ в пробе с дозированной физической нагрузкой

При физической нагрузке 100 МЕТ увеличение ЧСС до 120 в мин, усугубление горизонтальной депрессии до 4 мм в I, aVL, V5-V6, появление новой депрессии в V3-V4 на 3 мм.

##### ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 13 мм. Признаков гипо- и акинезии в покое нет. ФВ ЛЖ – 63%. После внутривенного введения добутамина: появление зон гипокинезии в передне-перегородочных сегментах со снижением ФВ ЛЖ до 55%.

Какой диагноз можно поставить данной больной?

- ИБС: стабильная стенокардия II ФК.
- ИБС: нестабильная прогрессирующая стенокардия.
- Хроническая обструктивная болезнь легких, средней степени тяжести. Эмфизема легких.
- Дорсопатия грудного отдела позвоночника.

Немодифицируемым фактором риска ИБС у данной больной является

- артериальная гипертензия
- курение
- возраст
- гиперхолестеринемия

Основным дифференциально-диагностическим критерием стабильной стенокардии является

- воспроизведимость при пальпации грудной клетки
- связь с физической нагрузкой
- связь с приемом пищи
- связь с положением тела

Препаратором выбора для купирования приступа стабильной стенокардии является

- нитроглицерин
- промедол
- валидол
- салбутамол

Тактика ведения данной больной включает

- экстренную госпитализацию в терапевтическое отделение стационара
- амбулаторное лечение комбинированной антиишемической терапией
- отмену принимаемых препаратов в связи со стабильным состоянием больной
- экстренную госпитализацию в кардиохирургическое отделение стационара

Терапия стабильной стенокардии включает назначение

- миотропных спазмолитиков
- бета-адреномиметиков
- кардиоселективных бета-адреноблокаторов
- антикоагулянтов

К основному классу липид-снижающих препаратов, используемых у больных ИБС, относятся

- аспирин и клопидогрел
- статины
- ингибиторы протоновой помпы
- пролонгированные нитраты

Противопоказанием к назначению кардиоселективных бета-адреноблокаторов является

- блокада левой ножки пучка Гиса
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет 2 типа
- АВ-блокада II-III ст

Целевым уровнем холестерина ЛПНП у больного ИБС является значение \_\_\_\_\_ ммоль/л  
-более 5

- любое, при котором у пациента не рецидивируют приступы стенокардии
- менее 1,8
- менее 1,2

Медикаментозная схема, используемая в лечении больных стабильной стенокардией, включает

- антиагреганты + бета-адреноблокаторы + статины

- НПВС + антагонисты кальция + диуретики
- ингибиторы АПФ + диуретики + сердечные гликозиды
- фибринолитики + наркотические анальгетики + нитраты

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №63

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет

### Жалобы

Жалоб не предъявляет, пришла на диспансеризацию

### Анамнез заболевания

Хронические заболевания отрицает

Отмечает набор массы тела за последние 5 лет на 10 кг

В ходе диспансеризации впервые выявлено повышение глюкозы капиллярной крови до 6,7 ммоль/л

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

Работает продавцом

Перенесённые заболевания: простудные

Беременности – 1, роды – 1 (вес ребенка при рождении 4400 г)

Наследственность: у матери инфаркт миокарда в 54 года

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: отрицает

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,65 м, вес 88 кг, индекс массы тела 32,6 кг/м<sup>2</sup>, тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Глюкоза плазмы натощак

Показатель      Результат Нормы

Глюкоза, ммоль/л 7,8      3,5-6,1

#### Гликированный гемоглобин (HbA1c)

6.8%

#### Анализ мочи на суточную глюкозурию

Глюкоза, суточная экскреция – 4,6 ммоль/сут (норма < 2,8 ммоль/сут).

#### Коагулограмма

Показатель      Результат Нормы

Агрегация тромбоцитов      67,0      25,0-70,0 %

Показатель	Результат Нормы	
МНО	1,00	0,85-1,15
Протромбиновое время (по Квику)	11,5	9,8-12,7 сек
Протромбиновый индекс	100,0	70,0-120,0%
Протромбиновый показатель	112,0	70,0-130,0 %
Тромбиновое время	19,6	14,0-21.0 сек
АЧТВ	27,5	26.4-37.5 сек
Фибриноген	2,10	1,8-3,5 г/л
Фибринолитическая активность	7	5-12 мин
Антитромбин III	110,5	79,4-112.0%
Протеин С	115,8	70,0-140,0

Какой предполагаемый основной диагноз?

- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение гликемии натощак
- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет 1 типа

Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?

- артериальная гипертензия 1 степени. Ожирение 1 степени.
- артериальная гипертензия 1 степени. Избыточная масса тела
- артериальная гипертензия 2 степени. Ожирение 2 степени
- артериальная гипертензия 2 степени. Ожирение 1 степени

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < \_\_\_\_\_

%

- 6,5
- 6,0
- 7,5
- 7,0

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- акарбоза
- метформин
- вилдаглиптин
- глибенкламид

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии \_\_\_\_\_ раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю

-3  
-4  
-2  
-1

Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в  
-идиопатической деструкции  $\beta$ -клеток поджелудочной железы  
-нарушении секреции инсулина вследствие генетического дефекта  $\beta$ -клеток  
-инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина  
-автоиммунном поражении  $\beta$ -клеток поджелудочной железы

Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение  
-эналаприла, нифедипина  
-моксонидина, бисопролола  
-верапамила, бисопролола  
-метопролола, торасемида

Эффективность сахароснижающей терапии оценивается по \_\_\_\_\_ через 3-6 месяцев  
после начала лечения  
-гликерированному гемоглобину  
-глюкозе плазмы крови натощак  
-суточному профилю гликемии  
-суточной глюкозурии

Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого  
уровня холестерина < \_\_\_\_\_ ммоль/л  
-5.1  
-4.7  
-4.5  
-5.5

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №64

Пациентка 65 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на кашель с трудноотделяемой мокротой жёлтого цвета, повышение температуры тела до 38,2°C, одышку при незначительной физической нагрузке, учащённое сердцебиение, отёки ног, озноб, общую слабость, головную боль.

#### Анамнез заболевания

Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость.

Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и вочные часы.

С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст.

В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка.

С 63 лет присоединились одышка при обычной физической нагрузке, отёки ног. Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.

## Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия.

Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей.

Вредные привычки: отрицает.

## Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°C. Гиперстенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – 28,8 кг/м<sup>2</sup>, периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аусcultации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

## Результаты лабораторных методов обследования

### Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,6	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	16,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	10	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	52	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	32	м. 2-10 ж. 2-15

### Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки

Показатель	Результат	Нормальные значения
Запах	нет	нет
Цвет	жёлтый	бесцветный
Характер	гнойный	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	30-35 в п/зр.	нет
Эритроциты	4-5 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	нет	

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю – Нильсену) микобактерий туберкулёза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 Грам+ ланцетовидных диплококков (*Streptococcus pneumoniae*).

Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека

Показатель	Результат	Норма
Антитела классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ-1,2)	не обнаружены	не обнаружены

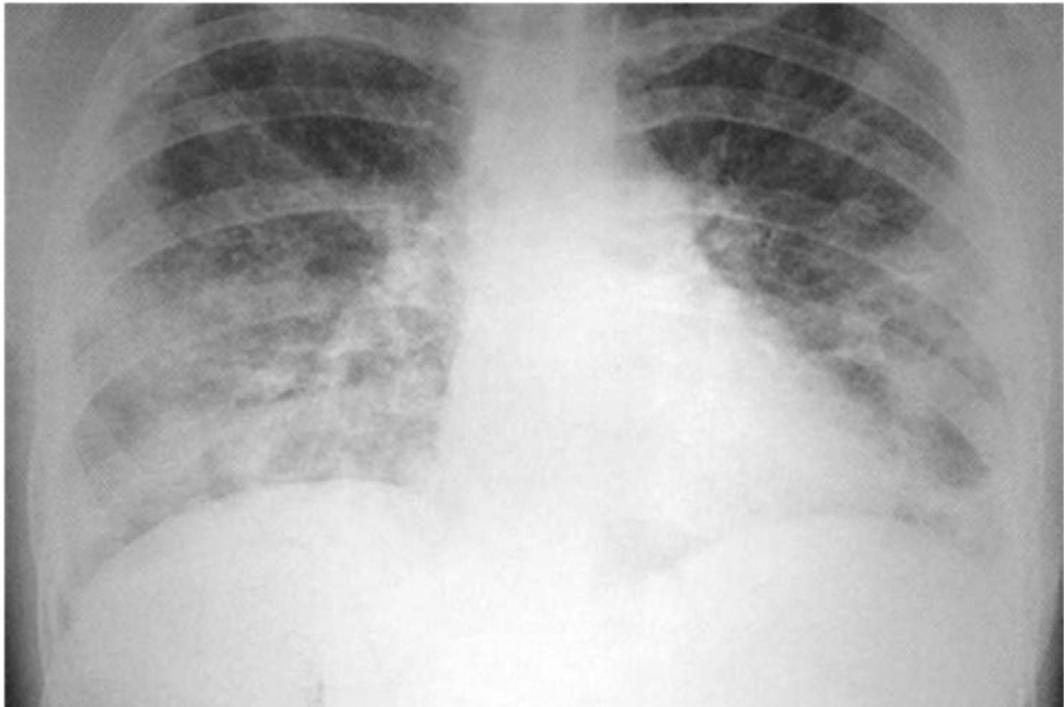
#### Коагулограмма

Показатель	Результат	Норма
АЧТВ, сек.	29	24-39
Протромбиновый индекс, %	0,87	0,7-1,1
Фибриноген, г/л	3,2	2,0-4,0
Тромбиновое время, сек.	15	14-18
MНО	1,07	0,9-1,2

#### Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки в нижних полях обоих лёгких определяются участки инфильтрации легочной ткани неоднородной структуры, состоящие из сливающихся полиморфных очагов с нечеткими контурами.



#### Пульсоксиметрия

Показатель сатурации  $\text{SaO}_2$  – 95%.

#### Рентгенография грудного отдела позвоночника

Видимых травматических повреждений позвонков не выявлено. Определяется снижение высоты межпозвоночных дисков, субхондральный склероз краевых замыкательных пластинок, мелкие губовидные краевые костные разрастания тел позвонков.

Заключение: остеохондроз грудного отдела позвоночника II ст.

#### Рентгенография придаточных пазух носа

На представленной рентгенограмме придаточных пазух носа пневматизация не снижена. Уровней жидкости в верхнечелюстных и лобных пазухах не отмечается. Носовая перегородка не искривлена.

Заключение: рентгенологических признаков синусита не выявлено.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Очаговая пневмония нижней доли левого и правого лёгкого
- Внебольничная пневмония нижней доли левого и правого лёгкого
- Двусторонняя нижнедолевая бронхопневмония
- Внебольничная двусторонняя бронхопневмония

В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести

- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН I ст. II ФК. ГБ III ст., ст. 2, риск 4. Избыточная масса тела.
- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIБ ст. IV ФК. ГБ II ст., ст. 1, риск 3. Ожирение I ст.
- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIА ст. I ФК. ГБ II ст., ст. 2, риск 4. Ожирение I ст.
- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, ХСН IIБ ст. III ФК. ГБ III ст., ст. 3, риск 4. Избыточная масса тела.

В данной клинической ситуации наблюдение и лечение пациентки следует проводить в  
-дневном стационаре  
-домашних условиях  
-отделении общего профиля  
-отделении реанимации и интенсивной терапии

В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение  
-аминогликозида  
-макролида  
-фторхинолона I поколения  
-ингибитора защищённого аминопенициллина

Для лечения сопутствующей патологии данной пациентке показано назначение комбинации  
-ингибиторов АПФ, антикоагулянтов, альфа-адреноблокаторов, теофиллина  
-ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, antagonистов минералокортикоидных рецепторов, диуретиков  
-ингибиторов АПФ, нитратов, дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов, антикоагулянтов  
-нитратов, диуретиков, недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов, теофиллина

Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и  
-гепатита В  
-гепатита А  
-гриппа  
-туберкулёза

Учитывая сопутствующую патологию, пациентку следует отнести к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

- I
- II
- IIIa
- IIIb

Целевым значением систолического артериального давления для пациентки является \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 120-130
- 140-150
- 150-160
- 110-120

Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является величина менее \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 115
- 90
- 110
- 120

Суточный объём потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать  
\_\_\_\_\_ л  
-3  
-2  
-3,5  
-2,5

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №65

Женщина 66 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

### Жалобы

Ноющие боли в левой половине грудной клетки продолжительностью несколько часов, без четкой связи с физической нагрузкой,  
Перебои в работе сердца

### Анамнез заболевания

В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, 8 лет назад на фоне гипертонического криза перенесла транзиторную ишемическую атаку На протяжение 3 лет относительно регулярно принимает комбинированный препарат, содержащий индапамид 2,5 мг и периндоприл 8 мг, а также розувастатин 10 мг.

Пять лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа, регулярно принимает метформин 2000 мг в сутки.

Год назад в анализе крови отмечено повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/д  
При самоконтроле АД (по дневнику) значения АД находятся в пределах 160-170/90-100 мм рт. ст.

### Анамнез жизни

Мать умерла от инсульта в 70 лет.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Пенсионер, не работает, инвалид 2 группы по общему заболеванию.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 173 см (ИМТ=32,7 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушенны, выслушиваются единичные экстракардиальные (1-2 в мин). ЧСС 78 уд./мин., АД 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Референсные значения	Результат
Общий белок, г/л	64 - 82	64
Альбумин, г/л	32 - 48	37
Креатинин, мкмоль/л	53 - 115	120
Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин/1,73м <sup>2</sup>		40,5
Холестерин общий, ммоль/л	1,4 - 5,7	6,7
Триглицериды, ммоль/л	0,20 - 1,70	1,5

Наименование	Референсные значения	Результат
Билирубин общий, мкмоль/л	3,0 - 17,0	10,3
Билирубин прямой, мкмоль/л	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ, МЕ/л	15,0 - 61,0	40,0
АСТ, МЕ/л	15,0 - 37,0	19,0
Мочевая кислота, мкмоль/л	155,0 - 428,0	390,2
Глюкоза, ммоль/л	3,89 – 5,83	5,5
Калий, ммоль/л	3,5-5,2	4,7

#### Липидный спектр

Наименование	Референсные значения, ммоль/л	Результат
Общий холестерин	1,4 - 5,7	6,6
Липопротеиды низкой плотности <3,0		4,5
Липопротеиды высокой плотности >1,5		1,3
Триглицериды	<1,70	2,5

#### Общий анализ мочи

Показатель	Результат
Прозрачность	прозрачная
Цвет	соломенно-желтый
Относительная плотность (удельный вес)	1,015
Реакция мочи	pH 6
Белок	0,3 ммоль/л
Глюкоза	отсутствует
Кетоновые тела	отсутствуют
Эритроциты	0-1 в поле зрения
Лейкоциты	7-8 в поле зрения
Эпителий	3-5 в поле зрения
Цилиндры	отсутствуют
Бактерии	отсутствуют
Кристаллы	отсутствуют
Слизь	немного
Оксалаты	отсутствуют

#### Определение микроальбуминурии

Отношение альбумин-креатинин = 255 мг/г (критерий МАУ 30-300)

Определение уровня гликированного гемоглобина

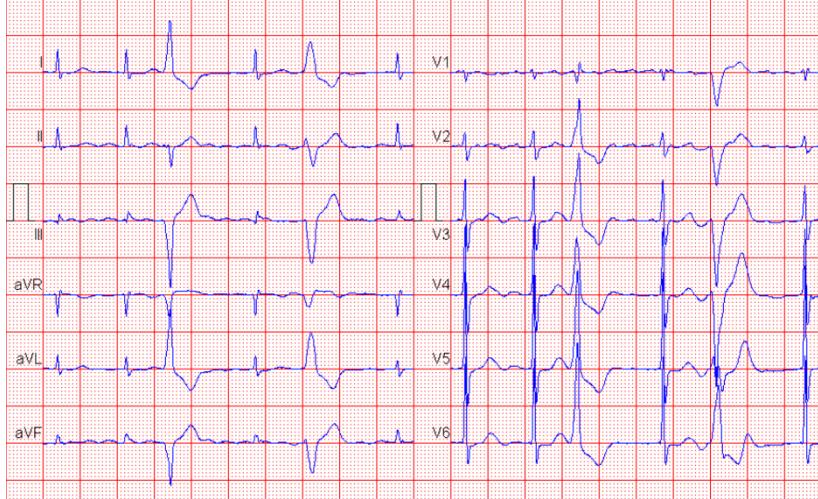
HbA<sub>1C</sub> = 6%

#### Коагулограмма

Фибриноген	–	3,0	г/л	(норма)
Протромбиновый индекс			–	95%
MНО – 1,2				

#### Результаты инструментальных методов обследования

## Электрокардиограмма



## Эхокардиография

Полость левого желудочка: Dd 5,4 см (N до 5,5 см); KDO 58 мл, KSO 26 мл (по Simpson). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,3 см (N до 1 см); ЗС 1,3 см (N до 1,1 см). Глобальная сократительная функция ЛЖ не нарушена: ФВ 54% (N >55%). Нарушение локальной сократимости нет. Полость правого желудочка: 2,3 см (N до 2,6 см), толщина свободной стенки ПЖ: 0,45 см (N до 0,5 см), характер движения стенок не изменен. Левое предсердие: размеры 67 мл. Правое предсердие: 65 мл (по Simpson). Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена: коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Митральный клапан: уплотнение фиброзного кольца и сухожильный нитей Р макс.=3,2 мм рт.ст., митральная регургитация: 1 степени. Аортальный клапан: уплотнение створок и фиброзного кольца, Аортальная регургитация: нет. Триkuspidальный клапан: не изменен. Триkuspidальная регургитация: 1 степени. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет. Регургитация через клапан: нет. Диаметр корня аорты: 3,3 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда нет

Заключение: Уплотнение стенок аорты, аортального клапана, фиброзных колец, умеренная недостаточность митрального и трикусpidального клапанов, умеренное расширение обоих предсердий

## УЗДГ сонных артерий

Стеноз правой внутренней сонной артерии до 70%

## Суточное мониторирование ЭКГ

Синусовый ритм. ЧСС днем 58-135 в мин. (средняя 73 в мин), ночью 48-78 (средн. 63 в мин). Пауз более 2 с не зарегистрировано. Суправентрикулярные экстрасистолы – всего 38, желудочковые экстрасистолы (мономорфные) – 4780, в т.ч. 1 куплет, преимущественно в дневные часы. ST-T без диагностически значимой динамики

## Тредмил-тест

Исходно у пациентки АД 170/100 мм рт.ст. На 1 ступени физической нагрузки отмечено повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Проба прекращена. Субмаксимальная ЧСС не достигнута

## Мультиспиральная КТ почечных артерий

Почечные артерии отходят от аорты типично, стенозов, аномалий развития не выявлено.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения АД, риск высокий (3). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.
- Гипертоническая болезнь II стадии, 1 степени повышения АД, риск низкий (1). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.
- Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени повышения АД, риск очень высокий (4). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.
- Гипертоническая болезнь I стадии, 2 степени повышения АД, риск умеренный (2). Сахарный диабет 2 типа. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст.

Для оценки величины сердечно сосудистого риска у данной пациентки

- следует использовать шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc
- применение специальных шкал не требуется
- следует использовать шкалу GRACE
- следует использовать шкалу SCORE

В анализах выявлено: скорость клубочковой фильтрации = 40,5 мл/мин, микроальбуминурия = 250 мг/г, следовательно, диагноз почечной патологии следует сформулировать как

- нефропатия смешанного генеза
- хроническая болезнь почек 1, A2
- хроническая болезнь почек 3b, A2
- острое почечное повреждение

У пациентки на фоне терапии розувастатином 10 мг уровень липопротеидов низкой плотности составляет 4,5 ммоль/л. правильной тактикой лечения является

- замена розувастатина на аторвастатин 10 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <3,0 ммоль/л
- рекомендация антиатерогенной диеты на 1-2 месяца, при её неэффективности решить вопрос об увеличении дозы статинов
- увеличение дозы розувастатина до 20 мг, контроль уровня ЛНП через 1-2 месяца. Целевой уровень ЛНП <1,5 ммоль/л
- продолжение терапии в прежнем объеме, так как целевой уровень ЛНП достигнут

При коррекции антигипертензивной терапии у пациентки показано(а)

- дополнительное назначение препарата из группы антагониста минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)
- дополнительное назначение препарата из группы бета-блокаторов (метопролол)
- замена ингибитора АПФ (периндоприла) на препарат из группы блокаторов ангиотензиновых рецепторов (тelmисартан)
- дополнительное назначение препарата из группы антагониста кальция (амлодипин)

Целевым уровнем АД для пациентки с артериальной гипертензией и сахарным диабетом является < \_\_\_\_\_ мм рт. ст.

- 130/80
- 140/85
- 150/90
- 120/70

У пациентки на фоне терапии метформином 2000 мг уровень гликозилированного гемоглобина составляет 6,0%. правильной тактикой лечения является

- добавление агониста GPP-1 (лираглутид)

- продолжение терапии в прежнем объеме, поскольку пациентка компенсирована
- добавление препарата сульфанилмочевины (глиметирид)
- добавление ингибитора SGLT-2 (эмпаглифлозин)

Правильными рекомендациями по нефропротекции для этой пациентки являются

- замена ингибиторов АПФ на блокаторы ангиотензиновых рецепторов, назначение статинов в минимальной дозе
- отмена ингибитора АПФ из-за возможности нарастания почечной недостаточности
- прием ингибиторов АПФ, статинов, ограничение нефротоксичных препаратов (в т.ч. НПВП), контроль уровня креатинина и калия
- назначение комбинации ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов, ограничение терапии диуретиками

По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентки выявлено 5000 желудочковых экстрасистол. Правильной тактикой лечения является

- назначение амиодарона в нагрузочной дозе
- назначение комбинированной терапии сotalолом и аллапинином
- направление пациентки к аритмологу для проведения радиочастотной абляции аритмогенного фокуса
- назначение бета-адреноблокаторов, отказ от агрессивной антиаритмической терапии

У пациентки, перенесшей ишемический инсульт, выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 70%. Правильной тактикой лечения является

- назначение дипиридамола, направление на стентирование правой внутренней сонной артерии
- продолжение терапии в прежнем объеме, отказ от инвазивного лечения
- назначение сосудистой и метаболической терапии курсами
- назначение аспирина 100 мг, направление на каротидную эндартерэктомию

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №66

Мужчина 55 лет, служащий, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

### Жалобы

на сжимающие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, ощущение нехватки воздуха при умеренной физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м, подъем более 2-х пролетов).

### Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли в грудной клетке при физической нагрузке появились около 2-х лет назад, купировались самостоятельно после прекращения нагрузки. Кроме этого, в последние полгода стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при физической нагрузке. Ранее за медицинской помощью не обращался, лечения не получал.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Образование высшее.

Работает.

Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит более 30 лет, по  $\frac{1}{2}$  пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, масса тела – 93 кг, ИМТ=29 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны приглушенны, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: пальпируется перешеек щитовидной железы. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты, *10 <sup>12</sup> /л	4,33	м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	155	м. 132-164 ж. 115-145
ЦП	1,05	0,85-1,05
Ретикулоциты, %	-	2-12
СОЭ, мм/ч	5	м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	220,5	180-320
Гематокрит, %	42,7	м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	6,98	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

Измерение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 6%.  
Глюкоза в плазме крови натощак – 5,4 ммоль/л.

#### Исследование уровня креатинина крови

Креатинин – 0,85 мг/дл,  
СКФ по формуле CKD-EPI = 98 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Исследование уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

Показатель	Результат	Ед.измерения	Норма
Холестерин общий	7,8	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,46	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,13	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	6,4	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	5,9		(2,28-3,02)

Исследование уровня гормонов щитовидной железы

ТТГ – 3,44 мЕД/л (норма 0,47-4,15 мЕД/л),  
T4 (своб.) – 12,0 пмоль/л (норма 9,56-22,3 пмоль/л).

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 75 в минуту, PR 162 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение ЭОС, депрессии ST не зарегистрировано, признаков гипертрофии миокарда ЛЖ нет.

Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); KDO 114 мл; KSO 47 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0 см; ЗС 1,0 см. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=59%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция: снижена, E/A=0,9. Полость правого желудочка: 2,4 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,4 см, характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 51 мл. Правое предсердие: 50 мл. Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более, чем на 50%. Митральный клапан: не изменен, митральная регургитация: нет. Аортальный клапан: не изменен, аортальная регургитация: нет. Триkuspidальный клапан: не изменен, трикусpidальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регургитация: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 2,2 см. Диаметр корня аорты: 3,7 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: нарушение диастолической функции ЛЖ, уплотнение стенок аорты.

Ультразвуковое исследование сонных артерий

Заключение: утолщение КИМ до 1,0 мм. Эхо-признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных отделов магистральных артерий шеи: стеноз правой подключичной артерии до 28% по диаметру, стеноз правой ОСА до 35% по диаметру, меньший диаметр левой ПА.

Рентгенография грудной клетки

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Заключение: патологии не выявлено.

#### Ультразвуковое исследование почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обеих почек ровные, четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедуллярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обоих почек не изменена. Чашечно-лоханочная система в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы не увеличены.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

#### Магнитно-резонансная томография головного мозга

МР-данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе головного мозга не выявлено.

План дальнейшего обследования и лечения больного строится исходя из полученных первичных данных и

- суммы баллов по шкале SCORE
- суммы баллов по шкале TIMI
- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС
- суммы баллов по шкале GRACE

Какой основной диагноз?

- ИБС. Стенокардия напряжения
- ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз
- ИБС. Нестабильная стенокардия
- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз

У пациента \_\_\_\_\_ функциональный класс стенокардии

- 2
- 4
- 1
- 3

У пациента предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 77%.

На основании этого следует

- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на дополнительные визуализирующие диагностические исследования

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

-всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО

-пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК

-пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО

-пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению

В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациенту рекомендуется назначить  
-триметазидин  
-ивабрадин  
-мельдоний  
-бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациенту рекомендуется назначить  
-дипиридамол  
-ривароксабан  
-ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах  
-ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

Для профилактики ССО пациенту рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП \_\_\_\_ ммоль/л

- <2,8
- <3,8
- <1,0
- 1,8

Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

-снизить массу тела  
-увеличить массу тела  
-выполнять интенсивные физические нагрузки  
-избегать переохлаждений

У пациента

- ожирение 2 ст.
- ожирение 1 ст.
- ожирение 3 ст.
- избыточная масса тела

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №67

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет.

Жалобы

приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости  
сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания

около двух месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся страхом, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью. приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно

к врачу с данными жалобами обратился впервые  
лекарственную терапию не получает

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

### Автослесарь.

Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ

Наследственность: у отца медуллярный рак щитовидной железы

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. нормального питания, рост 1,76 м, вес 72 кг, индекс массы тела 23,2 кг/м<sup>2</sup>, t тела 36,7°C. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Глюкоза плазмы натощак

Показатель      Результат Нормы

Глюкоза, ммоль/л 6,4      3,5-6,1

#### Метанефрины и норметанефрины в суточной моче

Метанефрин      710      мкг/сутки      (норма      <320      мкг/сутки),  
норметанефрин 685 мкг/сутки (норма < 390 мкг/сутки)

#### Кортизол и адренокортикотропный гормон в сыворотке крови

Кортизол      430      нмоль/л      (норма      101,2-535,7      нмоль/л).

АКТГ - 4,5 пг/мл (норма < 46 пг/мл)

### Результаты дополнительного обследования

#### Оральный глюкозотолерантный тест

Глюкоза      0      минут      –      6,0      ммоль/л,  
глюкоза 120 минут – 8,1 ммоль/л

#### Тест с синактеном-депо

Кортизол      (исходно)      –      181      нмоль/л      (норма      171-536      нмоль/л)  
Кортизол (после пробы) – 690 нмоль/л (более 500-550 нмоль/л)

### Результаты инструментальных методов обследования

#### КТ надпочечников

В левом надпочечнике определяется образование, округлой формы, с ровными краями, гетерогенной структуры, со средней нативной плотностью 35 HU

#### УЗИ поджелудочной железы

Поджелудочная железа размерами 20x18x15 мм, контуры ровные, четкие, эхогенность паренхимы средняя, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен

С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение  
-теста с синактеном-депо  
-ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона  
-пробы с инсулиновой гипогликемией  
-орального глюкозотолерантного теста

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Синдром Кушинга. Кортикостерома левого надпочечника. Нарушение гликемии натощак
- Манифестный тиреотоксикоз, декомпенсация. Нарушенная толерантность к глюкозе
- Феохромоцитома. Нарушенная толерантность к глюкозе
- Инциденталома надпочечника. Вторичный сахарный диабет

Терапией выбора феохромоцитомы является

- назначение альфа-метилпаратирозина
- двухсторонняя адреналэктомия
- назначение комбинации альфа- и бета-адреноблокаторов
- левосторонняя адреналэктомия

В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить

- альфа-адреноблокаторы
- блокаторы рецепторов альдостерона
- антагонисты кальция
- блокаторы рецепторов ангиотензина

Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в  
-ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении пиоглитазона  
-ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении акарбозы  
-ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении метформина  
-ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе

У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде

- гипогликемического состояния
- гипергликемического состояния
- судорожного синдрома
- неуправляемой гемодинамики

Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через \_\_\_\_\_ недели/недель после операции

- 6-8
- 2-4
- 10-12
- 14-16

Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы необходимо определить уровень \_\_\_\_\_ в крови

- кальцитонина
- тиреотропного гормона

- тиреоглобулина
- паратиреоидного гормона

Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении сцинтиграфии всего тела с

- метайодбензилгуанидином
- $F^{18}$ -дигидроксифенилаланином
- $F^{18}$ -фтордезоксиглюкозой
- технеция-пертехнетатом

Феохромоцитома преимущественно секretирует

- норметанефрин
- норадреналин
- метанефрин
- адреналин

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №68

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 65 лет

### Жалобы

на периодические подъемы АД (по результатам самостоятельного измерения) до 175/100 мм рт. ст. в течение последних 2 месяцев на фоне постоянной антигипертензивной терапии, сопровождающиеся головной болью, головокружением, шумом в ушах. на общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке.

### Анамнез заболевания

В 36 лет во время второй беременности была нефропатия (повышение АД до 140 145/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей). Лечение не проводилось.

С 45 лет эпизодически стало повышаться АД до 140/90 мм рт. ст. Максимальное АД - 175/100 мм рт. ст. (по данным дневника пациентки).

В 2014 г. в связи с частыми подъемами АД начала принимать лозартан в дозе 50 мг/сут.

В последние годы лечилась нерегулярно. 2 месяца назад вновь стала отмечать появление головной боли и подъемы АД при перемене погоды, стрессах, при которых ситуационно принимала валокордин, валидол, анальгетики без выраженного эффекта.

Постоянно у врача не наблюдается, госпитализаций не было.

Кроме того, отметила увеличение массы тела за последние 3 года.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работала бухгалтером, в настоящее время - пенсионерка.

Перенесённые заболевания: хронический гастрит вне обострения.

Беременности – 2, роды – 2.

Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, умерла от инсульта. Отец - страдал ИБС, перенес 2 острых инфаркта миокарда.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: нет.

Диету с ограничением поваренной соли, углеводов, животных жиров не соблюдает.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Абдоминальное ожирение (окружность талии - 95 см), вес - 95 кг, рост – 165 см. Индекс массы тела (ИМТ) =34,89 кг/м<sup>2</sup>, Т тела 36,6°C. Кожные

покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечается пастозность голеней. Больная эмоционально лабильна. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД - 170/100 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови, липидный спектр

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	85,4	57-82 г/л
Глюкоза	4,2	4,1–5,9 ммоль/л
Креатинин	0,87	0,5-1,3 мг/дл
Мочевая кислота	379	143-417 мкмоль/л
Натрий	143	132-150 ммоль/л
Калий	4,6	3,5-5,5 ммоль/л
Общий холестерин	6,9	3,88-6,47 ммоль/л
Холестерин ЛПВП	1,1	0,7-2,3 ммоль/л
Холестерин ЛПНП	5,3	2,6-4,2 ммоль/л
Триглицериды	2,9	0,57-2,28 ммоль/л

#### Общий анализ мочи

Наименование	Результат	Референсные значения
Цвет:	Соломенно-желтый	
Прозрачность:	Полная	
Относительная плотность:	1020	1003-1035
Реакция:	кислая	
Белок:	отриц.	
Глюкоза (сахар):	отриц.	
Реакция на кровь:	отриц.	
Билирубин:	отриц.	
Желчные кислоты:	отриц.	
Эпителий плоский:	немного	
Лейкоциты:	1-2 в п/зр.	
Цилиндры гиалиновые:	отриц.	
Цилиндры зернистые:	отриц.	
Цилиндры восковидные:	отриц.	
Цилиндры эпителиальные:	отриц.	
Цилиндры лейкоцитарные:	отриц.	
Цилиндры эритроцитарные:	отриц.	
Слизь:	немного	
Соли:	немного	
Бактерии:	немного	

### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,4	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	138	м. 130-160 ж. 120-140
Цветовой показатель (ЦП)	0,91	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	213,6	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	6,4	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы, %	56,3	47-72
Эозинофилы, %	2,8	1-5
Базофилы, %	0,6	0-1
Лимфоциты, %	33,1	19-37
Моноциты, %	7,2	2-10
СОЭ, мм/ч	4	м. 2-10 ж. 2-15

### Коагулограмма

Наименование	Результат	Норма
% протромбина по Квику	103	70-130 %
Фибриноген	2,51	1,8-4,0 г/л

### Электрофорез белков

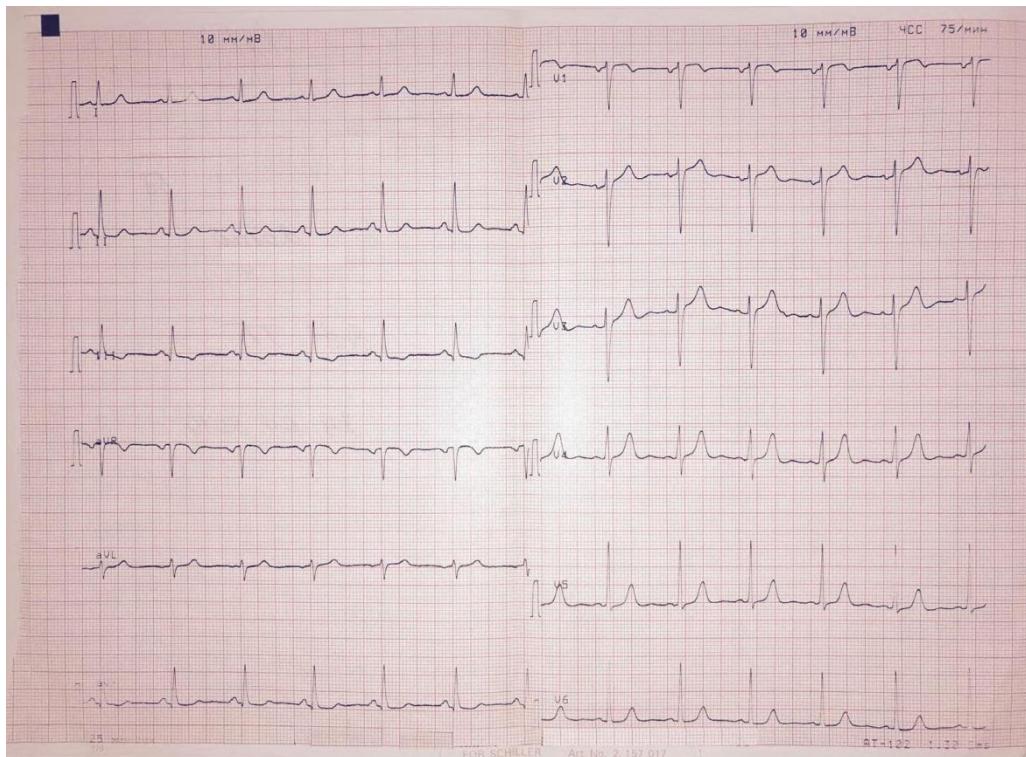
Показатель	Значение	Норма (референсные значения)
альбумин	60,3%	55,8-66,1
альфа-1 глобулин	3,8%	2,9-4,9
альфа-2 глобулин	9,7%	7,1-11,8
бета-глобулин	11,6%	7,9-13,7
гамма-глобулин	13,8%	11,1 – 18,8

### Результаты инструментальных методов обследования

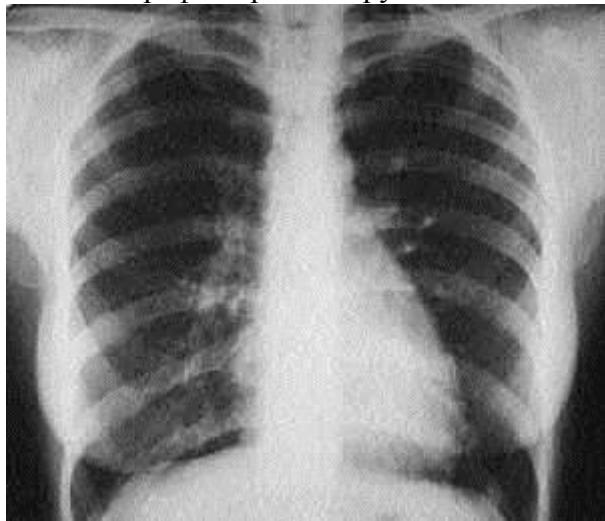
#### Суточное мониторирование АД

При суточном мониторировании АД (СМАД) на фоне терапии при удовлетворительном качестве ночного сна выявлена систоло-диастолическая гипертония со стойким повышением систолического АД (САД) днем и пограничная систолическая гипертония вочные часы. Повышена вариабельность АД в дневное время. Максимальные цифры АД днем – 178/106 мм рт.ст. Суточный профиль АД сохранен по САД - dipper. По диастолическому АД (ДАД) – избыточное снижение ночью – over-dipper. Повышено среднее пульсовое давление. Повышена скорость утреннего подъема АД. ЧСС средняя дневная – 83 в мин., ЧСС средняя ночная – 59 в мин.

#### Электрокардиография



Рентгенография органов грудной клетки



Легочная ткань без видимых очаговых и инфильтративных образований. Синусы свободны. Аорта без особенностей.

#### Эхокардиография

Полость левого желудочка: Dd-4,8 см (N до 5,5 см). Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,1 см; ЗС 1,2 см. Глобальная сократимость функции ЛЖ сохранена, ФИ=66% (N от 55%). Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция не нарушена, E/A=1,08. Полость правого желудочка: 1,6. Толщина свободной стенки ПЖ: 0,3 (N до 0,5 см), характер движения стенок не изменен. Объем левого предсердия 44 мл. Объем правого предсердия 37 мл. Межпредсердная перегородка не утолщена. Нижняя полая вена не расширена, коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Митральный клапан: не изменен. Аортальный клапан: не изменен. Триkuspidальный клапан не изменен, триkuspidальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет. Диаметр корня аорты 3,1 см. Стенки аорты без особенностей. Жидкости в полости перикарда нет.

Заключение: гипертрофия миокарда левого желудочка.

#### Суточное мониторирование ЭКГ

Заключение: за время мониторирования (21:45) регистрируется синусовый ритм с ЧСС днем 51-142 в мин. ЧСС ср.дн. - 78 в мин, ЧСС ночью - 49-88 в мин, ЧСС ср.ночн. - 58 в мин, ЧСС ср.сут.- 66 в мин. НЖЭС - 54, макс/ч- 6, 3 куплета, смешанный тип распределения. ЖЭС - 0. Достоверной динамики конечной части желудочкового комплекса не выявлено. Пауз ритма от 2-х сек не выявлено.

Какой предполагаемый основной диагноз?

- Артериальная гипертония (АГ) I стадии, 1 степени. Риск низкий
- Артериальная гипертония (АГ) I стадии, 2 степени. Риск средний
- Артериальная гипертония (АГ) II стадии, 2 степени. Риск высокий
- Артериальная гипертония (АГ) II стадии, 1 степени. Риск очень высокий

Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?

- ожирение II степени
- дислипидемия; ожирение II степени
- дислипидемия; ожирение I степени
- дислипидемия; избыточная масса тела

Критерием постановки диагноза АГ являются уровни САД (мм рт. ст.) ≥

- 135 и/или ДАД ≥ 90
- 140 и/или ДАД ≥ 100
- 150 и/или ДАД ≥ 100
- 140 и/или ДАД ≥ 90

Критериями 2-й степени АГ являются повышение САД и ДАД в диапазонах (мм рт. ст.)

- САД:160-170, ДАД: 90-100
- САД: 160-179, ДАД: 100-109
- САД:170-179, ДАД: 100-105
- САД:160-180, ДАД: 90-105

Критериями 3-й степени АГ являются повышение САД (мм рт. ст.) ≥

- 190 и/или ДАД ≥ 110
- 170 и/или ДАД ≥ 100
- 175 и/или ДАД ≥ 115
- 180 и/или ДАД ≥ 110

I-я стадия АГ определяется

- наличием одного или более признаков поражения «органов-мишеней»
- отсутствием изменений со стороны «органов-мишеней»
- отсутствием изменений со стороны «органов-мишеней» и ассоциированных клинических состояний
- наличием ассоциированных клинических состояний

К признакам гипертрофии левого желудочка сердца на ЭКГ относят индекс Соколова-Лайона \_\_\_\_ мм

- < 30
- > 30
- > 35
- > 25

Препаратами выбора для лечения АГ с ГЛЖ являются  
-петлевые диуретики; альфа-блокаторы; агонисты имидазолиновых рецепторов  
-агонисты имидазолиновых рецепторов; тиазидные диуретики; бета-блокаторы  
-ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ); дигидропиридиновые  
антагонисты кальция; блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)  
-нитраты; бета-блокаторы; тиазидные диуретики

Немедикаментозные методы лечения АГ включают нормализацию массы тела (индекса  
массы тела, ИМТ) < \_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>

- 40
- 30
- 35
- 25

Диагноз ожирения 1-й степени ставится на основании ИМТ \_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>

- 28,0 – 33,9
- 35,0 – 38,9
- 32,0 – 37,0
- 30,0 – 34,9

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №69

Больной А., 67 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

### Жалобы

На боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при выполнении физической нагрузки (прохождение более 500 метров по ровной поверхности), продолжительностью до 5 минут, которые пациент купирует приемом нитроглицерина, чувство неритмичного сердцебиения, одышку при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента, пастозность голеней в вечернее время.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление болей за грудиной. При обследовании был рекомендован прием аспирина, бисопролола, аторвастатина. При возникновении болей использовал нитроглицерин. Эпизодически появляются приступы неритмичного сердцебиения, со слов пациента были эпизоды фибрилляции предсердий, продолжительностью до 2 часов, которые проходили самостоятельно или при приеме седативной терапии. В течении последнего года отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление отеков нижних конечностей.

### Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту.

Последние 5 лет не работает, пенсионер.

Не курит, алкоголь не употребляет.

В 20-летнем возрасте была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было 10 лет назад.

Семейный анамнез: отец пациента умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Незначительный цианоз губ, акроцианоз. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушенны, ритм правильный. ЧСС 68

ударов в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,2	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	138	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	43	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,9	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	85	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	33,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	1	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	270	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	5,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	63	47-72
Эозинофилы, %	4	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	8	м. 2-10 ж. 2-15

##### Биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина

Показатель	Результат	Норма
Креатинин	68	44-115 мкмоль/л
Мочевина	7,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	376	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	6,2	3,3-5,8 ммоль/л
ЛПНП	3,1	<3 ммоль/л, <2,5 ммоль/л у больных ИБС
ЛПВП	0,9	>1,2 ммоль/л
Глюкоза	4,9	3,5-6,2 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	4,8	<5,5%
Триглицериды	2,9	менее 1,7 ммоль/л

Анализ крови с определением антинуклеарных антител  
Титр антинуклеарных антител - 0. (Норма <1:250)

#### Общий анализ мокроты

Характер: слизистая, цвет: прозрачный. Запах: отсутствует. Эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – единичные в препарате. Эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, альвеолярные макрофаги – отсутствуют. Микобактерии туберкулеза – не обнаружены.

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм синусовый. За время регистрации зафиксирован пароксизм фибрилляции предсердий с максимальной ЧСС 128 уд/мин, продолжительностью 2 часа 24 минуты в ночное время (с 3.06 до 5.30, по дневнику пациента - сон). 128 единичных желудочковых экстасистол. В дневное время отмечается появление преходящей косонисходящей депрессии сегмента ST до 2 мм при повышении ЧСС до 138 уд/минуту (с 12.18 до 12.21). Пауз нет.

##### Эхокардиография

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 9 мм. Признаков гипо- и акинезии в покое нет. ФВ ЛЖ 66%.

##### Функция внешнего дыхания

ЖЕЛ - 4,6 л (86%), ОФВ1 - 4,15 л/с (93%). ЖЕЛ в норме, показатели проходимости бронхиальных путей в норме. Признаков обструкции дыхательных путей не выявлено.

##### ЭГДС

Пищевод проходим. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки розовая, складки хорошо расправляются воздухом. В желудке умеренное количество слизи. Перистальтика выраженная. Привратник не изменен. В 12-перстной кишке незначительное количество желчи. Область большого дуоденального сосочка не изменена.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- ИБС: Стенокардия напряжения IIФ.к
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- Остеохондроз грудного отдела позвоночника
- Бронхиальная астма средней степени тяжести, в стадии обострения

К осложнениям основного заболевания у пациента относится

- ХСН II ф.к. по NYHA
- ДН II степени
- Отечно-асцитический синдром
- ХПН I степени

У пациента имеется нарушение ритма сердца

- пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- пароксизмальная форма ФП
- трепетание предсердий неправильной формы
- постоянная форма ФП

Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является

- антагонист кальция, нитраты
- диуретик, сердечные гликозиды
- метилксантины, бета-адреномиметик
- бета-блокатор, антикоагулянты статины

Для профилактики пароксизмов ФП этому больному показано назначение

- сotalола
- хинидина
- дигоксина
- верапамила

К новым оральным антикоагулянтам, использующимся для профилактики тромбоэмбологических осложнений при ФП, относят

- аспирин
- гепарин
- варфарин
- дабигатран

Для лечения ХСН больному показано назначение

- глюкокортикоидов
- ингибиторов АПФ
- нитратов
- сердечных гликозидов

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

- уровня железа
- альбуминов плазмы крови
- креатинина
- АлТ, АсТ

При назначении варфарина для профилактики тромбоэмбологических осложнений у больных ФП необходимо определять уровень

- протромбнового индекса
- фибриногена
- С-реактивного белка
- МНО

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является

- коронароангиография
- Эхо-КГ
- ЭКГ
- сцинтиграфия миокарда

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №70

Женщина 56 лет пришла на прием к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на жгучие боли за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе более 500 метров, купирующиеся после 5-10 минутного отдыха, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

#### Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 150/90 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. В дальнейшем АД стало подниматься до 170/100 мм рт.ст., в качестве антигипертензивной терапии получала валсартан 80 мг 2 р/сут. В течение последнего года присоединились боли за грудиной, возникающие при ходьбе более 500 м в быстром темпе.

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Образование среднее.

Работает медицинской сестрой.

Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 50-ти лет страдает АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 52 лет.

Вредные привычки: курит более 20 лет по 3-5 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 25,2 кг/м<sup>2</sup>. ОТ – 84 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Отеков нет. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 70 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат Норма	
Эритроциты, *10 <sup>12</sup> /л	4,7	м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	133,1	м. 132-164 ж. 115-145
ЦП	0,85	0,85-1,05
Ретикулоциты, %	-	2-12
СОЭ, мм/ч	15	м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	199,4	180-320
Гематокрит, %	42,7	м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	9,03	4-9
Лейкоцитарная формула		

Показатель	Результат	Норма
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

Исследование глюкозы в плазме крови (натощак)

Гликированный гемоглобин (HbA1c) 6,0%. Глюкоза в плазме крови натощак 5,0 ммоль/л.

Исследование уровня креатинина крови

Креатинин 0,75 мг/дл, СКФ по формуле CKD-EPI = 89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

Показатель	Результат	Ед.измерения	Норма
Холестерин общий	4,47	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	1,0	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,67	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,45	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	2,35	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	1,68		(2,28-3,02)

Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	1800	0-4000
Эритроциты (BLD), в 1 мл	400	0-1000
Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл	10	0-20
Цилиндры: зернистые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: восковидные, Ед/мл	0	0-20
Цилиндры: другие, Ед/мл	0	0-20

Определение тропонина Т

Показатель	Результат	Норма
Тропонин Т, нг/л	10	< 50

Результаты инструментальных методов обследования

ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС 62 в минуту, PR 162 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение ЭОС, депрессии ST не зарегистрировано, признаков гипертрофии миокарда ЛЖ нет.

Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); KDO 114 мл; KSO 47 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0 см; ЗС 1,0 см. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=68%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция: не изменена ( $E/A = 0,96$ ). Полость правого желудочка: 2,4 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,4 см, характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 41 мл. Правое предсердие: 40 мл. Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Митральный клапан: не изменен, митральная регургитация: нет. Аортальный клапан: не изменен, аортальная регургитация: нет. Триkuspidальный клапан: не изменен, триkuspidальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регургитация: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 2,2 см. Диаметр корня аорты: 3,7 см. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: Эхо-КГ параметры в пределах нормы.

#### Ультразвуковое исследование сонных артерий

Заключение: КИМ не утолщен, размер 0,8 мм; эхо-признаков атеросклеротического поражения брахиоцефельных артерий не выявлено.

#### Рентгенография грудной клетки

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Заключение: патологии не выявлено.

#### УЗИ почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обоих почек ровные четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедуллярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обоих почек не изменена. Чашечно-лоханочная система: в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы не увеличены.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

#### МРТ головного мозга

МР-данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе головного мозга не выявлено.

План дальнейшего обследования и лечения больной строится исходя из полученных первичных данных и

-предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

-суммы баллов по шкале GRACE

-суммы баллов по шкале SCORE

-суммы баллов по шкале TIMI

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 47%.

На основании этого следует

-не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступать к стратификации риска ССО и назначению лечения

- направить на обследование для выявления некардиальных причин клинических симптомов
- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца
- направить на стресс-ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест)

По данным стресс-ЭКГ пробы с физической нагрузкой положительная. Больной назначена антиишемическая терапия бисопрололом. Через месяц от начала терапии состояние не улучшилось, сохраняются боли ангинозного характера при умеренной физической нагрузке. Пациентке показана

- стресс-эхокардиография
- инвазивная коронароангиография
- магнитно-резонансная томография
- сцинтиграфия миокарда

По результатам коронароангиографии гемодинамически значимых стенозов в коронарных артериях не выявлено. Какой основной диагноз?

- Микрососудистая стенокардия
- Перикардит
- Кардиомиопатия
- Миокардит

Фоновым заболеванием является

- ГБ 2 стадии, АГ 2 степени, высокого риска
- ГБ 3 стадии, АГ 3 степени, очень высокого риска
- ГБ 3 стадии, АГ 2 степени, очень высокого риска
- ГБ 2 стадии, АГ 3 степени, высокого риска

Целевым значением ЧСС у пациентки является значение \_\_\_\_ ударов в минуту

- 70-80
- 50-60
- менее 50
- 60-70

Учитывая сохранение симптомов стенокардии на фоне терапии бета-адреноблокатором пациентке необходимо включить в схему лечения также

- иАПФ и/или никорандил
- ивабрадин
- мельдоний
- эмоксипин

Целевым для пациентки является АД < \_\_\_\_ мм рт.ст.

- 150/85
- 140/85
- 140/90
- 150/90

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке показан прием

- дипиридамола
- ривароксабана
- ацетилсалicyловой кислоты в высоких дозах
- ацетилсалicyловой кислоты в низких дозах

Какие рекомендации по изменению образа жизни следует дать пациентке?

- интенсивные занятия спортом
- увеличение массы тела
- снижение массы тела
- отказ от курения

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС №71

Пациент 25 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи;  
отрыжку кислым, тошноту.

### Анамнез заболевания

Данные симптомы беспокоят в течение 5 лет, преимущественно весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает соду, Альмагель.

Настоящее ухудшение развилось 10 дней назад, обратился в районную поликлинику.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает программистом.

Перенесённые заболевания: пневмония.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 1,72 м, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 23,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет, температура тела – 36,3°C. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	134	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,83	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100

Показатель	Результат Нормы	
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,2	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10 ж. 2-15

Анализ кала на скрытую кровь

Реакция кала на скрытую кровь – отрицательная.

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Роста микроорганизмов не обнаружено.

Реакция Видаля

Реакция Видаля – отрицательная.

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Быстрый уреазный тест – положительный.

##### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются, холедох не расширен.

Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений органов брюшной полости не выявлено.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

-Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, непрерывно рецидивирующее течение. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки по типу «песочных часов».

-Язвенная болезнь с локализацией язвы малых размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, хроническое течение. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

-Язвенная болезнь с локализацией язвы средних размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, рецидивирующее течение, обострение. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

-Язвенная болезнь с локализацией язвы больших размеров (0,7 см) на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, рецидивирующее течение, рубцевание. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

-H<sub>2</sub>-блокатора, антацида, метронидазола

-ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина

-ингибитора протонной помпы, H<sub>2</sub>-блокатора, гентамицина

-ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

-16-18

-6-8

-10-14

-3-5

Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

-10-12

-1-3

-7-9

-4-6

В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

-10

-7

-9

-1

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)

-7

-15

-25

-10

Пациент относится к группе состояния здоровья

-IIIб

- I
- IIIa
- II

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет \_\_\_\_ раз/раза

- 4
- 1
- 3
- 2

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет \_\_\_\_ раз/раза

- 4
- 1
- 2
- 3

Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах)

- 1
- 5
- 3
- 2

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 72

Больной 28 лет обратился в поликлинику.

### Жалобы

на приступы удышья и кашля, возникающие внезапно до 1-2 раз в неделю, связывает с вдыханием табачного дыма, различных химических средств, во время приступа ощущает «свист в груди», после него – отхождение вязкой, светлой, скудной мокроты.

### Анамнез заболевания

Приступы удышья появились 2 года назад в летнее время при проживании за городом, при возвращении в городскую среду чувствовал себя хорошо, затруднений дыхания не было. В следующий летний период приступы удышья вновь возобновились уже и при проживании в городских условиях. Затем стал отмечать, что приступы удышья появляются при вдыхании табачного дыма и различных парфюмированных средств 2-4 раза в месяц. В течение последних 2 месяцев приступы удышья стали несколько чаще (до 1-2 раз в неделю), несколько раз просыпался ночью от сухого кашля. Ранее к врачу не обращался, приступы купировались чаще самостоятельно или после приема таблетки эуфиллина.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ.

Наследственность отягощена по бронхиальной астме.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 74 кг, ИМТ – 25. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аусcultации дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном дыхании. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 ударов в минуту, АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатель	Обозначение	Результат	Референсный интервал	
			мужчины	женщины
Количество лейкоцитов, $10^9/\text{л}$	WBC	6,7	3,90-10,9	3,4-10,8
Количество эритроцитов, $10^{12}/\text{л}$	RBC	5,03	4,28-5,78	3,8-5,15
Гемоглобин, г/л	HGB	147	132-172	112-153
Гематокрит, %	HCT	47	39-51-50,95	34,9-45,6
Средний объем эритроцитов, фл	MCV	92	82-99	82-98
Среднее содержание HGB в 1 эритроците, пг	MCH	30,12	27,93-33,24	26,7-33,00
Средняя концентрация HGB в 1 эритроците, г/дл	MCHC	34,6	31,9-35,6	31,4-34,9
Ширина распределения эритроцитов по объему, %	RDW	14,3	12,10-15,40	12,10-15,80
Количество тромбоцитов, $10^9/\text{л}$	PLT	227	148-339	152-372
Средний объем тромбоцитов, фл	MPV	10,7	8,80-12,10	9,00-12,20
Тромбокрит, %	PCT	0,27	0,16-0,34	0,17-0,38
Ширина распределения тромбоцитов по объему, %	PDW	14,3	9,50-16,30	9,80-16,90
Миелоциты, %	-	-	-	-
Метамиелоциты, %	-	-	-	-
Палочкоядерные нейтрофилы, %	BAND	1,0	1,0-5,0	1,0-5,0
Сегментоядерные нейтрофилы, %	NEU	61,0	37,95-71,44	38,85-74,57
Эозинофилы, %	EOZ	7,0	0,30-5,40	0,20-5,10
Базофилы, %	BAS	0	0,10-1,00	0,1-0,90
Лимфоциты, %	LYM	22,0	17,79-47,79	16,24-48,00
Моноциты, %	MON	9,0	5,80-13,80	5,00-12,5
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	СОЭ	5	1-10	2-15
Ретикулоциты, %	RET	1,27	0,53-2,07	0,50-2,03

#### Содержание Ig E в сыворотке крови

Показатель Результат Референсный интервал

Ig E, кЕ/л 180 0-100

Микроскопическое исследование мокроты

Показатель	Результат	Референсный интервал
Характер	Слизистый	Слизистый
Цвет	Белесоватый	Белесоватый
Консистенция	Вязкая	Вязкая
Реакция (рН)	Нейтральная	Нейтральная или щелочная
Альвеолярные клетки	4	4-18
Эластичные волокна	0	0-5
Нейтрофилы	5	0-25
Эозинофилы	31	0-20
Кристаллы Шарко – Лейдена	++	-
Спирали Куршмана	+	-
Микобактерии туберкулеза	-	-
Атипичные клетки	-	-

Антинуклеарный фактор в сыворотке крови

Показатель Результат Ед.измерения Референсные значения  
Антинуклеарный фактор 1:40 титр <1:160

Бактериологический анализ мокроты

Роста патогенных микроорганизмов не обнаружено

Результаты инструментальных методов обследования

Спирометрия с бронходилататором

Показатели спирометрии до бронходилататора

Показатель	Результат	Референсный интервал
VC/ ЖЕЛ	4,8 4,2	88 % Более 80%
FVC/ФЖЕЛ	4,7 3,9	84 % Более 80%
FEV1/ОФВ1	3,9 3,12	80 % Более 80%
FEV/FVC ОФВ1/ФЖЕЛ	80 %	Более 80%

Показатели спирометрии после бронходилататора

Показатель	Норма	Значение %	к должностному	Референсное значение
VC/ ЖЕЛ	4,8	4,3	88 %	Более 80%
FVC/ФЖЕЛ	4,7	4,2	74 %	Более 80%
FEV1/ОФВ1	3,9	3,7	95 %	Более 80%
FEV/FVC ОФВ1/ФЖЕЛ		88 %		Более 80%

Прирост ОФВ1 составляет 15 %

Заключение: норма; бронходилатирующий тест положительный.

Рентгенография органов грудной клетки

Заключение: легочные поля без инфильтративных и очаговых изменений, сердце без особенностей.



#### Пикфлюметрия

$$\% = \text{ПСВ вech.} - \text{ПСВ утр.} / \frac{1}{2} (\text{ПСВ вech.} + \text{ПСВ утр.}) \times 100 \%$$

Показатель	1	2	3	4	5	6	7	8
Утро (л/мин)	430	400	480	400	450	390	420	460
Вечер (л/мин)	350	320	370	300	390	310	340	380
Суточные колебания (л/мин)	80	80	110	120	60	80	80	80
%	21	22	26	26	14	23	20	19

#### Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС – 64 удара в минуту. Вольтаж нормальный. PQ – 0,16. QRS – 0,08. QRS не деформирован. Зубцы: РI +, РII +, РIII +; ТI +, ТII +, ТIII +. QRST – 0,38. Экстрасистол не выявлено. Нормальное положение электрической оси сердца.

#### Эхокардиография

Аорта: не расширена, стенки не уплотнены. Левое предсердие не увеличено. Левый желудочек не расширен, толщина стенок в норме. ФВ – 66% ( $N > 55\%$ ). Локальная и глобальная сократимости не нарушены. Правый желудочек и правое предсердие не расширены. Аортальный клапан: трехстворчатый, створки не изменены, амплитуда раскрытия в норме, регургитации нет. Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Трикуспидальный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Признаков легочной

гипертензии не выявлено. Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается – 70% (N>50%).

Заключение: размеры камер сердца в норме, локальная и глобальная сократимости не нарушены.

Какое основное заболевание?

- Бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести
- Бронхиальная астма, интермиттирующая, легкой степени тяжести
- Бронхиальная астма, аллергическая, легкой степени тяжести
- Бронхиальная астма, персистирующая, тяжелой степени тяжести

Больному необходимо назначить в качестве базисной терапии

- ингаляционные глюкокортикоиды в низкой дозе
- системные глюкокортикоиды
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- ингаляционные глюкокортикоиды в средней дозе

Доза ингаляционных глюкокортикоидов подбирается с учетом

- патогенетического варианта астмы
- длительности течения заболевания
- возраста и пола пациента
- степени тяжести бронхиальной астмы

При стабилизации состояния больного коррекция дозы препаратов базисной терапии проводится через

- один месяц
- три месяца
- две недели
- шесть месяцев

Наиболее целесообразно снижение дозы препаратов базисной терапии на \_\_\_\_\_% от исходной

- 20
- 25
- 10
- 5

При назначении  $\beta_2$ -адреномиметика короткого действия для купирования приступов удушья необходимо предупредить больного о возможности при передозировке препарата -развития трепора пальцев

- появления тошноты, снижения аппетита
- появления головной боли
- усилений бронхоспазма

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- эффективность применения  $\beta_2$ -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- суточные колебания пиковой скорости выдоха

Диетические рекомендации у больных бронхиальной астмой включают

- снижение жидкости в рационе
- снижение животных жиров в рационе
- гипоаллергенную диету
- снижение доли белков в рационе

У пациентов с коморбидным течением бронхиальной астмы и ИБС для купирования приступов удушья целесообразно применение

- ингаляционных М-холиноблокаторов
- комбинации  $\beta_2$ -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- глюокортикоидов системного действия
- препаролов теофиллина пролонгированного действия

Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает наряду с применением  $\beta_2$ -адреномиметика короткого действия в режиме «по требованию» постоянный прием

- муколитиков и отхаркивающих средств
- таблетированной формы эуфиллина
- препаролов базисной терапии
- М-холиноблокаторов короткого действия

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 73

Больной К. 73 лет осматривается врачом-терапевтом в стационаре

##### Жалобы

на слабость, утомляемость, тошноту без связи с приемом пищи, ухудшение аппетита, зрения, памяти

##### Анамнез заболевания

С 54 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области. При обращении к врачу регистрировались повышенные цифры АД (sistолического до 150-160 и диастолического до 90-100 мм рт.ст.). Больному назначались антигипертензивные препараты, которые он принимал нерегулярно. С 60 лет АД стабилизировалось на цифрах 160 и 100 мм рт.ст. Постепенно стало нарастать ухудшение зрения. К врачам не обращался и не лечился. Использовал нетрадиционные методы лечения. В 68 лет уровень АД составлял 180-190 и 100-120 мм рт.ст, выявлялась протеинурия, отмечалось прогрессивное ухудшение памяти. За последний год появились жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован для обследования и лечения.

##### Анамнез жизни

рос и развивался нормально,  
перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит,  
наследственность: отец имел артериальную гипертензию с 35 лет, перенес ОНМК в возрасте 53 лет,  
вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 20-летнего возраста,  
двигательная активность: малоподвижный образ жизни,  
отдает предпочтение соленой пище.

##### Объективный статус

Состояние средней тяжести. ИМТ 18кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие, тургор снижен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Размеры относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии в 5 межреберье, верхняя - по верхнему краю 3 ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин, приглушенны, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины. Пульс ритмичный, 88 ударов в минуту, напряженный. АД 170/115 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x6см. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

#### Результаты скрининговых лабораторных методов обследования

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	6,0-8,0	6,8
Глюкоза	3,3 - 5,5	5,2
Креатинин	60-115	241
Мочевина	2,5-6,7	5,4
Общий билирубин	3-17	9,5
АСТ	3-35	24
АЛТ	3-35	25
Натрий	135-145	140
Калий	3,5-5,0	4,8
Общий холестерин	<5,0	7,2
Мочевая кислота	210-420	310
СКФ	>90	22

##### Общий анализ мочи

Наименование	Нормы	Результат
Цвет	желтый	желтый
Прозрачность	полная	полная
Относительная плотность	1003-1035	1015
pH	5,0-8,0	5,8
Белок	отр	0,350г/л
Глюкоза	отр	отр
Кетоновые тела	отр	отр
Уробилиноген	отр	отр
Лейкоцитарная эстераза	отр	отр
Билирубин	отр	отр
Эпителий плоский	<3	Не обнаружен
Эпителий переходный	<1	Не обнаружен
Эпителий почечный	отр	Не обнаружен
Лейкоциты	<3	0-1
Эритроциты	<2	Не обнаружен

Наименование	Нормы	Результат
Цилиндры	отр	Не обнаружен
Соли	отр	Не обнаружен
Бактерии	отр	Не обнаружен

Анализ мочи по Нечипоренко  
Лейкоциты 500/мл  
Эритроциты 100/мл  
Цилиндры нет

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Эхокардиография

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 13 мм. Индекс массы миокарда левого желудочка  $130\text{г}/\text{м}^2$ . Признаков гипо- и акинезии в покое нет. ФВ ЛЖ 63%.

##### УЗИ вен нижних конечностей

Поверхностные и глубокие вены проходимы. Признаков тромбоза нет. Клапаны состоятельны.

##### Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек C4, A3
- Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степень, риск высокий. Хроническая болезнь почек C4, A3
- Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек C5, A3
- Гипертоническая болезнь II стадия, 3 степень, риск очень высокий. Хроническая болезнь почек C2, A2

К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного относят

- стеатоз печени
- пульсовое артериальное давление 55 мм ртст
- гипертрофию левого желудочка
- диффузный пневмосклероз

У больного имеется метаболическое нарушение в виде

- сахарного диабета

- гиперлипидемии

- подагры

- метаболического ацидоза

Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

- КТ головного мозга

- экскреторная урография

- УЗИ сонных артерий

- биопсия почки

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов

- сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов
- сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами
- сочетании с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов

Данному больному предпочтительнее назначить

- лизиноприл+ бисопролол
- лизиноприл+ирбесартан
- амлодипин+бисопролол
- лизиноприл + фуросемид

Немедикаментозный компонент лечения данного пациента должен включать

- балнеологическое лечение
- снижение массы тела
- отказ от курения
- физиотерапевтическое лечение

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки \_\_\_\_\_ мм рт.ст

- 120-130/70-79
- 130-139/70-79
- <150/90
- <120/80

Диета для данного пациента должна включать

- ограничение потребления растительной пищи
- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя

У данного пациента следует воздержаться от назначения препаратов из группы

- антагонисты кальция
- нестероидных противовоспалительных средств
- бета-адреноблокаторов
- статинов

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 74

Пациент 26 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на кашель с трудноотделяемой ржавой мокротой, повышение температуры тела до 38,2°C, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Заболел остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились непродуктивный кашель, озноб, общая слабость.

На второй день заболевания при кашле стала отделяться мокрота с ржавым оттенком, принимал жаропонижающие без эффекта.

### Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Работает банковским служащим.

Перенесённые заболевания: корь, скарлатина.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°. Нормостенического телосложения, рост – 176 см, масса тела – 75 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м<sup>2</sup>, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Определяются гиперемия щек, более выраженная справа, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД – 18 в минуту. При осмотре грудной клетки определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в правой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в I и II межреберье справа. При аусcultации над местом притупления выслушивается крепитация. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 100/65 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

##### Показатель

##### Результат Нормы

Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	11,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	10	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	52	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	38	м. 2-10 ж. 2-15

## Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	коричневый	бесцветный
Характер	гнойный	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	30-35 в п/зр.	нет
Эритроциты	10-12 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко-Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	нет	нет

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю – Нильсену) микобактерий туберкулёза не обнаружено; в мазках (окраска по Граму) определяются > 10 Грам+ ланцетовидных диплококков (*Streptococcus pneumoniae*).

Определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)

Антитела классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) не обнаружены.

## Коагулограмма

Показатель	Результат	Норма
АЧТВ, сек.	28	24-39
Протромбиновый индекс	0,87	0,7-1,1
Фибриноген, г/л	3,2	2,0-4,0
Тромбиновое время, сек.	15	14-18
МНО	1,07	0,9-1,2

## Реакция Вассермана

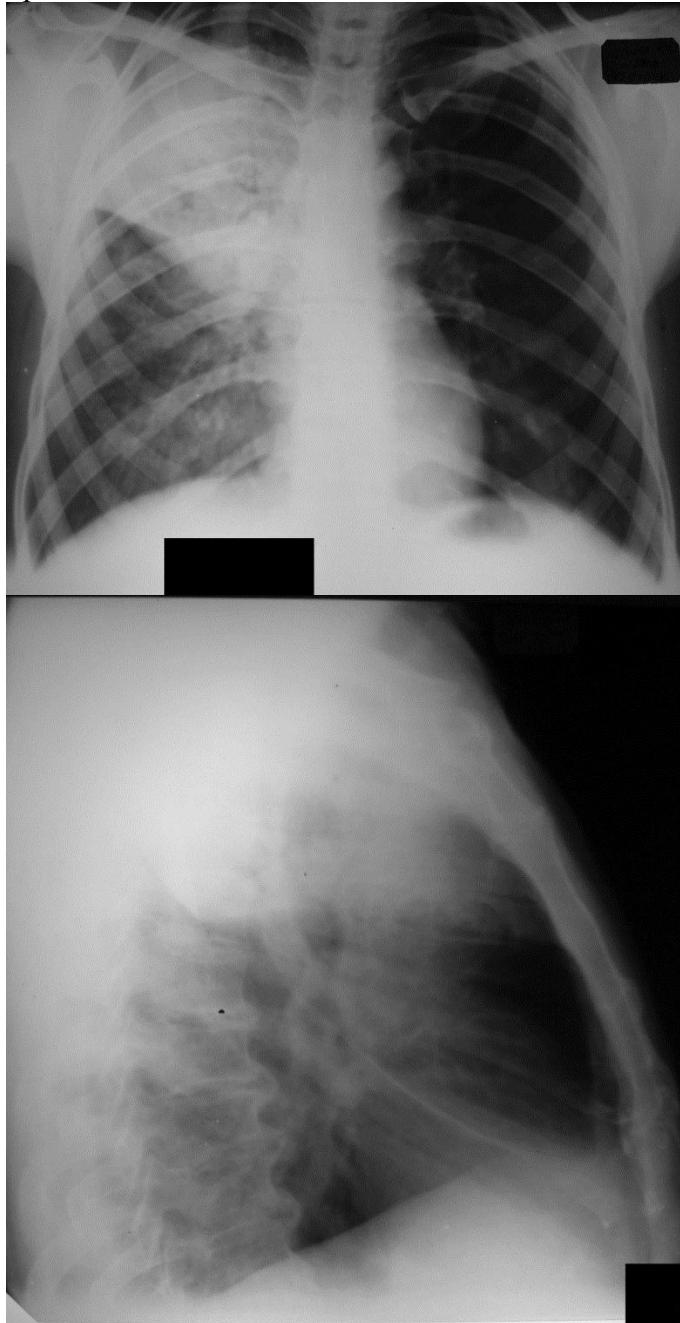
Реакция Вассермана – отрицательная.

## Результаты инструментальных методов обследования

### Рентгенография органов грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции верхней доли правого лёгкого определяется участок инфильтрации однородной структуры, средней интенсивности, с нечеткими контурами уплотненного участка, за исключением мест соприкосновения с

междолевой плеврой. В уплотнённом участке визуализируются воздушные просветы бронхов.



#### Пульсоксиметрия

Показатель сатурации  $\text{SaO}_2$  – 98%.

#### Рентгенография придаточных пазух носа

На представленной рентгенограмме придаточных пазух носа пневматизация заметно не снижена. Уровней жидкости в верхнечелюстных и лобных пазухах не отмечается. Носовая перегородка не искривлена.

Заключение: рентгенологических признаков синусита не выявлено.

#### Ультразвуковое исследование плевральных полостей

При ультразвуковом исследовании плевральных полостей свободной жидкости не выявлено.

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Правосторонний экссудативный плеврит
- Внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония
- Инфильтративный туберкулёт верхней доли правого лёгкого
- Очаговая пневмония верхней доли правого лёгкого

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу CRB-65, включающую комплекс симптомов и признаков, таких как

- нарушение сознания, ЧДД  $\geq 30/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 90$  или диастолическое АД  $\leq 60 \text{ мм рт.ст.}$ , возраст  $\geq 65$  лет
- температура тела  $> 39^\circ\text{C}$ , ЧДД  $\geq 20/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 90 \text{ мм рт.ст.}$  или диастолическое АД  $\leq 60 \text{ мм рт.ст.}$ , возраст  $> 65$  лет
- нарушение сознания, ЧДД  $\geq 20/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 100 \text{ мм рт.ст.}$  или диастолическое АД  $\leq 70 \text{ мм рт.ст.}$ , возраст  $\geq 65$  лет
- температура тела  $> 38^\circ\text{C}$ , ЧДД  $\geq 30/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 100 \text{ мм рт.ст.}$  или диастолическое АД  $\leq 70 \text{ мм рт.ст.}$ , возраст  $> 65$  лет

В качестве стартовой эмпирической терапии в амбулаторных условиях пациенту может быть назначен \_\_\_\_\_ внутрь

- амоксициллин
- ципрофлоксацин
- метронидазол
- доксициклин

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

- 48-72
- 6-10
- 24-36
- 12-18

Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

- снижение температуры до субфебрильных цифр
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии
- стойкая нормализация температуры в течение 1 суток
- стойкая нормализация температуры в течение 3 суток

Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)

- 3-4
- 1-2
- 7-8
- 5-6

Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях)

- 15-16
- 7-8
- 20-21
- 10-11

Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение (в месяцах)

- 2
- 3
- 12
- 6

Кратность осмотра врачом-терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в \_\_\_\_\_ месяца/месяцев

- 2
- 3
- 12
- 6

При отсутствии патологических клинико-рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдения данный пациент переводится в \_\_\_\_\_ группу состояния здоровья

- IIIa
- II
- IIIb
- I

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 75

Больной А. 42 лет обратился к врачу-терапевту участковому

##### Жалобы

на интенсивную головную боль в теменно-затылочной области, покраснение кожи лица, преимущественно щек, мелькание «мошек», «звездочек» перед глазами, общую слабость, снижение работоспособности

##### Анамнез заболевания

Заболел впервые после психоэмоционального напряжения, связанного с работой, неделю назад. В течение последней недели отметил частые головные боли с эпизодами головокружения. Самостоятельно принимал различные анальгетики с переменным эффектом. Коллегами на работе 2 дня назад были зафиксированы цифры АД – 150/100 мм рт.ст. в связи с чем по рекомендации коллег самостоятельно принял  $\frac{1}{2}$  таб. Капотена с хорошим эффектом, отметил уменьшение головной боли, снижение цифр АД до 120/85 мм рт.ст. Однако, на следующий день появились вышеописанные жалобы, что и послужило поводом для обращения к врачу-терапевту участковому.

##### Анамнез жизни

рос и развивался нормально

перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит

наследственность отягощена по гипертонической болезни: отец и мать страдали гипертонической болезнью.

вредные привычки: курит в течение 10 лет по  $\frac{1}{2}$  пачки сигарет в день

##### Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 182 см. Гиперемия кожи лица, преимущественно щек, остальные кожные покровы нормальной окраски. При пальпации и перкуссии грудной клетки патологии не выявлено, выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца

ясные, ритмичные, шумов нет, выслушивается акцент II тона над аортой. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

Определение уровня гормонов щитовидной железы, надпочечников

Уровни гормонов щитовидной железы и надпочечников соответствуют нормальным значениям

Определение содержания железа в крови

уровень железа в крови соответствует нормальному значению 15 мкмоль/л

#### Результаты инструментальных методов обследования

ЭХО - кардиография

по данным Эхо-КГ утолщение стенок миокарда левого желудочка не определяется.

ЭГДС

пищевод свободно проходим. Слизистая оболочка желудка не гиперемирована, в желудке язвенных дефектов не обнаружено. Луковица двенадцатиперстной кишки без изменений.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Головная боль напряжения
- Гипертоническая болезнь 1 стадии, 3 степени, риск 4
- Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 1
- Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4

К поражению органов мишней, характерному для данного заболевания относят

- гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ)
- сахарный диабет 1 типа
- глаукому
- гломерулонефрит

К параметрам оценки в классификации степени данного заболевания относят

- возраст больного
- наличие сопутствующих заболеваний
- уровень систолического и диастолического АД
- данные биохимического анализа крови

К рациональной комбинации лекарственных препаратов для лечения данного больного можно отнести сочетание тиазидоподобных диуретиков с

- статаинами
- НПВС
- антиагрегантами
- иАПФ

Целевыми значениями АД при лечении данного пациента являются показатели < \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

- 140/90
- 130/80
- 160/90
- 120/70

К немедикаментозным рекомендациям при лечении данного больного относят

- ограничение потребления соли до 15–20 г в сутки
- регулярные физические нагрузки, не менее 60 минут интенсивной динамической физической активности
- исключение потребления алкоголя
- ограничение потребления соли до 5 г в сутки

Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов служит

- беременность
- сердечная недостаточность
- подагра
- бронхиальная астма

К группе назначаемых лекарственных препаратов, для лечения данного заболевания, относятся

- НПВС
- блокаторы рецепторов ангиотензина
- статины
- антиагреганты

Противопоказанием для назначения antagonистов кальция (верапамил, дилтиазем) является

- атриовентрикулярная блокада (2 или 3 степени)
- беременность
- двусторонний стеноз почечных артерий
- гиперкалиемия

К факторам риска для данного заболевания НЕ относится

- глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л
- курение
- возраст (мужчины >55 лет; женщины >65 лет)
- возраст (мужчины <55 лет; женщины <65 лет)

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 76

Пациент 18 лет, студент, в начале учебного года обратился в студенческую поликлинику

### Жалобы

На общую слабость, ухудшение аппетита, тошноту, двукратную рвоту после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье, темный цвет мочи.

### Анамнез заболевания

Пациент в течение недели амбулаторно лечился по поводу «ОРВИ» в студенческой поликлинике. Заболел остро с повышения температуры до 38,8°C, головной боли, боли в мышцах и суставах, першения в горле. На 5 день болезни температура тела нормализовалась.

В день предполагаемой выписки на учебу, на фоне нормальной температуры, отметил ухудшение самочувствия: ухудшился аппетит, появились общая слабость, тошнота, рвота после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье. На 5 день потемнела моча, окружающие заметили желтушность склер.

Анамнез жизни

Студент 2 курса.

Проживает в общежитии; в комнате 3 человека.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицает.

Парентеральный анамнез не отягощен.

В июле - августе месяце проживал у родственников в сельской местности, купался в пруду, употреблял в большом количестве овощи и фрукты (нередко в немытом виде). Контакты с больными гепатитом отрицает.

Объективный статус

Температура тела 36,7°C.

Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.

Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.

Моча темная, стул ахоличен.

АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	70
Альбумин	32 - 50 г/л	38
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	1730
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	1310
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	220
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	98
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	126
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	75
Глюкоза	3,88 – 5,83 мммоль/л	5,2
Мочевина	2,5 – 8,5 мммоль/л	4,8
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	86
Амилаза	28-100 Ед/л	78

##### Иммуноферментный анализ крови

Показатели Результат

HBs-Ag Отрицательный

AntiHBcor IgM Отрицательный

Anti-HAV Ig M Положительный

Anti-HCV Отрицательный

Протромбиновый индекс

74 %

Определение церулоплазмина сыворотки крови  
Церулоплазмин сыворотки крови - 0,45 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы  
Выявлен генотип: UGT1A1 (ТА)6/(ТА)6 (норма)

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 131 мм, левой доли до 72 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышенна. Очаговые изменения не выявлены. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен, до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54\*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное. Селезенка: размеры 130\*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Заключение: Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

##### МРТ печени

Заключение: увеличение размеров печени.

##### Какой основной диагноз?

- Синдром Жильбера
- Лептоспироз, желтушная форма, типичное течение, средней степени тяжести
- Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести
- Желчекаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- геморрагического синдрома
- упорного кожного зуда
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи
- «сосудистых звездочек» на коже

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является

- повышение активности транасамина
- снижение уровня содержания общего белка в крови
- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови
- снижение уровня содержания протромбина в крови

Возможным исходом вирусного гепатита А является

- хронизация инфекционного процесса
- дискинезия желчевыводящих путей
- вирусоносительство
- острая печеночная энцефалопатия

Врачебная тактика в данной клинической ситуации состоит в

- амбулаторном лечении
- госпитализации в инфекционное отделение
- лечении в дневном стационаре

-госпитализации больного с помещением в Мельцеровский бокс

Терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- канамицина
- лактулозы
- ламивудина
- эссенциальных фосфолипидов

При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют

- эссенциальные фосфолипиды
- осельтамивир
- урсодезоксихолевую кислоту
- глюкокортикоиды

Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение лечебного стола №

- 1а
- 9
- 15
- 5

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- вакцинацию
- интерфероны
- иммуномодуляторы
- противовирусные препараты

Иммунизацию сывороточным иммуноглобулином проводят

- через 7-10 дней после контакта с больным вирусным гепатитом А
- не позже 6 дней при внутрисемейных и близких контактах
- лицам, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости вирусным гепатитом А
- через 14-20 дней после контакта с больным вирусным гепатитом А

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 77

В поликлинику обратилась пациентка 20 лет

Жалобы на зуд в области заднего прохода

Анамнез заболевания

Заболела около 10 дней назад, когда на фоне хорошего самочувствия стала ощущать зуд в области заднего прохода. Зуд беспокоит преимущественно по ночам.

Анамнез жизни

Студентка

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицает.

Проживает в отдельной квартире с родителями.

Эпиданамнез: Месяц назад гостила на даче у подруги, купалась в речке, загорала на песке, играла с маленькими детьми. Имеет привычку грызть ногти.

Объективный статус

Температура тела 36,7°C.  
Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет.  
Видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные.  
Периферические лимфоузлы не пальпируются.  
Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 17 в мин.  
АД-105/60 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин.  
Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.  
Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.  
Мочеиспускание не нарушено.  
Менструальный цикл регулярный, патологических выделений нет.  
Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

Наименование	Результат
Strongyloides stercoralis	отрицательно
Trichocephalus trichiurus	отрицательно
Ascaris lumbricoides	отрицательно
Enterobius vermicularis	положительно

Иммуноферментный анализ (ИФА) с антигеном T. spiralis  
Отрицательно

Какой основной диагноз?

- Аскаридоз
- Трихинеллез
- Энтеробиоз
- Стронгилоидоз

К симптомам неосложненного энтеробиоза относят  
-субфебрильную лихорадку и частый жидкий стул  
-зуд в области заднего прохода и аногенитальной области  
-боли в животе и зудящую сыпь на туловище  
-субфебрильную лихорадку, продуктивный кашель, уртикарную сыпь на коже

Возможным осложнением энтеробиоза является

- пневмония
- парапроктит
- механическая желтуха
- непроходимость кишечника

Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с  
-шигеллезом  
-сальмонеллезом  
-неспецифическим язвенным колитом  
-геморроем

При массивной инвазии при энтеробиозе возможны

-лихорадка ремиттирующего или неправильного типа, отёчный синдром, макулопапулёзные высыпания на коже с геморрагическим компонентом

- боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи
- генерализованная лимфаденопатия, гепатосplenомегалия
- высокая лихорадка, продуктивный кашель с мокротой с прожилками крови, гепатолиенальный синдром

При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление

- аппендикулярной симптоматики
- катарального синдрома
- менингеального симптомокомплекса
- генерализованной полилимфаденопатии

Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является

- доксициклин
- альбендазол
- ацикловир
- хлорохин

Лечение энтеробиоза включает назначение \_\_\_\_\_ препаратов

- противотрематодозных
- противодикроцелиозных
- противоцестодозных
- противонематодозных

Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через \_\_\_\_\_ день/дней после первого

- 21
- 5
- 7
- 14

Профилактика энтеробиоза включает

- предупреждение загрязнения яйцами гельминтов и адекватную термическую обработку свиного мяса
- соблюдение правил личной гигиены при контактах с собаками и кошками
- предупреждение загрязнения яйцами гельминтов водоемов и адекватную термическую обработку рыбы семейства карповых
- соблюдение правил личной гигиены

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 78

Пациентка 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы на повышение температуры тела до 37,6°C, интенсивный кашель со скучной желтоватой мокротой, сопровождающийся «свистящим» дыханием, головную боль, боли в мышцах, слабость.

### Анамнез заболевания

Больна в течение 7 дней, в дебюте заболевания отмечались слабость, субфебрилитет, миалгии, боли в горле при глотании.

На 3 день заболевания присоединился кашель со скучной мокротой, эпизоды диспноэ, сопровождающиеся свистящими хрипами в грудной клетке.  
Подобные симптомы отмечались у членов семьи (муж, дети).

#### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает уборщицей помещений.

Перенесённые заболевания: корь, скарлатина.

Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Вредные привычки: курит с 20 лет (10 сигарет в день).

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 37,2°C. Умеренная гиперемия зева. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски, влажные. При осмотре грудной клетки значимой патологии не выявлено. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук. При аусcultации дыхание жёсткое, умеренное количество сухих басовых хрипов, в подлопаточных областях с обеих сторон умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧДД – 20 в минуту. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,1	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	120	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	37	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	33,2	26,0-34,0
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	18	30,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	9,6	4-9
<b>Лейкоцитарная формула</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	6	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	54	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	4	2-10
СОЭ, мм/ч	26	м. 2-10 ж. 2-15

## Общий анализ мокроты

	Результат	Нормальные значения
Количество	4 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	жёлтый	бесцветный
Характер	гнойный	слизистый
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	20-25 в п/зр.	нет
Эритроциты	0-1 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко – Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	нет	нет

Бактериоскопия мокроты (с окраской по Цилю – Нильсену и Граму)

При бактериоскопии мокроты в мазках (окраска по Цилю – Нильсену и по Граму) микобактерий туберкулёза и других патологических микроорганизмов не обнаружено.

Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека

Показатель	Результат	Норма
Антитела классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ-1,2)	не обнаружены	не обнаружены

Определение суммарных антител (IgM, IgG) к Treponema pallidum

Показатель	Результат	Норма
Антитела к Treponema pallidum суммарные (IgM, IgG)	не обнаружены	не обнаружены

## Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки на фоне усиления лёгочного рисунка в нижних отделах с обеих сторон визуализируются несколько участков уплотнения легочной ткани однородной структуры, низкой интенсивности (симптом «матового стекла»), без четких контуров.



Пульсоксиметрия  
Показатель сатурации  $\text{SaO}_2$  – 98%

Рентгенография придаточных пазух носа

На представленной рентгенограмме придаточных пазух носа пневматизация не снижена. Уровней жидкости в верхнечелюстных и лобных пазухах не отмечается. Носовая перегородка не искривлена.

Заключение: рентгенологических признаков синусита не выявлено.

Ультразвуковое исследование плевральных полостей

При ультразвуковом исследовании плевральных полостей свободной жидкости не выявлено

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- Очаговая пневмония нижней доли левого и правого лёгкого нетяжёлого течения
- Внебольничная пневмония в нижней доле левого и правого лёгкого нетяжёлого течения
- Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония тяжёлого течения
- Пневмония в нижней доле левого и правого лёгкого тяжёлого течения

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу CRB-65, включающую комплекс симптомов и признаков, таких как

- температура тела  $> 38^\circ\text{C}$ , ЧДД  $\geq 30/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 90$  мм рт.ст. или диастолическое АД  $\leq 60$  мм рт.ст., возраст  $> 65$  лет
- температура тела  $> 39^\circ\text{C}$ , ЧДД  $\geq 20/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 100$  мм рт.ст. или диастолическое АД  $\leq 70$  мм рт.ст., возраст  $\geq 65$  лет
- нарушение сознания, ЧДД  $\geq 30/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 90$  мм рт.ст. или диастолическое АД  $\leq 60$  мм рт.ст., возраст  $\geq 65$  лет
- нарушение сознания, ЧДД  $\geq 20/\text{мин}$ , систолическое АД  $< 100$  мм рт.ст. или диастолическое АД  $\leq 70$  мм рт.ст., возраст  $> 65$  лет

В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен  
внутрь

- ципрофлоксацин
- кларитромицин
- метронидазол
- доксициклин

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

- 48-72
- 24-36
- 12-18
- 6-10

Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

- стойкая нормализация температуры в течение 3 суток
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии
- снижение температуры до субфебрильных цифр
- стойкая нормализация температуры в течение 1 суток

Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)

- 7-8
- 3-4
- 5-6
- 1-2

Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют (в днях)

- 15-16
- 20-21
- 10-11
- 7-8

Диспансерное наблюдение после выздоровления в данном клиническом случае проводится в течение \_\_\_\_\_ месяцев

- 12
- 6
- 2
- 3

Кратность осмотра врачом-терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в \_\_\_\_\_ месяца/месяцев

- 6
- 4
- 3
- 2

При отсутствии патологических клинико-рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдения пациентка переводится в \_\_\_\_\_ группу состояния здоровья

- IIIб
- I
- II
- IIIа

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 79

Мужчина 63 лет обратился к участковому терапевту

Жалобы на сжимающие загрудинные боли, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более, чем на один этаж. Боли вынуждают прекратить нагрузку, после чего проходят в течение нескольких минут.

#### Анамнез заболевания

Ранее со слов пациента заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Ухудшение в самочувствии отмечает около месяца, когда стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера при непривычных физ. нагрузках. За все время боли беспокоили 5-6 раз.

#### Анамнез жизни

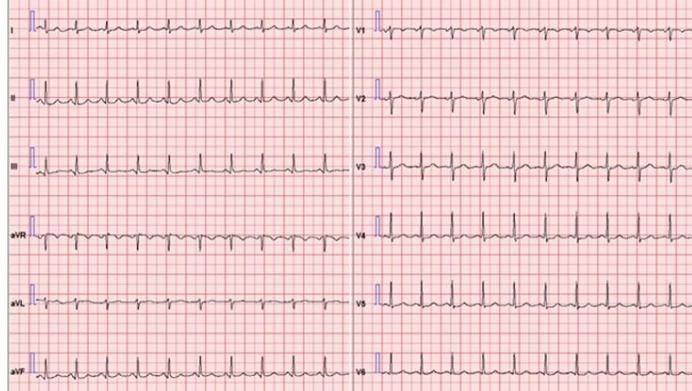
хронические заболевания отрицает.  
в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет  
профессиональных вредностей не имел  
аллергических реакций не было

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, грубый sistолический шум над всей поверхностью сердца с эпицентром во втором межреберье справа от грудины. Шум проводится на сосуды шеи и не проводится в левую подмышечную область. ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

#### Результаты обследования

##### Регистрация ЭКГ в 12 отведениях



##### Трансторакальное эхокардиографическое исследование

Аорта уплотнена, диаметр восходящего отдела 3,5 см ( $N \leq 3,6$ ). Аортальный клапан трехстворчатый, с признаками фиброза и небольшого кальциноза и снижением амплитуды раскрытия створок до 1,3 см ( $N > 1,5$ ), площадь аортального отверстия 1,65 см<sup>2</sup>, максимальная скорость кровотока – 2,5 м/с ( $N < 1,7$ ), максимальный градиент давления на аортальном клапане – 25 мм рт.ст., средний – 14 мм рт. ст., регургитация 1 степени (объем регургитации 8 мл). Толщина межжелудочковой перегородки 1,0 см ( $N < 1,1$ ), толщина задней стенки 1,0 см ( $N < 1,1$ ), конечный диастолический размер 4,7 см ( $N < 5,9$ ), индекс массы миокарда левого желудочка 105 г/м<sup>2</sup> ( $N \leq 95$ ), фракция выброса 61 % ( $N \geq 54$ ), диастолическая дисфункция 1-й степени. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Митральный клапан: створки уплотнены, скорость кровотока 0,83 м/с ( $N < 1,3$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер левого предсердия 3,7 см ( $\leq 4,0$ ), объем 50 мл ( $\leq 56$ ). Диаметр легочной артерии 2,1 см ( $N < 2,1$ ), sistолическое давление в

легочной артерии 26 мм рт. ст. ( $N < 30$ ). Кровоток на клапане легочной артерии 0,8 м/сек ( $N < 0,9$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Правый желудочек 2,7 см ( $N \leq 3,3$ ). Триkuspidальный клапан не изменен, кровоток 0,65 м/сек ( $N < 0,7$ ), регургитация 1 степени ( $N$  – не выше 1 степени). Размер правого предсердия 3,6 см ( $N < 4,0$ ), объем 44 мл ( $N < 58$ ). Нижняя полая вена на выдохе 1,9 см ( $N \leq 2,2$ ), на вдохе 0,9 см ( $N$  – спадение в вдохе  $> 50\%$ ). Полость перикарда не изменена.

**Заключение:** Уплотнение стенок аорты. Дегенеративные изменения аортального клапана с формированием комбинированного порока: небольшой стеноз и небольшая недостаточность аортального клапана. Камеры сердца не увеличены. Нарушения локальной сократимости не выявлено. Небольшая недостаточность митрального клапана. Небольшая недостаточность триkuspidального клапана. Небольшая недостаточность клапана легочной артерии.

#### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Норма	
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,1	Муж: 4,0–5,1 Жен: 3,7–4,7
Гемоглобин, г/л	135	Муж: 130–160 Жен: 120–140
Цветовой показатель	0,99	0,85–1,05
Ретикулоциты, %	3	2–10
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	220	180–320
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	4,9	4–9
Базофилы, %	1	0–1
Эозинофилы, %	4	0–5
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1–6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	61	45–70
Лимфоциты, %	22	18–40
Моноциты, %	8	2–9
СОЭ, мм/ч	7	Муж: 1–10 Жен: 2–15

#### Исследование липидов крови

Общий ХС	-	6,1	ммоль/л	( $N < 5,0$ )
ХС ЛПНП	-	5,2	ммоль/л	( $N < 3,0$ )
ХС ЛПВП	-	0,8	ммоль/л	( $N > 1,0$ )
Триглицериды - 2,6 ммоль/л ( $N < 1,7$ )				

#### Результаты обследования

##### Проба с физической нагрузкой

Исходно: ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Нагрузка 50 Вт 3 минуты: ЧСС 90 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Нагрузка 100 Вт 2 минуты: боль за грудиной, горизонтальная депрессия ST до 2 мм в отведениях V3–V6. ЧСС 130 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст.

**Заключение:** Проба положительная, ХКН соответствует 3-му функциональному классу. Нормотензивная реакция артериального давления на физическую нагрузку. Выявлены прогностически неблагоприятные признаки: распространенная депрессия сегмента ST в прекардиальных отведениях (с V3 по V6)

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

- кардиалгии
- вазоспастической стенокардии
- атипичной стенокардии
- типичной стенокардии

Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения \_\_\_\_\_ функционального класса

- IV
- III
- I
- II

Предтестовая вероятность ИБС у данного пациента

- очень высокая (>85 %)
- низкая (<15 %)
- высокая (66–85 %)
- промежуточная (15–65 %)

Результаты объективного исследования позволяют думать о

- Стенозе аортального клапана
- ГКМП с обструкцией выносящего тракта
- Недостаточности трехстворчатого клапана
- Недостаточности митрального клапана

По данным эхокардиографического исследования у пациента имеется дегенеративный аортальный порок сердца

- умеренный стеноз и умеренная недостаточность
- тяжелый стеноз и небольшая недостаточность
- небольшой стеноз и небольшая недостаточность
- умеренный стеноз и небольшая недостаточность

Пациенту показана

- хирургическая замена аортального клапана
- реваскуляризация миокарда
- только медикаментозная терапия
- транскатетерная имплантация аортального клапана

Для профилактики тромбозов пациенту следует назначить

- новые оральные антикоагулянты
- ацетилсалициловую кислоту
- клопидогрел
- варфарин

Для профилактики прогрессирования коронарного атеросклероза должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше \_\_\_\_\_ ммоль/л

- 3,5
- 2,2
- 1,8
- 5,5

В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить \_\_\_\_\_ в день

-амлодипин 5 мг 1 раз  
-бисопролол 5 мг 1 раз  
-периндоприл 5 мг 1 раз  
-нитросорбид 10 мг 2 раза

Эхокардиографическое исследование данному пациенту рекомендуется проводить не реже 1 раза в  
-полгода  
-5 лет  
-год  
-2 года

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 80

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 05.12.2017г.

### Жалобы

Быструю утомляемость, дискомфорт в правом подреберье.

### Анамнез заболевания

Болен в течение месяца. Точно дату начала заболевания указать не может. Связывал свое состояние с нерегулярным питанием и ненормированным графиком работы. Температуру не измерял. Лекарства никакие не принимал. К врачу ранее не обращался.

Аппетит несколько снижен. Тошноты, рвоты не было.

Периодически отмечает потемнение мочи. Кал нормальной окраски.

### Анамнез жизни

Работает курьером.

Проживает в отдельной квартире, не женат.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ.

Вредные привычки: курит в течение 5 лет.

6 месяцев назад делал татуировки на плечах.

Из Москвы не выезжал, пользовался услугами общепита.

### Объективный статус

Температура тела 36,5°C.

Кожа и склеры нормальной окраски, сыпи нет.

Язык сухой, слегка обложен белым налетом.

Живот мягкий, безболезненный

Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненна. Селезенка не пальпируется.

Моча ярко желтого цвета, стул нормальной окраски, оформленный.

АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	78

Наименование	Нормы	Результат
Альбумин	32 - 50 г/л	36
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	580
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	335
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	120
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	82
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	17,4
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	3,4
Глюкоза	3,88 – 5,83 мммоль/л	4,5
Мочевина	2,5 – 8,5 мммоль/л	4,8
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	86
Амилаза	28-100 Ед/л	78

#### Иммуноферментный анализ крови

Показатели	Результат
HBs-Ag	Отрицательный
AntiHBcor IgM	Отрицательный
Anti-HAV Ig M	Отрицательный
Anti-HCV	Положительный

#### Протромбиновый индекс

82%

#### Определение церулоплазмина сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,55 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

#### Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

#### ДНК-диагностика уридинfosфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип: UGT1A1 (ТА)6/(ТА)6 (норма)

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 121 мм, левой доли до 62 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена. Очаговые изменения не выявлены. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54\*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 80\*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Заключение: Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

#### Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа

#### Какой основной диагноз?

-Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

- Желчекаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит
- Синдром Жильбера
- Острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма, средней степени тяжести

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- «сосудистых звездочек» на коже
- геморрагического синдрома
- пальмарной эритемы
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита С является

- снижение уровня содержания общего белка в крови
- снижение уровня содержания протромбина в крови
- повышение активности транасамина
- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови

Возможным осложнением вирусного гепатита С является

- перфорация стенки кишечника
- хронизация
- гиповолемический шок
- инфекционно-токсический шок

Базисной терапией острого вирусного гепатита С является

- иммуномодулирующая
- противовирусная
- антибактериальная
- дезинтоксикационная

Базисная терапия острого вирусного гепатита С предусматривает назначение

- лактулозы
- эссенциальных фосфолипидов
- ламивудина
- клиндамицина

При лечении острого вирусного гепатита С с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту
- эссенциальные фосфолипиды
- преднизолон
- орнитин

Пациенты с острым вирусным гепатитом С подлежат диспансерному наблюдению в течение \_\_\_\_ мес.

- 12
- 6
- 3
- 1

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактным лицам проводят

- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию
- вакцинацию

-противовирусное курсовое лечение

С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

-инъекцию специфического иммуноглобулина

-беседу о клинических признаках гепатита С, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики

-экстренную иммунизацию

-курсовой длительный прием интерферона пролонгированного действия в сочетании с противовирусными препаратами (рибавирин)

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 81

Женщина 28 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому повторно через 2 недели после первого посещения.

### Жалобы

на интенсивный непродуктивный кашель, одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся до степени удушья при физической нагрузке, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр

### Анамнез заболевания

кашель и слабость появились 2 недели назад, в связи с чем и обращалась первично в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРЗ «острый бронхит».

при рентгенографии легких выявлялось усиление легочного рисунка

по назначению участкового врача принимала амоксициллин 5 дней, затем азитромицин 3 дня и амброксол

на фоне лечения кашель и слабость усилились, появилась нарастающая одышка, в связи с чем обратилась к участковому врачу повторно

### Анамнез жизни

росла и развивалась в соответствии с возрастом

жилищно-бытовые условия удовлетворительные

в течение последнего месяца живет в сельской местности, занимается животноводством, помогает мужу заниматься разведением голубей

хронических сопутствующих заболеваний нет

не курит, злоупотребление алкоголем отрицает

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски; температура тела 37,5°C. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств. ЧСС —100 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, сердечный толчок не определяется. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 в минуту. ЧДД 22 в минуту. SpO<sub>2</sub> 92%. Грудная клетка нормостенической формы. При аусcultации дыхание везикулярное, над нижними отделами с обеих сторон выслушивается звучная крепитация. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

Результаты лабораторных методов обследования

## Общий анализ крови

### Показатель

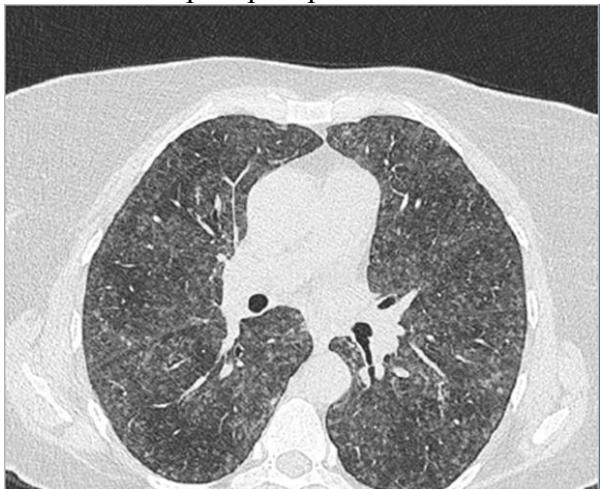
	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	18	3,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	10,0	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	7	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	64	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	20	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	48	м. 2-10 ж. 2-15

Определение содержания D-димера в сыворотке крови  
100 нг/мл

### Результаты инструментальных методов обследования

#### Компьютерная томография органов грудной клетки

Заключение: определяется понижение прозрачности легких по типу “матового стекла” с наибольшим распространением изменений в средних и нижних отделах.



Какой диагноз можно поставить данной больной?

- Острое респираторное вирусное заболевание, средней тяжести
- Хронический обструктивный бронхит, рецидивирующее течение
- Внебольничная двухсторонняя пневмония, тяжелая, затяжное течение. ДН II
- Экзогенный аллергический альвеолит, острое течение. ДН I

Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- обострением бронхоэктатической болезни
- поражением легких при гриппе
- острым бронхитом
- пневмонией

У пациентки признаки легочной гипертензии при физическом обследовании

- не выявлены на момент осмотра
- выявляются в виде выраженной одышки
- есть в виде снижения SpO<sub>2</sub> до 92%
- присутствуют в виде тахикардии

Пациентке необходимо в первую очередь назначить

- антибактериальный препарат класса цефалоспоринов
- системные глюкокортикоиды
- комбинацию ингаляционного глюкокортикоида и длительно действующего бета2-агониста
- теофиллин внутривенно и глюкокортикоид через небулайзер

Дополнительно к основному лечению при данном варианте течения показано назначение

- плазмафереза
- эндоваскулярной лазеротерапии
- иммуномодуляторов
- аллергенспецифической иммунотерапии

Продолжительность противовоспалительной терапии при данном варианте течения заболевания должна составлять \_\_\_\_\_ мес.

- 12
- 1
- 6
- 3

Критерием излеченности является стабилизация клинических и рентгенологических признаков болезни после прекращения лечения в течение \_\_\_\_\_ мес.

- 1
- 2
- 1,5
- 3

Остроту течения заболевания в большей степени определяет

- отсутствие хронических сопутствующих заболеваний
- отсутствие злоупотребления алкоголем и табакокурением
- интенсивность действия внешнего фактора
- молодой возраст с гиперergicеской реакцией на внешний фактор

Основным средством профилактики заболевания является

- использование индивидуальных средств защиты

- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- превентивное медикаментозное лечение 2 раза в год
- физическая реабилитация, направленная на тренировку дыхательных мышц

Поражение легких по типу альвеолита может вызывать

- аторвастатин
- амиодарон
- эналаприл
- атенолол

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 82

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 21 года.

Жалобы на слабость, плохой аппетит, потерю веса, головокружение.

### Анамнез заболевания

Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит.

В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела.

2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Является студенткой.

Перенесённые заболевания: детские инфекции.

Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные.

Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит.

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – 18,7 кг/м<sup>2</sup>, температура тела – 36,4°C. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперpigментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

### Результаты обследования

#### Кортизол

Кортизол – 110 нмоль/л (норма 140-560 нмоль/л).

Адренокортикотропный гормон

Адренокортикотропный гормон – 120 пг/мл (менее 46 пг/мл).

Пролактин

Пролактин – 360 мЕд/мл (норма 109-557 мЕд/мл).

#### Результаты обследования

Тест с 1-24-АКТГ

Пиковый уровень кортизола менее 500 нмоль/л.

Тест с пробным завтраком

Натощак – 5,1 ммоль/л, через 2 часа после пробного завтрака (4 хлебные единицы) – 6,1 ммоль/л.

#### Результаты дополнительных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	3,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	46	47-72
Эозинофилы, %	7	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	41	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

##### Биохимический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Общий белок, г/л	71,1	66,0-83,0
Билирубин, мкмоль/л	8,7	5,0-21,0

Показатель	Результат	Нормы
Мочевина, ммоль/л	42	2,5-6,4
Общий холестерин, ммоль/л	6,1	0,0-5,3
Креатинин, мкмоль/л	74	58,0-96,0
АСТ, Ед/л	10,5	0,0-34,0
АЛТ, Ед/л	5,9	0,0-31,0
Глюкоза, ммоль/л	3,4	3,5-6,1
Калий, ммоль/л	5,2	3,5-5,1
Натрий, ммоль/л	131	132-146
Хлор, ммоль/л	100	101-110

#### Клинический анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
цвет	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	полная	полная
Реакция (РН)	нейтральная (7,0)	5,5-7,0
Относительная плотность	1015	1015-1025
Количество осадка	незначительное	незначительное
Белок	отрицательно	отрицательно
Глюкоза	отрицательно	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно	отрицательно
Билирубин	отрицательно	отрицательно
Уробилиноген	<17,0 мкмоль/л	<17,0 мкмоль/л
Клетки плоского эпителия	0-1-2 в п/з	0-1-2 в п/з
Клетки переходного эпителия	отсутствуют	отсутствуют или единичные в п/зр
Клетки почечного эпителия	отсутствуют	отсутствуют
Лейкоциты	0-1-2 в п/зр	0-5 в п/зр
Эритроциты неизмененные	отсутствуют	отсутствуют
Эритроциты измененные	отсутствуют	отсутствуют
Цилиндры гиалиновые	отсутствуют	отсутствуют
Соли	отсутствуют	отсутствуют
Слизь	отсутствует	незначительное количество
Бактерии	отсутствуют	отсутствуют
Дрожжевые грибки	отсутствуют	отсутствуют

#### Результаты обследования

Антитела к 21-гидроксилазе

Антитела к 21-гидроксилазе – 1:40 (норма менее 1:10).

Антитела к инсулину

Антитела к инсулину – 1 Ед/л (норма менее 10,0 Ед/л).

Определение антител к \_\_\_\_\_ позволяет идентифицировать этиологию заболевания -инсулину

- тиреоидной пероксидазе
- 21-гидроксилазе
- глутаматдекарбоксилазе

Какой диагноз вы поставите пациентке?

- Аутоиммунный полигlandулярный синдром 1 типа.
- Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, легкого течения.  
Декомпенсация.
- Врожденная дисфункция коры надпочечников, неклассическая форма.
- Вторичная хроническая надпочечниковая недостаточность, легкого течения.  
Декомпенсация.

Диагноз подтверждает

- тест с 1-24-АКТГ
- малый дексаметазоновый тест
- глюкозотолерантный тест
- тест с пробным завтраком

Пациентке необходимо назначить

- гидрокортизон 10 мг утром, флудрокортизон 50 мкг перед сном
- гидрокортизон 50 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 200 мкг в сутки в два приема
- гидрокортизон 25 мг в сутки в 2 приема, флудрокортизон 100 мкг в сутки утром
- гидрокортизон 50 мг вечером, флудрокортизон 50 мкг вечером

Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по

- уровню антител к 21-гидроксилазе
- уровню альдостерона
- уровню кортизола
- клиническому состоянию

Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать

- до наступления беременности
- в течение 12-18 месяцев
- пожизненно
- до исчезновения антител к 21-гидроксилазе

На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей

- снизить дозу гидрокортизона до 10 мг
- добавить к лечению торасемид 5 мг
- отменить флудрокортизон
- снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг

У пациентки есть риск развития

- пернициозной анемии
- синдрома поликистозных яичников
- синдрома множественных эндокринных неоплазий 2 типа
- гормонально-неактивной опухоли надпочечника

Профилактика развития адреналового криза при интеркуррентном заболевании заключается в

- увеличении дозы глюкокортикоидов

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты

Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в

- 3 года
- 1 год
- 6 месяцев
- 5 лет

### **КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 83**

Больной М., 40 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие через 30 минут после еды, отрыжку воздухом, тошноту после приема пищи. Боли без иррадиации, купируются приемом антацидных препаратов

#### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление боли в эпигастральной области, по совету друга стал принимать омепразол. Ежегодно обострение заболевания отмечает в весенний и осенний период, при появлении боли принимает омепразол в течение 1 недели. Настоящее ухудшение самочувствия - в течение последних 2 недель, когда отметил усиление боли, появление тошноты и отрыжки.

#### **Анамнез жизни**

Пациент работает инженером, пищу принимает нерегулярно. Курит по 2 пачки сигарет в день на протяжении 15 лет, по праздникам употребляет спиртные напитки в умеренном количестве. У младшего брата больного диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы, Миосси, Ортнера, Кера и Щеткина - Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

##### **Общий анализ крови**

###### **Показатель**

###### **Результат Нормы**

Эритроциты (RBC), \*10<sup>12</sup>/л

4,2 м. 4,4-5,0  
ж. 3,8-4,5

Гемоглобин (Hb), г/л

138 м. 130-160  
ж. 120-140

Показатель		Результат	Нормы
Гематокрит (HCT), %	43	м. 39-49 ж. 35-45	
Цветовой показатель (ЦП)	0,9	0,8-1,0	
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	85	80-100	
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34	
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	33,3	32,0-37,0	
Ретикулоциты (RET), %	1	2-12	
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	270	180-320	
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	5,8	4-9	
Лейкоцитарная формула			
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6	
Нейтрофилы сегментоядерные, %	63	47-72	
Эозинофилы, %	4	1-5	
Базофилы, %		0-1	
Лимфоциты, %	30	19-37	
Моноциты, %	2	2-10	
СОЭ, мм/ч	8	м. 2-10 ж. 2-15	

#### Общий анализ мочи

Наименование результат

цвет	темно-желтый
прозрачность	полная
белок	Нет
глюкоза	нет
кетоновые тела	нет
билирубин	нет
уробилин	не повышен
цилиндры	нет
эритроциты	единичные в поле зрения
лейкоциты	единичные в препарате
соли	оксалаты - немного
бактерии	незначительное количество
слизь	умеренно

#### Результаты инструментальных методов обследования

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки на морфологию (при необходимости)

Пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая. Ближе к антральному отделу желудка по малой кривизне определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 12 мм (взята биопсия на морфологию). Луковица 12-перстной кишки и залуковичные отделы

гиперемированы. В биоптате слизистой оболочки желудка выявлен *H. pylori* с высокой степенью обсемененности.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень не увеличена, паренхима ее однородной эхогенности. Вне- и внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох диаметром 0,5 см. V.portae 1,0 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа не увеличена, однородной эхогенности. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено

Какой диагноз можно поставить данному больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- Хронический холецистит
- Язвенная болезнь желудка в стадии обострения
- Хронический атрофический гастрит
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Типичным осложнением, которое может возникнуть при данном заболевании, является

- портальная гипертензия
- перфорация
- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- гепатосplenомегалия

К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится

- гастропатия, ассоциированная с приемом нестероидных противовоспалительных средств
- хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori*
- хронический атрофический гастрит
- автоиммунный гастрит

Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антихеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с

- метронидазолом и левофлоксацином
- метронидазолом и цефалоспорином
- кларитромицином и амоксициллином
- препаратором висмута и азитромицином

Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет

- 7 дней
- 6 месяцев
- 14 дней
- 4-6 недель

В четырехкомпонентную схему эрадикации *Helicobacter pylori* входит препарат

- висмута трикалия дицитрат
- цефазолин
- ципрофлоксацин
- гентамицин

Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является

- атеросклеротическое поражение чревного ствола
- рефлюкс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок
- образование антител к pariетальным клеткам желудка

-инфицирование слизистой желудка *H.pylori*

Язвенное поражение слизистой желудка наиболее часто вызывает прием  
-аторвастамина  
-аспирина  
-капотена  
-пенициллина

Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характеризуется  
-связью с глубоким дыханием  
-появлением боли через 1-1,5 часа после еды и вочные часы  
-связью с положением тела  
-связью с физической нагрузкой

Наиболее точным неинвазивным методом диагностики инфекции *H. pylori* является  
-уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами  $^{13}\text{C}$  или  
 $^{14}\text{C}$   
-серологический метод (определение антител в крови)  
-полимеразная цепная реакция в кале  
-исследование антигена *H.pylori* в кале иммуноферментным методом

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 84

Больная 40 лет, медсестра, обратилась в поликлинику

##### Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,8°C, ознобы, повышение АД до 150/100 мм рт. ст., плохо поддающееся коррекции приемом 20 мг ренитека.

##### Анамнез заболевания

В юности после переохлаждения эпизоды болезненного мочеиспускания с повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, лечилась фитопрепаратами (фитолизин, цистон)

В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. При УЗИ почек после родов – неполное удвоение ЧЛС правой почки. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болей в пояснице справа, сопровождавшихся лейкоцитурией и повышением температуры тела до 37,5°C, самостоятельно принимала антибиотики, фитопрепараты с положительным эффектом. На прием амоксициллина развилась крапивница. Более 5 лет отмечается повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.), принимает ренитек 20мг/сут, рабочее АД на его фоне - 130/80 мм рт. ст.).

Указанные жалобы появились 2 дня назад после посещения бассейна. Начала прием канефрана без четкого положительного эффекта.

##### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания и операции: Хронический бронхит

Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабушка).

Гинекологический анамнез: в 23 года – аднексит. Беременность – 2, роды – 1, аборт -1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флюконазолом.

Аллергоанамнез: крапивница на прием амоксициллина

Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Рост 162 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, периодически болезненное. Почки не пальпируются.

Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ мочи

Параметр	Значение
количество	130мл
цвет	желтый
прозрачность	мутная
реакция	Сл. щелочная
Удельная плотность	1008
белок	0,15 г/л
уробилин	отсутствует
нитриты	положительно
лейкоциты	сплошь в поле зрения
эритроциты	5-6 в поле зрения
цилиндры	лейкоцитарные
эпителий	Клетки почечного эпителия
бактерии	много
слизь	немного
соли	Фосфаты в небольшом количестве

Общий анализ крови

Параметр	Значение	Референсные значения
----------	----------	----------------------

Гемоглобин	12,0	11,4-14,0 г/л
Гематокрит	34,0	32,0-40,0%
Тромбоциты	308	206-445 тыс/мкл
Лейкоциты	9,8	4-10 тыс/мкл
Нейтрофилы	72,5	29,0-54,0
СОЭ	25	< 12 мм/ч

Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Рост E. coli  $10^6$  КОЕ/мл, чувствительна к амоксициллину, ципрофлоксацину, левофлоксацину

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
--------------	-------	----------

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок	64 - 82 г/л	70
Альбумин	32 - 48 г/л	45
Мочевина	2,5 - 6,4 ммоль/л	6,3
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	110
Калий	3,4 - 5,0 ммоль/л	4,9
Натрий	135-145 ммоль/л	138
Билирубин общий	3,0 - 17,0 мкмоль/л	10,3
Билирубин прямой	0,0 - 3,0 мкмоль/л	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0 ед/л	15,0
АСТ	15,0 - 37,0 ед/л	19,0
Мочевая кислота	155,0 - 428,0 мкмоль/л	398,0
Глюкоза	3,89 – 5,83 мкмоль/л	4,6
Расчетная СКФ по CKD-EPI	90-120 мл/мин	54

#### Исследование морфологии эритроцитов

Показатель	Результат	Единицы	Референсные значения
Эритроциты:	Не обнаружено	Ед. п/зр	<sup>в</sup> Не обнаружено
Неизмененные	Обнаружение измененных эритроцитов: <5% - негломерулярная гематурия 5-75% - смешанная гематурия 80% - гломерулярная гематурия		
Измененные			

#### Посев мочи на микобактерии туберкулеза

Показатель	Результат	Референсные значения
Рост микобактерий	Роста обнаружено	не Тест качественный. Результат выдаётся в терминах «обнаружено» или «не обнаружено».

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ почек

Правая почка: контуры волнистые, размер 100x48 мм, толщина паренхимы 14 мм (норма 17-20 мм), эхогенность паренхимы повышена. Кортико-медуллярная дифференцировка сглажена. Неполное удвоение чашечно-лоханочной системы. Гипотония верхней группы чашечек, средняя и нижняя группы чашечек, лоханка не расширены, уплотнены . Конкрементов нет.

Левая почка: контуры четкие, ровные, размер 110x50 мм, толщина паренхимы 19 мм, нормальной эхогенности. Кортико-медуллярная дифференцировка прослеживается. Чашечно-лоханочная не расширена. Конкрементов нет.

##### Цистоскопия

Слизистая оболочка мочевого пузыря бледно розового цвета, гладкая, с нежной сетью сосудов. Устья мочеточника симметричны, форма их щелевидная, выбрасывается прозрачная моча. Патологических изменений не обнаружено.

Наиболее вероятным диагнозом является

-Обострение хронического интерстициального цистита

- Острый пиелонефрит
- Обострение хронического гломерулонефрита
- Обострение вторичного хронического пиелонефрита

Помимо уролога данной пациентке показана консультация

- отоларинголога
- гинеколога
- кардиолога
- инфекциониста

Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является

- расширение чашечно-лоханочной системы
- увеличение толщины паренхимы почки
- снижение подвижности почки
- увеличение эхогенности паренхимы почки

При пиелонефрите показаниями к экстренной госпитализации являются

- острый необструктивный пиелонефрит легкой степени, обострение первичного хронического пиелонефрита
- хронический пиелонефрит вне обострения, обострение первичного хронического пиелонефрита без признаков обструкции
- острый необструктивный пиелонефрит легкой степени, хронический пиелонефрит вне обострения
- обострение вторичного пиелонефрита, острый обструктивный пиелонефрит

Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита в первую очередь необходимо

- перевести пациента на постельный режим
- назначить диету с ограничением белков и жиров
- ограничить количество потребляемой жидкости до менее 1 л
- исключить обструкцию мочевыводящих путей

Тактика ведения данной больной заключается в

- санаторно-курортном лечении
- госпитализации в кардиологическое отделение
- госпитализации в урологическое отделение
- амбулаторном лечении

Тактика антибактериальной терапии данной пациентки заключается в

- однократном назначении фосфомицина в дозе 3 г внутрь
- назначении левофлоксацина в дозе 500 мг 1 раз в день на 10-14 дней.
- назначении левофлоксацина в дозе 500 мг 1 раз в день на 5 дней
- назначении амоксициллина 250 мг 3 раза в день 10-14 дней

Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной должна составлять

- 3-5 дня
- 5-7 дней
- 21-28 день
- 10-14 дней

К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся

- пенициллины
- аминогликозиды
- фторхинолоны
- макролиды

Факторами риска развития инфекции мочевых путей у женщин являются

- соблюдение личной гигиены, гигиены половой жизни
- употребление большого количества жидкости, адекватное и своевременное лечение гинекологических заболеваний
- короткая и широкая уретра, близость ее к анусу и влагалищу, сопутствующие воспалительные процессы во влагалище
- контроль за состоянием биоценоза влагалища, своевременное опорожнение кишечника

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 85

Больная 54 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы на боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам – стул через день, иногда через 2 дня.

### Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал совет врача-гинеколога провести исследование кишечника, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследовании.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте два года назад.

Наследственность: родители умерли в старческом возрасте.

Аллергии на медикаменты нет.

Вредных привычек нет.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 163 см, масса тела – 66 кг, индекс массы тела – 24,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у женщин
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	3,9	3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	124	115-145
Цветовой показатель	0,81	0,82-1,05

Показатели крови	Обнаруженные значения	Пределы нормальных колебаний у женщин
СОЭ, мм/ч	16	2,0-15,0
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	223	180-320
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	6,4	4,0-8,8
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	64	45,0-70,0
Эозинофилы, %	-	0-5
Базофилы, %	-	0-1
Лимфоциты, %	27	18,0-40,0
Моноциты, %	7	2-9

#### Копрологическое исследование

Показатель	Обнаруженное значение	Норматив
Консистенция	Плотная	Плотная
Форма	Оформленный	Оформленный
Цвет	Коричневый	Коричневый
Запах	Каловый	Нерезкий каловый
Слизь	+	Отсутствует
Остатки непереваренной пищи	Отсутствуют	Отсутствуют
Реакция на стеркобилин	Положительная	Положительная
Реакция на билирубин	Отрицательная	Отрицательная
Мышечные волокна	Единичные в препарате	Единичные в препарате
Соединительная ткань	Отсутствует	Отсутствует
Жир нейтральный	Отсутствует	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствуют	Отсутствуют
Растительная клетчатка переваренная	+	Единичные в препарате
Зерна крахмала	Отсутствуют	Отсутствуют
Йодофильная флора	Единичные в препарате	Единичные в препарате
Лейкоциты	Отсутствуют	Отсутствуют
Эритроциты	Отсутствуют	Отсутствуют
Яйца гельминтов	Отсутствуют	Отсутствуют
Дрожжевые грибы	+	Отсутствуют

#### Анализ кала на скрытую кровь

Показатель	Обнаруженное значение	Норматив
Скрытая кровь в кале не обнаружена		не обнаружена

Исследование кала на кишечную группу инфекций  
Возбудители кишечной группы инфекций не обнаружены

Исследование кала на дисбактериоз

Роста патогенной и условно-патогенной флоры не обнаружено, снижение представленности бифидобактерий ( $10^8$  КОЕ/г), лактобактерий ( $10^6$  КОЕ/г).

Исследование кала на простейшие  
Цисты простейших в кале не найдены

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### КТ-энтероколонография

В протоколе мультирезовой спиральной компьютерной томографии (КТ-энтероколонография) отмечено: при полипозиционном исследовании толстая кишка частично расправлена воздухом на всем протяжении. Осмотрены все отделы кишки, в просвете небольшое количество жидкости. Отмечаются участки сегментарного спазма нисходящего отдела кишки, органических стенотических участков не обнаружено. Данных за наличие объемного процесса, утолщения, ригидности стенок, инфильтрации парапрекタルной и параколической клетчатки нет. Визуализируются единичные дивертикулы в нисходящей кишке до 0,7 см и многочисленные дивертикулы в сигмовидной до 0,4-0,5 см. В брюшной полости и забрюшинном пространстве явных патологических качественных и количественных изменений лимфоузлов не отмечено. Деструктивных изменений костных структур на уровне исследования не обнаружено.

Заключение: МСКТ-признаки дивертикулеза нисходящей и сигмовидной кишок.

##### Фиброколоноскопия

В протоколе видеоколоноскопии отмечено: аппарат введен в подвздошную кишку на 10 см. Слизистая ее розовая, бархатистая, сосудистый рисунок равномерный. Баугиниева заслонка грибовидной формы, сомкнута. Слизистая оболочка всех отделов толстой кишки розовая с четким сосудистым рисунком. Выявлены дивертикулы нисходящей кишки до  $0,6 \times 0,5$  см и множественные сигмовидной кишки размером до  $0,3 \times 0,5$  см и глубиной до 0,3 см. Слизистая оболочка вокруг устьев дивертикулов не изменена.

Заключение: дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишок без явлений дивертикулита.

##### Обзорная рентгенография брюшной полости

Видимые костные структуры без деструктивных и травматических изменений. Печень расположена обычно, в размерах не увеличена, контуры ее четкие, ровные. Свободного газа в брюшной полости не определяется.

##### Ирригоскопия

Все отделы толстой кишки последовательно и равномерно заполнены барием. Расположение отделов и диаметр обычные. Гаустральный рисунок и зазубренность контуров равномерные, хорошо выраженные. Складки слизистой оболочки видны на всем протяжении, не изменены, их утолщения, ригидности стенок нет. Визуализируются единичные дивертикулы в нисходящей кишке до 1,0 см и множественные дивертикулы в сигмовидной кишке до 0,7 см.

Заключение: дивертикулез левой половины кишечника без признаков дивертикулита.

Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- Язвенный (хронический) ректосигмоидит
- Колоректальный рак
- Синдром раздраженного кишечника с запорами
- Дивертикулез ободочной кишки

Инструментальное исследование кишечника данной пациентке следует начать с

- фиброколоноскопии
- ирригоскопии
- ректороманоскопии
- компьютерной томографии брюшной полости

Болевые ощущения у пациентки в первую очередь следует дифференцировать с

- нефроптозом
- глистной инвазией
- язвенным колитом
- колоректальным раком

Развитие дивертикулита следует заподозрить при наличии

- повышенного уровня фекального кальпротектина
- признаков железодефицитного состояния
- положительной пробы на скрытую кровь в кале
- лейкоцитоза в клиническом анализе крови

Больной с дивертикулезом ободочной кишки следует рекомендовать

- осмотические слабительные
- касторовое масло
- антрагликозиды
- вазелиновое масло

При развитии дивертикулита в качестве базисного противовоспалительного средства следует назначить

- нитроимидазолы
- фторхинолоны
- невссасывающиеся антибиотики
- производные 5-аминосалициловой кислоты

Больной с дивертикулезом ободочной кишки, осложнившимся дивертикулитом, следует назначить

- нитроимидазолы
- пробиотики
- невссасывающиеся антибиотики
- фторхинолоны

Больным с дивертикулезом ободочной кишки препараты со спазмолитическим эффектом следует комбинировать с

- нестероидными аналгетиками
- полиферментными препаратами
- солевыми слабительными
- ветрогонными пеногасителями

Наиболее высок риск кишечных кровотечений у больных с

- множественными дивертикулами
- локализацией дивертикулов в сигмовидной кишке
- долихосигмой
- диаметром дивертикулов свыше 3 см

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

- водопотреблением в объеме не менее 1,5-2 л/сут
- диетой с большим содержанием пищевых волокон
- достаточно высокой физической активностью
- регулярным приемом осмотических слабительных

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 86

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 35 лет

Жалобы на потерю веса, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон, сердцебиение, потливость

### Анамнез заболевания

в течение нескольких месяцев стала отмечать сердцебиение и потливость, похудела за полгода на 4 кг, стала эмоционально лабильной, раздраженной в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

Работает архивариусом

Перенесённые заболевания: инфекционный паротит

Беременности – 1, роды – 1

Наследственность: не отягощена

Аллергоанамнез: не отягощен

Вредные привычки: курение

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,68 м, вес 59 кг, индекс массы тела 21 кг/м<sup>2</sup>, тела 37,0°C. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, бархатистые, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 108 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена - размер доли больше дистальной фаланги обследуемой, умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. OU положительный симптом Грефе.

### Результаты лабораторных методов обследования

Тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (T4 св.), свободный Т3 (св.Т3) сыворотки крови

ТТГ	0,007	мЕд/мл	(норма	0,4-4,0	мЕд/мл),
T4 св.	–	32,6	(норма	10,8	- 22,0
T3 св.	– 13,1	(норма 2,6-5,7 пмоль/л)			пмоль/л),

Антитела к рецептору тиреотропного гормона (АТ к рТТГ) сыворотки крови  
АТ к рТТГ 36 Ед/л (<1 Ед/л)

### Кальцитонин сыворотки крови

кальцитонин 4 пг/мл (норма <10 пг/мл)

Тиреоглобулин сыворотки крови  
тиреоглобулин 53 нг/мл (норма <55 нг/мл)

#### Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ щитовидной железы

Щитовидная железа расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Объем правой доли 15 мл, объем левой доли 12 мл, паренхима пониженной эхогенности, узлы не визуализируются. Кровоток усилен. Регионарные лимфоузлы не изменены.

Электрокардиография

Синусовая тахикардия, ЧСС 115 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография турецкого седла

Турецкое седло обычной формы и размеров. Основная кость пневмотизирована. Основная пазуха прозрачна

МРТ надпочечников

надпочечники визуализируются четко, положение, форма и размеры не изменены, структура однородная.

Какой предполагаемый основной диагноз?

- Диффузный токсический зоб 1 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз
- Автоиммунный тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз
- Диффузный токсический зоб 2 ст. (по ВОЗ). Манифестный неосложненный тиреотоксикоз
- Подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Манифестный неосложненный тиреотоксикоз

Перед назначением лечения пациентке необходимо исследовать биохимию крови с оценкой печеночных трансаминаз, билирубина и

- паратиреоидный гормон
- иммунограмму
- кальцитонин сыворотки крови
- клинический анализ крови

Пациентке необходимо назначить

- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии
- индометацин 75 мг, анаприлини 40 мг в сутки
- преднизолон 20 мг, анаприлини 40 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, анаприлини 120 мг в сутки

Пациентка обратилась через 2 недели после начала терапии с жалобами на боль в горле и повышение температуры до 38,2° С. Дальнейшая тактика заключается в

- назначении антибактериальной и жаропонижающей терапии
- отмене тиамазола, срочном назначении клинического анализа крови
- уменьшении дозы тиамазола, назначении терапии глюкокортикоидами
- отмене тиамазола и назначении пропилтиоурацила

Получены результаты клинического анализа крови: абс. количество нейтрофилов –  $0,4 \times 10^9/\text{л}$ . Дальнейшая тактика лечения заключается в

- плановой консультации гематолога
- назначении сульфаниламидов
- госпитализации
- назначении глюкокортикоидов

Пациентка выписана из гематологического отделения в удовлетворительном состоянии, в клиническом анализе - нормальная формула крови, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, дрожь в теле. Необходимо

- направить на курс лечения гемосорбцией
- назначить пропилтиоурацил по 100 мг 3 раза в сутки
- направить на радикальное лечение тиреотоксикоза
- назначить тиамазол 10 мг и преднизолон 5 мг в сутки

При планировании хирургического лечения тиреотоксикоза операцию рекомендуется провести в объеме

- тиреоидэктомии с лимфодиссекцией
- тиреоидэктомии
- гемитиреоидэктомии
- субтотальной резекции щитовидной железы

После тиреоидэктомии пациентка получает 100 мкг левотироксина натрия, необходимо оценить уровень ТТГ через \_\_\_\_ недель/недели после операции

- 16-18
- 6-8
- 10-12
- 2-4

Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии следует рекомендовать

- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- отказаться от курения

Оrientировочные сроки временной нетрудоспособности после оперативного лечения диффузного токсического зоба составляют \_\_\_\_ (в днях)

- 7-14
- 50-57
- 15-21
- 34-40

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 87

Мужчина 57 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы на сжимающие загрудинные боли, которые возникают при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

Загрудинные боли впервые появились сегодня утром и на протяжении дня несколько раз повторялись.

#### Анамнез жизни

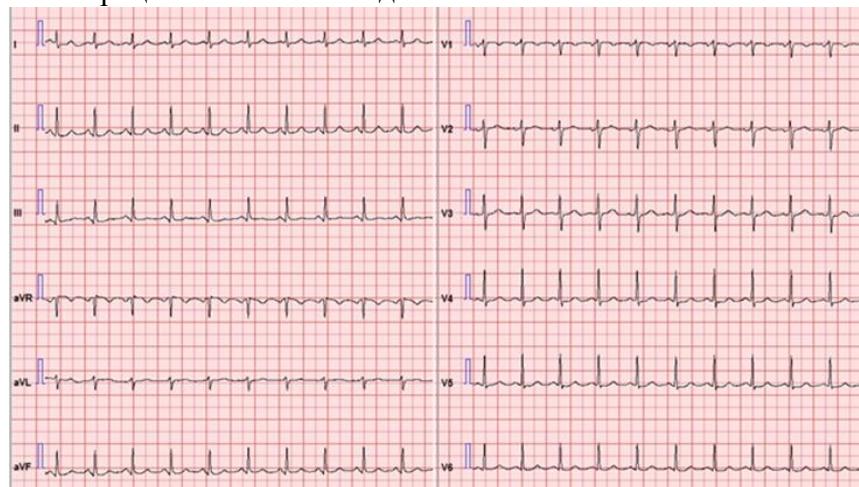
хронические заболевания отрицает.  
не курит, алкоголем не злоупотребляет  
профессиональных вредностей нет  
аллергических реакций не было

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 95 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

#### Результаты обследования

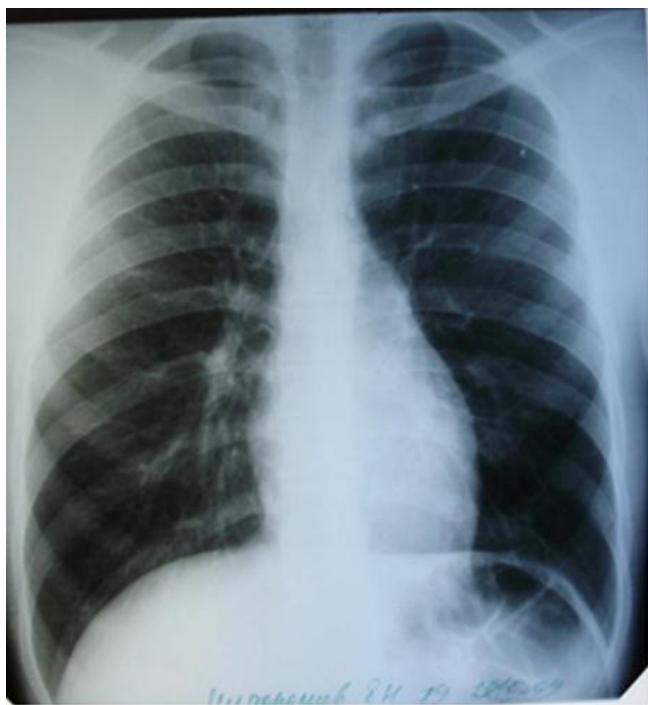
##### Регистрация ЭКГ в 12 отведениях



##### Определение уровня тропонинов в крови

Высокочувствительный	—	тропонин	I
При поступлении	—	0,75	нг/мл
Через 3 часа — 2,31 нг/мл			(N<0,017)
Нагрузочная проба под ЭКГ-контролем			
В проведении исследования отказано из-за наличия противопоказаний.			

#### Рентгенологическое исследование



Жалобы пациента соответствуют клинической картине

- микрососудистой стенокардии
- вазоспастической стенокардии
- ангинозного статуса
- стенокардии напряжения

Жалобы пациента соответствуют стенокардии напряжения \_\_\_\_\_ функционального класса

- II
- I
- III
- IV

Анамнез заболевания позволяет считать стенокардию

- постинфарктной
- стабильной
- впервые возникшей
- прогрессирующей

На основании клинических данных можно диагностировать

- острый коронарный синдром
- стабильную стенокардию напряжения III ФК
- вазоспастическую стенокардию
- инфаркт миокарда

Пациента следует

- обследовать в условиях поликлиники
- направить на консультацию к кардиологу
- немедленно госпитализировать
- направить на плановую госпитализацию

В рамках оказания неотложной помощи пациенту следует

- ввести внутривенно наркотический анальгетик

- обеспечить дыхание увлажненным кислородом
- принять внутрь 250 мг ацитилсалициловой кислоты
- ввести внутимышечно ненаркотический анальгетик

Результаты проведенного исследования позволяют диагностировать

- Инфаркт миокарда
- Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST
- Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- Нестабильную стенокардию

Коронарная ангиография данному пациенту должна быть проведена в первые \_\_\_\_ часа от момента госпитализации

- 144
- 72
- 2
- 24

Двойная антитромбоцитарная терапия при ОКС без подъема ST показана

- всем больным при отсутствии противопоказаний
- в случае имплантации стента с лекарственным покрытием
- в случае имплантации стента без лекарственного покрытия
- в случае имплантации стента

Двойную антитромбоцитарную терапию у данного пациента следует продолжать в течение

- 6 месяцев
- 2 лет
- 1 месяца
- 1 года

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 88

Больная 28 лет обратилась в поликлинику

### Жалобы

на утомляемость, общую слабость, эпизоды головокружения, сердцебиение и одышку при физической нагрузке

### Анамнез заболевания

Сухость кожи и ломкость ногтей отмечает в течение нескольких лет. Слабость, головокружения появились год тому назад во время беременности.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия

Наследственность не отягощена

Вредные привычки: не имеет

Месячные с 13 лет, обильные первые 3–4 дня, продолжительностью 5–6 дней, регулярные.

В настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка.

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура 37,2. Бледность и сухость кожных покровов; ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы ломкие. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание. Печень и селезёнка не увеличены

Какой предполагаемый основной диагноз?

- Латентный дефицит железа на фоне меноррагий, недавней беременности, лактации
- Хроническая железодефицитная анемия, тяжелой степени на фоне меноррагий, лактации
- Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести на фоне меноррагий, недавней беременности, лактации
- Хроническая железодефицитная анемия, легкой степени на фоне меноррагий, недавней беременности

Дифференциальный диагноз следует провести с

- приобретенной гемолитической анемией, анемией Фанкони
- другими гипохромными анемиями (талассемия, сидеробластная анемия, анемия при отравлении свинцом (Рв))
- апластической анемией, анемией Миньковского-Шоффара
- гемолитической анемией с неполными тепловыми агглютининами, серповидноклеточной анемией

К основным синдромам относятся

- интоксикационный и сидеропенический
- лихорадочный и анемический
- анемический и сидеропенический
- интоксикационный и анемический

Тактика ведения данной больной предполагает

- ведение в гинекологическом отделении
- госпитализацию в гематологическое отделение или отделение терапевтического профиля
- ведение в амбулаторных условиях
- ведение в дневном стационаре

К принципам ферротерапии относят назначение препаратов железа предпочтительнее

- парентерально, в достаточной суточной дозе, длительностью лечения 3-6 месяцев с поддерживающей терапией
- perorально, в суточной дозе 500 мг/сутки, длительностью лечения 4 месяца без поддерживающей терапии
- perorально в достаточной суточной дозе 100-300 мг/сутки, длительностью лечения 3-6 месяцев и поддерживающей терапией
- perorально, в достаточной суточной дозе 100 мг/сутки, длительностью лечения 1 месяц с поддерживающей терапией

Лечебная тактика данной пациентки включает

- лечение комбинированными препаратами, содержащими железо, витамин В12 и фолиевую кислоту в течение 3 месяцев
- лечебное питание, лечение железосодержащими препаратами
- лечение железосодержащими препаратами, витамином В12 500 мкг в сутки в течение 1 месяца
- лечебное питание, лечение витамином В12 500 мкг в сутки в течение 3 месяцев

Эффективность назначенной терапии оценивается повышением гемоглобина на 10 г/л  
\_\_\_\_\_ лечения

- каждую неделю
- каждые 4 недели
- каждые 3 недели
- каждые 2 недели

Рекомендации пациентке для дальнейшей профилактики заболевания включают проведение поддерживающей терапии

- лечебное питание с богатым содержанием железа
- приём препаратов железа короткими курсами по 5-7 дней (50 мг/сут) в месяц в течение 2-3 месяцев
- приём препаратов железа короткими курсами по 5-7 дней (100 мг/сутки) ежемесячно после менструации
- приём препаратов железа по 5-7 дней (300 мг/сут) в течение 1 месяца

Показаний к переливанию эритроцитарной массы у данной пациентки нет, так как

- пациентка в настоящее время осуществляет грудное вскармливание ребенка
- у пациентки нет источника кровопотери
- при анемии средней степени тяжести показаний для гемотрансфузий нет
- анемический синдром не доставляет дискомфорта

К биохимическим показателям, свидетельствующим о дефиците железа в депо относятся

- ферритин сыворотки (ФС), коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ)
- сывороточное железо (СЖ), эритропоэтин
- сывороточное железо (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС)
- сывороточное железо (СЖ), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), эритропоэтин

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 89

Больная 75 лет обратилась на консультацию к врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы на сердцебиение и одышку, возникающую при физической нагрузке (ходьба на расстояние 100 метров), неинтенсивный кашель без отделения мокроты.

### Анамнез заболевания

С 45 лет периодически отмечала подъёмы АД, в настоящее время в течение последних 2 лет регулярно принимает антигипертензивную терапию (эналаприл 20 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, индапамид 1,5 мг/сут), на фоне которой АД стабилизировалось на цифрах 120/80 мм.рт.ст.. На протяжении последних 1,5 лет пациентка обратила внимание на появление сердцебиения и одышки, возникающих при физической нагрузке. Постепенно толерантность к физической нагрузке снижалась и в настоящее время одышка и ощущение сердцебиения стали появляться при ходьбе на расстояние около 100 метров. Примерно полгода тому назад больная отметила появление «подкашливания», которое не было связано с эпизодами острой респираторной инфекции; в последнее время сухой кашель стал носить постоянный характер в течение суток и иногда возникает по ночам. Месяц тому назад, при обращении с вышеуказанными жалобами в поликлинику, состояние было расценено как хроническая сердечная недостаточность, развившаяся на фоне длительно существующей АГ, к терапии был добавлен фуросемид по 40мг/сут.,

однако улучшения состояния в течение месяца приёма фуросемида отмечено не было. Пациентка направлена на стационарное лечение для установления причины прогрессирующей одышки.

#### Анамнез жизни

Вредные привычки: отрицает - пациентка никогда не курила

В течение жизни работала инженером отдела ОТК, наличие профессиональных вредностей отрицает, с 60 лет на пенсии.

Перенесенные заболевания и операции:

С 45 лет – артериальная гипертензия

В 61 год при УЗИ выявлена киста левой почки 1 см в диаметре, наблюдается урологом, последний визит 2 месяца тому назад.

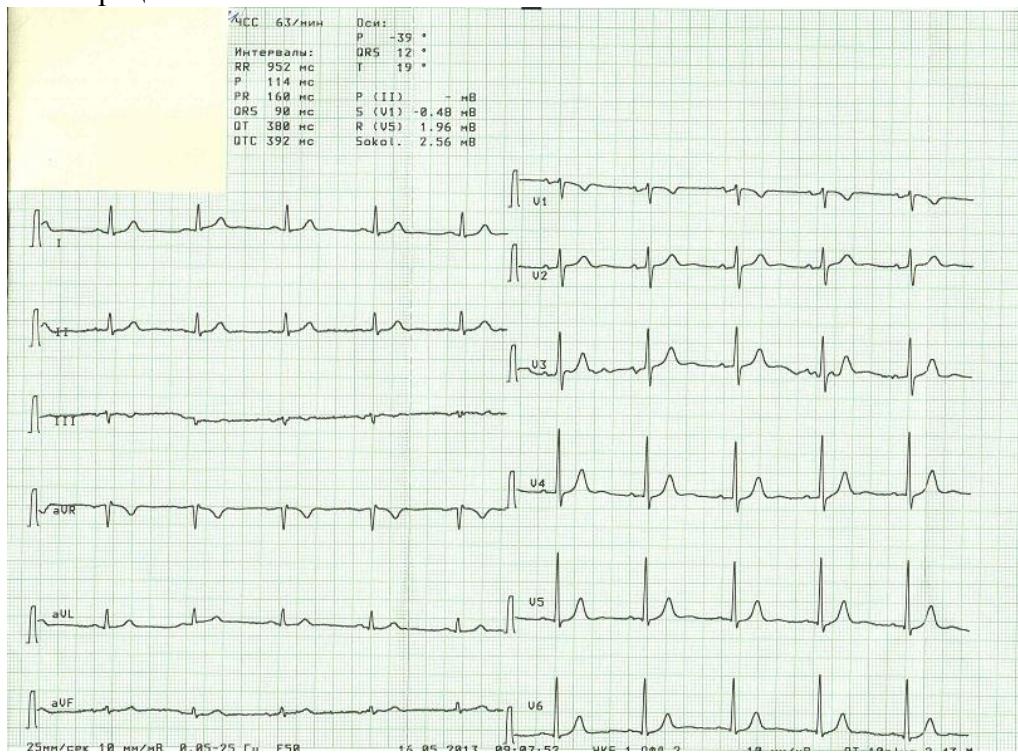
Менопауза с 52 лет

#### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 95 кг, рост 170 см, ИМТ=32,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Отёков нет. Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аусcultации лёгких дыхание несколько ослабленное, с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах, на вдохе выслушиваются хрипы, по тембру напоминающие звук застёжки типа «молния» (Velcro). ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 72 ударов в минуту, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

#### Результаты обследования

##### Регистрация ЭКГ



Ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ)  
ФВ=60%

Определение мозгового натрий-уретического пептида

BNP=60 пг/мл (норма <100 пг/мл)

Пульсоксиметрия  
SaO<sub>2</sub>=98%

Определение пресепсина крови  
100 пг/мл (норма)

Определение прокальцитонина  
<0,05 нг/мл (норма)

#### Результаты обследования

Компьютерная томография органов грудной клетки (КТ)

Свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Выраженный мелкосетчатый фиброз в нижних субплевральных отделах лёгких с формированием тракционных бронхиоло- и бронхоэктазов и «сот» до 1 см в диаметре, расположенных в несколько рядов параллельно плевре. В средостении визуализируются лимфатические узлы, размером до 9 мм. Диаметр ствола лёгочной артерии до 34 мм (норма <28 мм), ПЛА=31 мм, ЛЛА=27 мм. В перикарде слева по задней поверхности небольшое количество жидкости.

Заключение: обычная интерстициальная пневмония. КТ-признаки лёгочной гипертензии.

Оценка диффузионной способности лёгких  
DLCO (корrigированный по Hb) =50%<sub>долж.</sub>

Морфологическое исследование лёгких

Лёгочная ткань мозаично изменена, очаги поражения располагаются субплеврально, а так же по ходу терминальных бронхиол и прилежащих альвеол. Имеется чередование очагов интерстициального фиброза с миофибробластическими фокусами и пролиферацией кубического и цилиндрического эпителия бронхиол и альвеол формированием аденоидных фокусов с полиморфизмом эпителия, а так же очагов иррегулярной эмфиземы. Интерстиций неравномерно склерозирован и инфильтрирован лимфоплазмоклеточными элементами с примесью единичных эозинофилов. В просветах альвеол- крупные макрофаги. В некоторых альвеолах и в меньшей степени в просвете респираторных бронхиол - полиповидные разрастания грануляционной ткани, состоящей из фибробластов и миофибробластов.

Заключение: в представленных образцах ткани обнаружены гистологические паттерны, характерные для обычной интерстициальной пневмонии и для организующейся пневмонии.

Полисомнография

Заключение: индекс апноэ = 1.

В рамках функциональной диагностики у пациентки с подозрением на ИЛФ показано проведение

- бронхоконстрикторного тестирования
- оценки силы дыхательных мышц
- бодиплетизмографии
- спирометрии

КТ-паттерну ИЛФ у пациента соответствует

- жидкость в перикарде
- мелкосетчатый фиброз в субплевральных отделах с формированием сот
- наличие лимфатических узлов в средостенье, размером до 10 мм
- размер лёгочной артерии и её ветвей

Идиопатическому лёгочному фиброзу соответствует гистологический паттерн интерстициальной пневмонии

- десквамативной
- неспецифической
- организующейся
- обычной

Выявление при гистологическом исследовании наряду с превалирующей картиной ОИП полиповидных разрастаний соединительной ткани в полости альвеол и респираторных бронхиол, у пациентки может быть расценено как морфологический маркёр

- криптогенной организующейся интерстициальной пневмонии
- текущего обострения ИЛФ
- ремиссии ИЛФ
- маркёр десквамативной интерстициальной пневмонии

Окончательный клинический диагноз пациенту должен быть сформулирован на основании

- характерного КТ-паттерна
- характерного гистологического паттерна
- характерных клинических данных
- мультидисциплинарного обсуждения

Пациенту в качестве базисной терапии показано назначение

- колхицина
- преднизолона
- пирфенидона
- циклоспорина А

При возникновении непереносимости препарата первой линии его можно заменить

- бозентаном
- нинтеданибом
- силденафилом
- иматинибом

Заподозрить обострение ИЛФ при динамическом наблюдении за пациенткой можно будет при появлении

- в мокроте спиралей Куршмана
- острого ухудшения или развития одышки <1 месяца
- кровохарканья
- очага влажных звонких хрипов на фоне лихорадки >38,0оС

В случае развития тяжёлой лёгочной гипертензии в качестве симптоматической терапии возможно назначение

- этанерцепта
- силденафила
- N-ацетилцистеина
- варфарина

При динамическом наблюдении за пациентом поводом для обсуждения вопроса о трансплантации лёгких может служить снижение  
-ФЖЕЛ на 25% через полгода  
-DLco<60%  
-SpO<sub>2</sub>≤94%  
-ОФВ<sub>1</sub>≥12% за полгода

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 90

Больная 41 года, водитель троллейбуса, обратилась в поликлинику.

Жалобы на ощущение задержки пищи в пищеводе при глотании, возникающее независимо от ее консистенции, необильное срыгивание недавно съеденной пищей, тяжесть и дискомфорт за грудиной, снижение массы тела.

### Анамнез заболевания

Впервые ощущение затруднения при глотании возникло 3 месяца назад в условиях эмоционального стресса и быстро прогрессировало. Сначала больная стала запивать плотную пищу маленькими глотками минеральной воды, ела стоя и двигаясь по комнате, что приносило временный и непостоянный эффект. Месяц назад появилось необильное срыгивание только что принятой пищей. За время болезни вес снизился на 4 кг.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.

Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.

Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Питание достаточное, ИМТ=21 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Язык влажный с сероватым налетом у корня, сосочки сохранены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ крови

Показатели крови	Пределы нормальных колебаний у женщин	Обнаруженные значения
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	3,7-4,7	4,2
Гемоглобин, г/л	115-145	134
Цветовой показатель	0,82-1,05	0,85
Ретикулоциты, %	2,0-12,0	-
СОЭ, мм/ч	2,0-15,0	11
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	180-320	285
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	4,0-8,8	7,2

Показатели крови	Пределы нормальных колебаний у женщин	Обнаруженные значения
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1-6	1
Нейтрофилы сегментоядерные, %	45-70	68
Эозинофилы, %	0-5	-
Базофилы, %	0-1	-
Лимфоциты, %	18-40	24
Моноциты, %	2-9	7

#### Биохимический анализ крови

Показатель крови	Норматив	Обнаруженное значение
Общий белок	64 - 82	68
Мочевина	2,5 - 6,4	5,0
Креатинин	53 - 115	88
Холестерин общий	1,4 - 5,7	5,4
Билирубин общий	3,0 - 17,0	18,2
Билирубин прямой	0,0 - 3,0	2,0
АЛТ	15,0 - 61,0	40,0
АСТ	15,0 - 37,0	32,0
Щелочная фосфатаза	50,0 - 136,0	82,0
Альфа-Амилаза	25,0 - 115,0	92,0
Глюкоза	3,89 - 5,83	4,6

Мазок из зева на кандиды

В мазке из зева патогенной микрофлоры не определяется

Определение белка Бенс-Джонса

В анализе мочи белок Бенс-Джонса не определяется

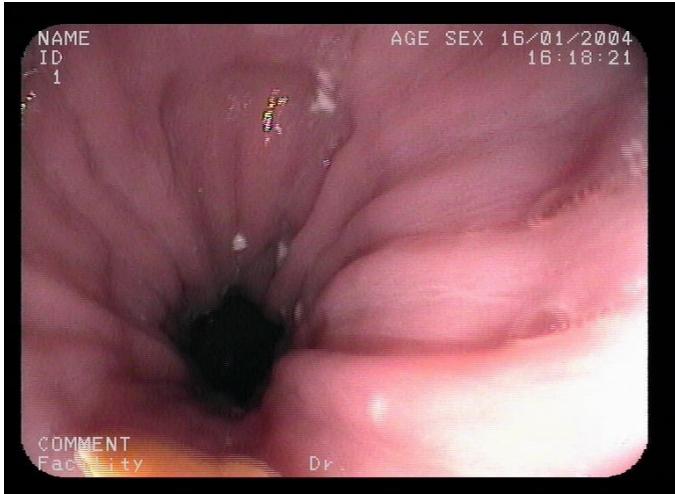
Результаты инструментальных методов обследования

Контрастное рентгенологическое исследование пищевода



Рентгеноскопия пищевода и желудка: кардиальный жом находится в состоянии стойкого спазма, сокращения стенок не имеют перистальтического характера, отмечается расширение просвета пищевода до 5 см, в зоне расширения стенка пищевода утолщена, эластичность стенок сохранена во всех отделах.

## Эзофагогастродуоденоскопия



Пищевод расширен, проходим с трудом в зоне кардии, кардия сомкнута, раскрывается только при инсуффляции воздухом, стенки отечны, гиперемированы в дистальном отделе с выраженной продольной складчатостью в хиатальном и абдоминальном сегментах пищевода.

### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в норме, эхо-структура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Воротная вена — 12 мм (N), нижняя полая вена — 16 мм (N), селезеночная вена — 7 мм (N), брюшная аорта — 15 мм (N).

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются. Холедох не расширен.

Поджелудочная железа: в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в норме, эхо-структура однородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена в размерах, эхо-структура однородная. Заключение: при УЗ-исследовании патологических изменений не выявлено.

### Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены.

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования стенозирующее поражение пищевода обусловлено

- ахалазией кардии
- раком пищевода
- рефлюкс-эзофагитом
- эзофагоспазмом

Обследование больной следует начинать с визуализации пищевода методом

-обзорной рентгенографии органов грудной полости

-эзофагоскопии

-компьютерной томографии средостения

-контрастной рентгеноскопии пищевода

Информативность рентгенологического исследования пищевода повышается проведением пробы с

- ипратропия бромидом
- сальбутамолом
- физической нагрузкой
- нитроглицерином

На развернутых стадиях заболевания контрастное рентгенологическое исследование пищевода помимо сужения дистального отдела и расширения проксимального отдела выявляет

- неровность контура пищевода в среднем отделе
- стойкие спастические сокращения
- исчезновение газового пузыря желудка
- утолщение стенки на всем протяжении органа

Лечение больной следует начинать с

- консервативной терапии
- кардиодилатации
- кардиомиотомии
- введения ботулинотоксина

Для консервативного лечения больной можно использовать

- ингибиторы АПФ, М-холинолитики, миогенные спазмолитики
- антагонисты кальциевых каналов, нитраты, М-холинолитики
- антациды, альгинаты, Н<sub>2</sub>-блокаторы рецепторов гистамина
- β-адреноблокаторы, ингаляционные глюкокортикоиды

При неэффективности консервативного лечения в качестве терапии второй линии пациентке следует рекомендовать

- кардиомиотомию
- кардиомиотомию с фундопликацией
- кардиодилатацию
- стентирование пищевода

Периодичность проведения визуализирующих состояния пищевода и кардии инструментальных исследований

- составляет один раз в 12 месяце
- определяют по индивидуальным показаниям
- составляет один раз в 6 месяцев
- определяют при изменении картины болезни

В процессе динамического наблюдения за больными с ахалазией кардии

- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год

Врач-терапевт участковый должен рекомендовать больной с ахалазией кардии

- запивание плотной пищи негазированными щелочными минеральными водами
- употребление прохладной пищи малыми порциями в вертикальном положении туловища

-прием преимущественно жидкой прохладной пищи, тщательное пережевывание пищи  
-медленный прием пищи, исключение продуктов, усиливающих дисфагию

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 91

Женщина 75 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом.

### Жалобы

на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), купирующейся приемом нитратов в течение 2-х минут, на одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

### Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Около 10 лет отмечает загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа, по поводу чего постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время – метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. (цифры АД по данным предоставленного пациенткой дневника самоконтроля, в пределах от 170/100 мм.рт.ст. до 165/95 мм.ртст.) Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение последних 2-х недель, когда стала отмечать снижение переносимости физической нагрузки и появление отеков на ногах.

### Анамнез жизни

Росла и развивалася нормально.

Образование среднее.

На пенсии с 65 лет, работала продавцом.

Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м<sup>2</sup>. ОТ – 98 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

Показатель

Результат Норма

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты, *10 <sup>12</sup> /л	4,7	м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	133,1	м. 132-164 ж. 115-145
ЦП	0,85	0,85-1,05
Ретикулоциты, %	-	2-12
СОЭ, мм/ч	15	м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, *10 <sup>9</sup> /л	199,4	180-320
Гематокрит, %	42,7	м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, *10 <sup>9</sup> /л	9,03	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

Измерение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

Гликированный гемоглобин (HbA1c) – 6,1%.  
Глюкоза в плазме крови натощак – 5,0 ммоль/л.

Исследование уровня креатинина крови

Креатинин – 0,89 мг/дл,  
СКФ по формуле CKD-EPI = 64 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Исследование уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ)

Показатель	Результат	Ед.измерения	Норма
Холестерин общий	4,57	ммоль/л	(0,00-5,30)
Триглицериды	2,37	ммоль/л	(0,00-1,70)
Холестерин ЛПВП	1,13	ммоль/л	(0,90-1,90)
Холестерин ЛПОНП	0,29	ммоль/л	(0,10-1,00)
Холестерин ЛПНП	2,8	ммоль/л	(0,00-3,30)
Коэффициент атерогенности	2,49		(2,28-3,02)

Анализ мочи по Нечипоренко

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	1500	0-4000
Эритроциты (BLD), в 1 мл	300	0-1000

Показатель	Результат	Норма
Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: зернистые, Ед/мл	5	0-20
Цилиндры: восковидные, Ед/мл	0	0-20
Цилиндры: другие, Ед/мл	0	0-20

Определение уровня тропонина Т

Показатель	Результат	Норма
Тропонин Т, нг/л	10	< 50

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### ЭКГ покоя в 12 отведениях

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 78 в минуту, PR 162 мсек., QRS 90 мсек., QT 408 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение ЭОС, депрессии ST не зарегистрировано, признаков гипертрофии миокарда ЛЖ нет.

##### Эхокардиография трансторакальная

Полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); KDO 114 мл; KSO 47 мл. Толщина стенок ЛЖ: МЖП 1,0 см; ЗС 1,0 см. Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена, ФВ=54%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая функция: снижена, E/A= 0,9. Полость правого желудочка: 2,4 см, толщина свободной стенки ПЖ: 0,4 см, характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 51 мл. Правое предсердие: 50 мл. Межпредсердная перегородка: без особенностей. Нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%. Митральный клапан: не изменен, митральная регургитация: нет. Аортальный клапан: не изменен, аортальная регургитация: нет. Триkuspidальный клапан: не изменен, трикусpidальная регургитация: нет. Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регургитация: нет. Диаметр ствола легочной артерии: 2,2 см. Диаметр корня аорты: 3,7 см. Стенки аорты уплотнены. Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: нарушение диастолической функции ЛЖ, уплотнение стенок аорты.

##### Ультразвуковое исследование сонных артерий

Заключение: КИМ утолщен, размер 1,1 мм. Эхо-признаки атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий со стенозированием внутренней сонной артерии справа 20%, внутренней сонной артерии слева 20%.

##### Рентгенография грудной клетки

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Заключение: патологии не выявлено.

##### Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, четкие, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

МР-данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе головного мозга не выявлено.

Какой основной диагноз?

- ИБС. Стенокардия напряжения
- ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз
- ИБС. Нестабильная стенокардия
- ИБС. Постинфарктный кардиосклероз

У пациентки \_\_\_\_\_ функциональный класс стенокардии

- 3
- 1
- 4
- 2

Фоновым заболеванием является

- ГБ 3 стадии, АГ 2 степени, очень высокого риска
- ГБ 3 стадии, АГ 3 степени, очень высокого риска
- ГБ 2 стадии, АГ 3 степени, высокого риска
- ГБ 2 стадии, АГ 2 степени, высокого риска

Терапия сахарного диабета у пациентки

- не требует коррекции
- может быть прекращена
- должна быть заменена на инсулин
- должна быть усиlena добавлением второго сахароснижающего препарата

В качестве антиишемической терапии пациентке рекомендуется назначить

- комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция
- мельдоний
- ивабрадин
- триметазидин

Целевое значение ЧСС у пациентки составляет \_\_\_\_\_ ударов в минуту

- 60-70
- 50-60
- 70-80
- менее 50

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП \_\_\_\_\_ ммоль/л

- <3,8
- <2,8
- <1,0
- <1,8

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациентке при

- неконтролируемой АГ
- неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

- отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения
- недостижении целевых уровней холестерина

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать

- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

У пациентки

- ожирение 2 ст.
- ожирение 3 ст.
- избыточная масса тела
- ожирение 1 ст.

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 92

Вызов врача на дом к пациенту 19 лет на 2-й день болезни

### Жалобы

на повышение температуры тела, слабость, головную боль, озноб, боль в горле при глотании, снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул 1-2 раза в день, боль в правом коленном суставе.

### Анамнез заболевания

Заболел остро с озноба, повышение температуры тела до 38,3°C, головной боли, слабости, заложенности носа, боли в горле при глотании.

Далее стал раздражать яркий свет, слезились глаза, появилось ощущения «песка» в глазах, беспокоили ноющая боль в животе и жидкий стул.

Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) и энтеросорбенты (смекту) с кратковременным эффектом.

На 2-й день болезни температура тела повысилась до 39,1°C, появилась мелкоточечная сыпь на боковых поверхностях туловища, на сгибательных поверхностях конечностей с концентрацией вокруг суставов.

### Анамнез жизни

Студент дневного отделения сельскохозяйственного ВУЗа

Проживает в отдельной квартире с родителями.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицают.

Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе и в институте).

Эпид. анамнез: в течение последнего месяца несколько раз работал в теплице (на практике)

### Объективный статус

Температура тела 39,1°C.

Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив.

На коже туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии, более обильная в области отечных кистей и стоп.

Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации.  
Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы.  
Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный.  
АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 106 уд. в мин.  
В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются.  
Живот мягкий, слегка болезненный в правой половине, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги.  
Диурез не нарушен, моча обычного цвета.  
Стул жидкий, без патологических примесей.  
Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Иммуноферментный анализ крови

Наименование	Единицы	Результат*
Anti- Yersinia pseudotuberculosis IgA КП	3,1	
Anti- Yersinia pseudotuberculosis IgG КП	0,23	
Anti- Yersinia enterocolitica IgA КП	отрицательно	
Anti- Yersinia enterocolitica IgG КП	отрицательно	

\* меньше 0,9 – антитела не обнаружены; 0,9-1,1- анализ рекомендуется повторить; больше 1,1- антитела обнаружены

##### ПЦР - диагностика

ДНК Yersinia pseudotuberculosis обнаружена

##### Бактериоскопическое исследование кала

Патогенные энтеробактерии не выделены

##### Копограмма

Количество за сутки - 350 грамм;

Консистенция - жидкий;

Цвет – коричневый;

Патологические примеси (гной, паразиты, кровь)- отсутствуют;

Реакция (pH) - нейтральная;

Стеркобилин - 21- мг/сутки;

Скрытая кровь – отсутствует;

Растворимый белок - отсутствует;

Мышечные волокна - единичные, гладкомышечные;

Соединительная ткань - отсутствует;

Нейтральные жиры - отсутствуют;

Жирные кислоты - отсутствуют;

Растительная клетчатка - в различном количестве;

Крахмал - отсутствует;

Йодофильная флора - отсутствует;

Лейкоциты - единичные;

Эритроциты - единичные;

Эпителиальные клетки - единичные;

Кристаллы (Шарко-Лейдена, гематоидина, трипельфосфатов) – отсутствуют.

#### Какой основной диагноз?

- Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант, средней степени тяжести
- Скарлатина, типичное течение, средней степени тяжести
- Острый вирусный гепатит, безжелтушная форма, типичное течение, средней степени тяжести
- Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия, тяжелое течение

Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

- острый аппендицит, мезаденит, терминальный илеит
- острый панкреатит, гепатосplenомегалию, сигмоидит
- гепатосplenомегалию, острый гастрит, острый панкреатит
- гепатосplenомегалию, тифлит, токсико-аллергический холангит

Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

- скудная розеолезная сыпь на передней и боковых поверхностях грудной клетки и живота, которая появляется на 8-11-й день от начала болезни с феноменом подсыпания
- обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни
- обильная крупная «грубая» пятнисто-папулезная сыпь, склонная к слиянию, на фоне неизмененного цвета кожи, которая появляется на 4-5 день болезни с поэтапным ее распространением
- обильная розеолезно-петехиальная сыпь на лице, туловище, конечностях, не зудящая, появляется на 5-й день болезни

Осложнениями генерализованной формы псевдотуберкулеза являются

- панкреатит, токсический мегаколон, холецистит
- острая печеночная недостаточность, желудочно-кишечные кровотечения, тромбоз мезентериальных сосудов
- инфекционно-токсический шок, диффузный илеит с перфорацией кишечника и развитием перитонита
- желудочно-кишечное кровотечение, некроз и перфорация гепатохоледоха, острый холецистит

Дифференциальную диагностику псевдотуберкулеза в ранние сроки болезни следует проводить с

- краснухой, боррелиозом, орнитозом
- инфекциональным мононуклеозом, ботулизмом, брюшным тифом
- гриппом, скарлатиной, менингококцемией
- ротавирусной инфекцией, рожей, бруцеллезом

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в мельцеровский бокс
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при генерализованной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

- бактериофагов
- гепатопротекторов

- антибиотикотерапии
- иммунокорректоров

Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется  
-ципрофлоксацин  
-клиндамицин  
-амикацин  
-ампициллин

Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до \_\_\_\_ месяцев после выписки из стационара

- 3-х
- 2-х
- 6-ти
- 12 -ти

Выписка больных из стационара возможна после  
-нарастания титра специфических IgG в 4-е раза  
-их полного клинического выздоровления  
-отрицательного бактериологического исследования кала  
-снижения титра специфических IgG

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 93

Больной Ш., 73 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

##### Жалобы

на перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней.

##### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера. При госпитализации в стационар был диагностирован инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Последние 5 лет стал отмечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса, частая желудочковая экстрасистолия. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда стала нарастать одышка, появились отеки голеней.

##### Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту.

Последний год не работает, пенсионер.

5 лет назад диагностирован сахарный диабет, постоянно принимает метформин.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Семейный анамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году.

##### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, единичные

влажные хрипы в нижних долях обоих легких. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушенны, ритм неправильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	41	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,9	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	85	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	33,3	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	1	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	270	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	7,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	63	47-72
Эозинофилы, %	4	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	8	м. 2-10 ж. 2-15

Биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, гликированного гемоглобина

Показатель	Результат	Норма
Креатинин	68	44-115 мкмоль/л
Мочевина	7,1	2,5-8,3 ммоль/л
Мочевая кислота	376	120-430 мкмоль/л.
Холестерин общий	6,2	3,3-5,8 ммоль/л
ЛПНП	3,1	<3 ммоль/л, <2,5 ммоль/л у больных ИБС
ЛПВП	0,9	>1,2 ммоль/л
Глюкоза	7,6	3,5-6,2 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин	6,7	<5,5%

Показатель	Результат	Норма
Триглицериды	2,9	менее 1,7 ммоль/л
АлТ	23	<37 Ед
АсТ	28	<43 Ед

Анализ мочина диастазу  
20 ед (норма 16-65 ед)

#### Общий анализ мокроты

Характер: слизистая, цвет: прозрачный. Запах: отсутствует. Эритроциты – отсутствуют, лейкоциты – единичные в препарате. Эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, альвеолярные макрофаги – отсутствуют. Микобактерии туберкулеза – не обнаружены.

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Суточное мониторирование ЭКГ

Основной ритм синусовый, все время исследования полная блокада левой ножки пучка Гиса. За время регистрации выявлено 6128 одиночных желудочковых экстрасистол, максимально 239 за час. В вечернее время эпизоды бигеминии. Пробежек ЖТ нет. Пауз нет.

##### Эхокардиография

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 11 мм. Сократительная функция миокарда ЛЖ снижена. Выявлена зона акинеза передне-перегородочной стенки левого желудочка. ФВ ЛЖ 42%.

##### Функция внешнего дыхания

ЖЕЛ - 4,6 л (86%), ОФВ1 -4,15 л/с (93%). ЖЕЛ в норме, показатели проходимости бронхиальных путей в норме. Признаков обструкции дыхательных путей не выявлено.

##### ЭГДС

Пищевод проходим. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки розовая, складки хорошо расправляются воздухом. В желудке умеренное количество слизи. Перистальтика выраженная. Привратник не изменен. В 12-перстной кишке незначительное количество желчи. Область большого дуоденального сосочка не изменена.

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- Гипертоническая болезнь
- Хроническая ревматическая болезнь сердца
- Инфекционный эндокардит
- ИБС: Постинфарктный кардиосклероз

К осложнениям у пациента относится

- ДН II степени
- ХСН 2Б стадии
- ХПН I степени
- Анемия легкой степени

У пациента диагностирована аритмия  
-частая желудочковая экстрасистолия  
-трепетание предсердий неправильной формы  
-пароксизмальная наджелудочковая тахикардия  
-постоянная форма ФП

Для лечения ХСН больному показано назначение  
-антагонистов кальция  
-нитратов  
-иАПФ  
-сердечных гликозидов

Для лечения желудочковой экстрасистолии этому больному показано назначение  
-препараторов калия  
-бета-блокаторов +амиодарона  
-антагонистов кальция  
-сердечных гликозидов

Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является  
-Бифасцикулярная блокада  
-Блокада левой ножки пучка Гиса  
-Блокада правой ножки пучка Гиса  
-Атриовентрикулярная блокада 3 степени

Сочетанной патологией, которая выявлена у пациента, является  
-хронический холецистит  
-язвенная болезнь желудка  
-сахарный диабет 2 типа  
-пневмония

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг  
-креатинина  
-уровня железа  
-АлТ, АсТ  
-альбуминов плазмы крови

Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является  
-фибриноген  
-гликозилированный гемоглобин  
-амилаза  
-С-реактивный белок

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является  
-коронароангиография  
-Эхо-КГ  
-сцинтиграфия миокарда  
-ЭКГ

**КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 94**  
Вызов врача на дом к больному А. 48 лет 18.06.2018г.

Жалобы на слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышцах верхних и нижних конечностей

#### Анамнез заболевания

Заболел остро 13.06.18 с повышения температуры до 39,2°C, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара.

Принимал самостоятельно ибупрофен, ингавирин – с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5°C.

В последующие дни сохранялось повышение температуры тела по вечерам до 38,8°-39,4°C.

На 6 день болезни температура тела – 38,6°C, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику.

#### Анамнез жизни

Работает учителем физики в общеобразовательной школе.

Проживает в отдельной квартире с женой и ребёнком.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

Вредные привычки: отрицает.

Парентеральный анамнез не отягощен.

Больной 2 недели назад был на даче в Тверской области. Отмечал укус клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлёк самостоятельно.

#### Объективный статус

Температура тела 38,7°C.

Кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет.

Язык влажный, обложен тонким белым налетом.

В лёгких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 /мин.

АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 90 уд. в мин.

Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом поколачивания – отрицателен.

Печень не увеличена, мягко-эластичной консистенции, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Моча светло-жёлтая, стул оформленный.

Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательны. Сознание сохранено.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### ИФА на антитела к антигену вирусных инфекций

Наименование	Единицы	Результат
--------------	---------	-----------

ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgM	ME/мл	1:256
---	-------	-------

ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgG	ME/мл	отрицательно
---	-------	--------------

ИФА с антигеном Borrelia burgdorferi sensu lato IgM	ME/мл	отрицательно
---	-------	--------------

ИФА с антигеном Borrelia burgdorferi sensu lato IgG	ME/мл	отрицательно
---	-------	--------------

ИФА с антигеном Echrlilia muris IgM	ME/мл	отрицательно
-------------------------------------	-------	--------------

ИФА с антигеном Echrlilia muris IgG	ME/мл	отрицательно
-------------------------------------	-------	--------------

ПЦР (ликвора)

В ПЦР в ликворе выявлена РНК Tick-borne encephalitis Virus

Реакция латекс-агглютинации

реакция отрицательная

Реакция микроагглютинации

реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- Грипп, стадия ранней реконвалесценции, осложнённое течение (серозный менингит), тяжелое течение
- Моноцитарный эрлихиоз человека (клещевой риккетсиоз), типичное течение, средней степени тяжести
- Клещевой вирусный энцефалит, менингеальная форма, среднетяжёлое течение
- Лайм-боррелиоз, генерализованная форма, неврологический вариант, средней степени тяжести

Относительно тяжёлым течением характеризуется \_\_\_\_\_ клиническая форма клещевого вирусного энцефалита

- вторично-прогредиентная
- инаппаратная
- менингоэнцефалитическая
- лихорадочная с двухволновым течением

К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят

- фасцикуляцию языка
- амимию и асимметрию лица
- диплопию и птоз
- симптом «свислой» головы

Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с

- псевдотуберкулезом, менингококковой инфекцией, висцеральным лейшманиозом
- лайм-боррелиозом, полиомиелитом, эрлихиозом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, лептоспирозом, иерсиниозом
- сыпным тифом, малярией, инфекционным мононуклеозом

Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение

- доксициклина
- специфического иммуноглобулина
- сульфаметоксазол/триметоприма
- ламивудина

В качестве патогенетической терапии при клещевом вирусном энцефалите используются

- гемостатические препараты
- холиноблокаторы
- антикоагулянты
- диуретики

В лечении клещевого вирусного энцефалита важным компонентом патогенетической терапии являются

- глюкокортикоиды

- нейроплегические средства
- миорелаксанты
- холиноблокаторы

Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является

- введение иммуноглобулина
- применение индукторов интерферона
- применение химиопрофилактики рибавирином
- введение вакцины против клещевого энцефалита

Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется

- вакцинация
- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- химиопрофилактика иодантипирином

В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять

- кожные антисептики
- ношение маски в лесных массивах
- иммуномодуляторы
- репеллентные средства против клещей

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 95

Больной 20 лет, студент, обратился в поликлинику по месту жительства.

### Жалобы

На постоянные тянущие боли в поясничной области справа (иногда слева), усиливающиеся при физической нагрузке, длительной ходьбе или пребывании в положении «стоя», а также к концу дня.

### Анамнез заболевания

С детского возраста имеет дефицит массы тела, в возрасте 15 лет вырос на 25 см за 6 месяцев. В средней школе занимался в секции волейбола, в течение последних 2 лет 2 раза в неделю занимается на батуте; кроме того, с целью набора мышечной массы в течение 3 месяцев 3 раза в неделю посещает тренажерный зал (тренировки на силовых тренажерах). Указанные жалобы появились примерно с 15 лет, в течение последних 6 месяцев усилились. После тренировки несколько раз было зафиксировано повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст. 3 дня назад после занятия на силовых тренажерах отметил появление мочи красноватого цвета. На следующий день цвет мочи нормализовался. Боль в поясничной области ослабевает в ночное время.

### Анамнез жизни

Родился недоношенным с низкой массой тела, в дальнейшем рос и развивался нормально в соответствии с возрастом.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции - ветряная оспа.

Наследственность не отягощена.

Вредные привычки: отрицает.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, вес 59 кг, ИМТ – 18,2 кг/м<sup>2</sup>. Телосложение астеническое. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отёков нет. Определяется гипермобильность суставов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 72 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. В положении лежа пальпация затруднена из-за хорошо развитых мышц брюшного пресса. В положении стоя пальпируется правая почка, пальпация безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствует. Стул оформленный, ежедневный.

### Результаты лабораторных методов обследования

#### Клинический анализ мочи

Показатели	Результат
Цвет	Желтый
Прозрачность	Неполнная
Относительная плотность	1025
Реакция	кислая
Белок	0,09 г/л (норма 0-0,10 г/л)
Глюкоза	нет
Кетоновые тела	нет
Эпителий:	
плоский	0-1
переходный почечный	
Лейкоциты	0-1 в п/зр
Эритроциты:	
измененные	2-3 в п/зр
неизмененные	0 в п/зр
Цилиндры:	0-2 в п/зр, гиалиновые
Слизь	нет
Соли	нет
Бактерии	нет

#### Общий анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	142,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	42,9
Лейкоциты	4,00 - 9,00	6,9
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,8
Тромбоциты	150,0 - 320,0	279 тыс.
Ср.объем эритроцита	80,0 - 97,0	93,2
Ср.содерж.гемоглобина	28,0 - 35,0	31,2
Ср.конц.гемоглобина	330 - 360	320
Лимфоциты абс.	1,20 - 3,50	2,66

Наименование	Нормы	Результат
Моноциты абс.	0,10 - 1,00	0,32
Гранулоциты абс.	1,20- 7,00	
Нейтрофилы абс.	2,04 - 5,80	3,29
Эозинофилы абс.	0,02 - 0,30	0,22
Базофилы абс.	0,00 - 0,07	0,02
Лимфоциты	17,0 - 48,0	46,1
Моноциты	2,0 - 10,0	8,8
Гранулоциты	42,00 - 80,00	
Нейтрофилы	48,00 - 78,00	55,90
Эозинофилы	0,0 - 6,0	4,1
Базофилы	0,0 - 1,0	0,6
СОЭ по Панченкову	2 - 20	4

#### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок (г/л)	60 - 80	76
Альбумин (г/л)	35 - 50	44
Мочевина (ммоль/л)	2,5 - 6,4	5,8
Креатинин (мкмоль/л)	53 - 115	76
Холестерин общий(ммоль/л)	1,4 - 5,2	4,5
Триглицериды (ммоль/л)	0,20 - 1,70	1,1
Холестерин ЛПНП(ммоль/л)	1,5—3,5	1,9
Билирубин общий (мкмоль/л)	3,0 - 17,0	7,3
Билирубин прямой (мкмоль/л)	0,0 - 3,0	1,0
АЛТ (Ед/л)	15,0 - 61,0	16,0
АСТ (Ед/л)	13,0 - 35,0	20,0
Щелочная фосфатаза(Ед/л)	50,0 - 136,0	100
Гамма-ГТ (Ед/л)	18-100	20
Мочевая кислота (мкмоль/л)	155,0 - 428,0	387,0
Глюкоза (ммоль/л)	3,89 – 5,83	4,0
Калий (ммоль/л)	3,5-5,0	4,6
Натрий (ммоль/л)	136-145	139
pСКФ (мл/мин)	110	

#### Ортостатическая проба

В положении лежа белок – 0,10 г/л (норма 0-0,10 г/л)

В ортостазе белок – 0,58 г/л (норма 0-0,10 г/л)

В утренней порции мочи, сданной сразу после ночного сна, уровень белка в пределах нормы, во второй порции мочи, сданной после 2-часовой ходьбы и подъемов по лестнице, выявлена протеинурия.

Заключение: функциональная протеинурия вследствие нефроптоза.

Коагулограмма (скрининг), Д-димер

Показатель	Результат Единицы		Референсные значения
АЧТВ	30,8	сек	25,4 - 36,9
Тромбиновое время (ТВ)	12,5	сек	10,3 - 16,6
Протромбин (по Квику)	110	%	78 - 142
Фибриноген	3,35	г/л	2,00 - 4,00
Антитромбин III	110	%	83 – 128
Д-димер	125	нг/мл	< 243

#### Бактериологический посев мочи и чувствительность к антибиотикам

Показатель	Результат	Референсные значения
Выделенные микроорганизмы	Роста не обнаружено	< 10 <sup>4</sup> кое/мл

#### Чувствительность к АБ:

Ванкомицин	Определение чувствительности антибиотикам проводится при выявлении роста 10 <sup>4</sup> и более кое/мл.	S – чувствителен R – резистентный I – умеренно чувствительный
Гентамицин		
Клиндамицин		
Оксациллин		
Рафампицин		
Фузидиевая кислота		
Ампицилин		
Нитрофурантоин		
Норфлоксацин		

#### Гормоны щитовидной железы

Показатель	Норма
Тиреотропный гормон (ТТГ)	2,0 0,4-4,0 мкМЕ/мл
T3 свободный	3,1 2,3-6,3 пмоль/л
T4 свободный	15,0 10,3-24,5 пмоль/л

#### Криоглобулины сыворотки крови

Показатель	Результат	Единицы	Референсные значения
Криоглобулины (качественный анализ)	Не обнаружен		Не обнаружено

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### УЗИ почек в положении лёжа и стоя

Почки: контуры ровные, нормальных размеров: левая 124×57×52 мм, толщина паренхимы 19 мм, правая 118×65×50 мм, толщина паренхимы 19-20 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена, правая расположена на 2,5 см ниже левой, при дыхании смещается вниз на 3 см. Определяется расширение группы средних и нижних чашечек справа до 6-8 мм, лоханки справа до 25 мм, слева чашечки до 5-6 мм, лоханка 15 мм. При ЦДК кровоток не изменен, прослеживается до периферических отделов. Область надпочечников не изменена. В положении стоя правая почка смещается вниз на 10 см, ротирована, левая почка смещается на 5 см.

Заключение: правосторонний нефроптоз 3 степени, левосторонний нефроптоз 1 степени.

## Радиоизотопная реносцинтиграфия

Заключение: Опущение обеих почек. Выраженное замедление экскреции изотопа справа, умеренно выраженное – слева. Выраженные нарушения уродинамики в нижнем сегменте правой почки, умеренно выраженные изменения уродинамики слева.

## Микционная цистография

Патологические изменения не обнаружены

Наиболее вероятным диагнозом является

- Тромбоз правой почечной артерии, двухсторонний гидронефроз
- Мочекаменная болезнь (камни правой почки), гидронефроз справа
- Правосторонний нефроптоз 3 степени, левосторонний нефроптоз 1 степени.
- Острый правосторонний пиелонефрит, гидронефроз справа

У данного пациента факторами, предрасполагающими к развитию нефроптоза, являются  
-доношенность, отсутствие тяжелых физических нагрузок, дистопия правой почки  
-признаки гипермобильности суставов, артериальная гипертензия, медленный рост  
-артериальная гипертензия, гематурия, хорошее развитие мышц брюшного пресса  
-дефицит веса, быстрый рост, упражнения, связанные с сотрясением тела, подъём тяжестей

О функциональном характере протеинурии у данного пациента свидетельствуют

- её невысокий уровень и нестойкий характер, появление в вертикальном положении
- её высокий ( $>1$  г/л) уровень, стойкий характер, исчезновение в вертикальном положении
- нефротический уровень протеинурии, стойкая микрогематурия, нарушение функции почек
- её высокий ( $>1$  г/л) уровень, наличие мочевого осадка, отсутствие связи с нагрузкой, ортостазом

К функциональной протеинурии помимо ортостатической относят протеинурию при

- воспалении верхних и нижних мочевых путей
- сахарном диабете, артериальной гипертензии
- лихорадке, тяжелой физической нагрузке
- патологии клубочков и интерстиция почки

Развитие болей в области почек при нефроптозе связывают с возможным

- отхождением конкрементов, развитием абсцесса в почке, паранефритом
- сосочковым некрозом, разрывом кист, онкологическим процессом в почке
- отеком паренхимы почки, разрывом капсулы, тромбозом почечных вен
- нарушением пассажа мочи, перегибом сосудистой ножки, растяжением нервов

I степень нефроптоза диагностируют, когда при рентгеновском исследовании нижний полюс почки опущен на \_\_\_\_\_ позвонка/ позвонков

- 1-1,5
- менее 1
- более 3
- 2 - 2,5

Участковому терапевту следует направить данного пациента

- в хирургический стационар
- на консультацию уролога
- в нефрологический стационар

-на санаторно-курортное лечение

Консервативное лечение пациента заключается в

- усиленном калорийном питании, длительном постельном режиме в положении с опущенным ножным концом и поднятым изголовьем
- в соблюдении низкопуриновой диеты, обильном питьевом режиме, приеме ощелачивающих минеральных вод, ограничении посещений сауны и бани
- исключении тяжелых физических нагрузок, поднятия тяжестей, сотрясений тела, в укреплении мышц спины и брюшного пресса, ношении индивидуального бандажа
- снижении веса, ограничении нагрузок на мышцы спины и брюшного пресса, усиленном занятии беговыми, силовыми видами спорта, прыжками

Хирургическое лечение нефроптоза требуется при нефроптозе

- I степени со следовой протеинурией и умеренными болями в пояснице, исчезающими в положении лежа
- I степени с преходящей микрогематурией, умеренными болями в пояснице при длительном ортостазе
- I степени, неосложненном нарушением гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- II-III степени, осложненном нарушением гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

Условием для присоединения пиелонефрита, развития гидронефроза при нефроптозе является

- низкий мышечный тонус брюшной стенки, резкая потеря массы тела
- недоразвитие ребер, нарушение положения поясничных позвонков
- периодический или постоянный уростаз вследствие перегиба мочеточника
- уменьшение жировой капсулы почки, неправильное положение сосудов в ножке

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 96

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы на изжогу, боли за грудиной, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении, отрыжку кислым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков, сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса

### Анамнез заболевания

Страдает изжогой в течение нескольких лет, за медицинской помощью не обращался

Отмечает усиление симптомов в течение последних нескольких месяцев

Самостоятельно периодически принимал антацидные препараты

### Анамнез жизни

Рос и развивался в соответствии с возрастом

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

В возрасте 5-ти лет - аппендэктомия

Курит 5 лет по 20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает

Работает менеджером, профессиональные вредности отрицает

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 20 кг/м<sup>2</sup>. Кожа обычной окраски, влажности. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, симметрична, перкуторный звук ясный легочный. При аусcultации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 76 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, звучные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	136	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	42	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,94	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	18	3,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	5,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	64	47-72
Эозинофилы, %	1	1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %	30	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	8	м. 2-10 ж. 2-15

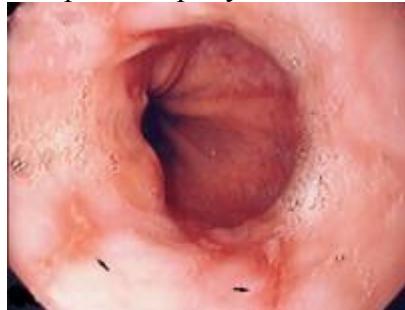
##### Копрограмма

Консистенция	Оформленная
Форма	Оформленный, цилиндрический
Запах	Каловый
Цвет	Светло-коричневый
Реакция	Нейтральная
Кровь	Нет
Слизь	Отсутствует
Остатки непереваренной пищи	Отсутствуют

Мышечные волокна измененные	Отсутствуют
Мышечные волокна неизмененные	Отсутствуют
Детрит	Отсутствует
Растительная клетчатка переваримая	Небольшое количество
Жир нейтральный	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствуют
Мыла	Отсутствуют
Крахмал внутриклеточный	Отсутствует
Крахмал внеклеточный	Отсутствуют
Лейкоциты	Единичные в препарате
Эритроциты	0 в поле зрения
Кристаллы	Нет
Йодофильная флора	Отсутствует
Клостридии	Отсутствуют
Клетки кишечного эпителия	Единичные в полях зрения
Дрожжеподобные грибы	Отсутствуют

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Эзофагогастродуоденоскопии



Пищевод свободно проходим. В просвете умеренное количество слизи. Слизистая розовая, выше зубчатой линии 2 линейных эрозии длиной от 1 до 1,5 см с налетом фибрином, венчиком яркой гиперемии. Z-линия на расстоянии 38 см от резцов. Просвет желудка обычных размеров. В просвете умеренное количество слизи. Складки обычных размеров. Перистальтика активная. Слизистая розовая. Привратник проходим. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая розовая. Постбульбарные отделы ДПК без особенностей. В просвете желчь.

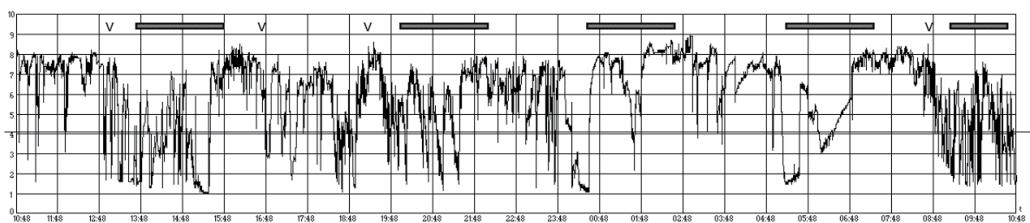
Заключение. ГЭРБ. Эрозийный эзофагит В (Л.А)

##### pH-метрии

Заключение: Многочисленные кислые рефлюксы ( $\text{pH} < 4,0$ )

Показатели DeMeester для пищевода

Показател ь	Время с $\text{pH} \leq 4,0$ , %			Число ГЭРс 0	Число продолжительность $\geq 5$ мин	ГЭР Максимальная продолжительност ь ГЭР
	обще е	в положени и стоя	в положени и лежа			
Норма	4,5	8,4	3,5	46,9	3,5	00:19:48
Пациент	8,3	1	10	62,1	5	00:28:16



### Рентгенографии органов грудной клетки

В легких без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны, не расширены. Контуры диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечная тень обычной конфигурации. Видимые мягкие ткани и костно-суставная система без особенностей

### Мониторирования ЭКГ по Холтеру

Синусовый ритм в течение всего периода наблюдения с ЧСС от 45 до 115 ударов в минуту, что соответствует возрасту пациента. Аритмический синдром представлен одиночными наджелудочковыми экстрасистолами в непатологическом количестве. Желудочковых экстрасистол не обнаружено. Ишемические изменения не выявлены. Удлинения Q-T интервала свыше 450 мс не выявлено. Нарушений дыхания во сне не выявлено. Вариабельность сердечного ритма сохранена. AV-блокада I степени не выявлена.

### Какой предполагаемый основной диагноз?

- ГЭРБ, неэрозивная форма
- Рефлюкс-эзофагит, пищевод Барретта, дисплазия высокой степени
- Ахалазия кардии II степени, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Гastroэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит степени В

Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- фаринго-эзофагеальным дивертикулом
- остеохондрозом грудного отдела позвоночника
- поражением пищевода при системной склеродермии
- ИБС, хроническим бронхитом

У пациента присутствуют признаки

- пептической стриктуры пищевода
- неосложненного течения
- пищеводного кровотечения
- прободения пищевода

В качестве фармакотерапии необходимо назначить

- монотерапию производными альгиновой кислоты
- ингибитор протонной помпы
- комбинацию производных альгиновой кислоты с антацидами
- миотропные спазмолитические средства

Ингибиторы протонной помпы необходимо назначить

- коротким курсом в 1-2 недели
- сроком на 4 года
- сроком на 2 года
- на срок в 4-6 недель

Из немедикаментозных методов лечения пациента применяют

- строгое ограничение физической активности, длительный постельный режим, диету с ограничением белков и углеводов
- сон с приподнятым головным концом кровати; исключение нагрузки, повышающей внутрибрюшное давление
- дробное питание; физиотерапевтические процедуры; физические упражнения, направленные на усиление мышц брюшного пресса
- прекращение курения, строгую диету, ношение бандажа или корсета, ежегодное санаторно-курортное лечение

Госпитализация пациента в гастроэнтерологический стационар

- проводится для подбора адекватной терапии
- проводится 2 раза в год для профилактического лечения
- проводится 3 раза в год для профилактического лечения
- не проводится

Оценку клинической эффективности назначенного лечения и эзофагодуоденоскопию необходимо провести через

- 1 год
- 3 месяца
- 6 месяцев
- 1 месяц

Пациенту хирургическое лечение

- проводится в плановом порядке через 1 месяц
- не проводится
- проводится в плановом порядке через 1 год
- проводится в плановом порядке через 6 месяцев

Активное диспансерное наблюдение пациента проводится 1 раз в \_\_\_\_ год/года

- 1
- 2
- 3
- 4

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 97

Больной Б. 65 лет обратился к участковому врачу-терапевту по месту жительства

Жалобы

изжогу после приема пищи  
на икоту, не связанную с приемом пищи  
периодически возникающее вздутие живота

Анамнез заболевания

Со слов больного, в 33 года внезапно появилась изжога, которая продолжалась 2 часа и самостоятельно прекратилась. В дальнейшем приступы изжоги повторялись и самостоятельно купировались. К врачам не обращался, так как в тот момент изжога не оказывала значительного влияния на качество жизни.

С 61 года изжога больного беспокоила после каждого приема пищи, присоединились жалобы на икоту, вздутие живота. Ухудшение самочувствия послужило причиной обратиться к гастроэнтерологу.

При обследовании по данным ЭГДС были выявлены эзофагит, гастрит, хиатальная грыжа. Назначение ингибиторов протонной помпы и обволакивающих препаратов принесло кратковременное улучшение.

#### Анамнез жизни

Больной родился в 1953г. в п. Собинка, Владимирской области. В настоящее время работает заведующим музеем. • Вредные привычки – курение, употребление алкоголя отрицает. • Указания на сопутствующую лекарственную терапию отсутствуют. • Аллергологический анамнез не отягощен. • Наследственный анамнез отягощен: отец умер в 64 года от лимфогранулематоза.

#### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 24,2 кг/м<sup>2</sup>, тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аусcultации – везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. Частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастринии. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Клинический анализ крови

Показатель	Результат Нормы	
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	5,1	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	151	м. 130-160 ж. 120-140
Цветовой показатель (ЦП)	0,88	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	253	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	11,1	4-11
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	2,5	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62,6	47-72
Эозинофилы, %	2,6	1-5
Базофилы, %	0,6	0-1
Лимфоциты, %	21,7	19-37
Моноциты, %	10	2-10
СОЭ, мм/ч	4	м. 2-10 ж. 2-15

##### Кал на скрытую кровь

Реакция кала на скрытую кровь отрицательная

##### Биохимический анализ крови

Показатель	Результат Норма	
Общий белок г/л	71,8	57-82
Креатинин мг/дл	1,3	0,7-1,3

Показатель	Результат Норма	
Азот мочевины мг/дл	6,8	3,2-8,2
Глюкоза ммоль/л	5,1	4,1-5,9
АсАТ Ед/л	18	0-34
АлАТ Ед/л	13	5-49
Общий билирубин мг/дл	18,1	3,0-21,0
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	125	70-360
Гамма-глутамилтранспептидаза, ЕД/л	13	5-61

#### Коагулограмма

Показатель	Результат Норма	
АЧТВ, с	27,3	22,5-35,5
Время свертывания крови, мин	6	5-10
Протромбиновый индекс, %	95	73-122
Тромбиновое время, с	17	14-21

#### Исследование крови на онкомаркеры

Показатель	Результат Норма	
РЭА, нг/мл	1,25	0-5
СА 242, МЕ/мл	5,7	0-30
СА 19-9, МЕ/мл	7,1	0-40
ПСА, нг/мл	2,9	0-4
Альфа-фетопротеин, МЕ/мл	4,3	0-15

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода рыхлая, гиперемирована. Недостаточность кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая с наличием зазпитализированных эрозий. Быстрый уреазный тест через 15 мин - отрицательный.

Взята биопсия из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки. По результатам морфологического исследования отмечены хронический слабо выраженный неактивный бульбит и дуоденит. дуоденогastrальный рефлюкс.

##### ЭКГ

На электрокардиограмме зарегистрирован синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 85 ударов в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Блокада передней верхней ветви левой ножки пучка Гиса.

##### Рентгенография органов грудной клетки

Легочные поля без инфильтративных изменений, корни легких не расширены, синусы свободны, тень сердца не расширена, аорта развернута и уплотнена.

##### Какой основной диагноз?

-Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эрозивный рефлюкс-эзофагит стадия 3

- Хронический гастрит. Функциональная диспепсия
- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастрит. Дуоденит.
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс-эзофагит стадия 1

Рекомендации по изменению образа жизни для пациента включают

- избегать переедания, не ложиться после приема пищи, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна
- отказ от курения, уменьшение массы тела, 5-6 разовый приём пищи, ношение бандажа и корсета
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, 5-6 разовый приём пищи с последним приёром за 30 мин. до ночного сна
- уменьшение массы тела, полный отказ от алкоголя, сон с низким изголовьем

В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём

- адсорбентов
- антихолинолитиков
- спазмолитиков
- ингибиторов протонной помпы

В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём

- антибиотиков, альгинатов, антацидов
- прокинетиков, альгинатов, антацидов
- прокинетиков, антибиотиков, альгинатов
- спазматиков, антацидов, холеретиков

В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы в течение \_\_\_\_\_ недель

- 4
- 6
- 8
- 2

Доза рабепрозола для данного пациента, в отсутствие эрозивного поражения пищевода, составляет \_\_\_\_\_ мг \_\_\_\_\_ раз/раза в день

- 10; 2
- 20; 1
- 10; 1
- 20; 2

Пациенту ИПП рекомендовано принимать

- за 30 мин до еды
- за 1,5 часа до еды
- через 30 мин после еды
- вне зависимости от приема пищи

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

- итоприл
- дротаверин
- ипраратропий
- эзомепразол

- Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения основного заболевания составляет \_\_\_\_ раза/раз в год
- 4
  - 3
  - 1
  - 2

- Пациент относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья
- II
  - I
  - IIIa
  - IIIb

### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 98

Больной М., 18 лет, обратился в поликлинику

Жалобы на слабость, снижение аппетита, тошноту, желтушное окрашивание кожи

#### Анамнез заболевания

Заболел остро 15.09. 2017г. с повышения температуры тела до 38°C, появления головной боли, слабости, ломоты в суставах. Принимал жаропонижающие средства, но температура сохранялась на уровне 38–39°C, присоединились тошнота, тяжесть в правом подреберье. На 3й день болезни исчез аппетит, была двукратная рвота съеденной пищей. На 4й день болезни изменился цвет мочи (цвет темного пива), обратил внимание на желтушное окрашивание кожи. С появлением желтухи почувствовал себя лучше.

#### Анамнез жизни

Проживает в отдельной квартире с родителями.

Перенесенные заболевания: пневмония, детские инфекции.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Эпиданамнез: в августе 2017г. отдыхал на юге, питался в столовых, пил некипяченую воду. Контакт с больными, у которых были подобные симптомы заболевания, отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

#### Объективный статус

Температура тела 36,5°C.

Кожный покров желтушной окраски, сыпи нет. Склеры иктеричны.

ЧСС – 62 уд. в мин, АД – 100/60 мм рт.ст.

Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка четко не пальпируется.

Моча темного цвета. Кал ахолический.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	81
Альбумин	32 - 50 г/л	38

Наименование	Нормы	Результат
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	1870
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	1359
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	228
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	123
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	115,3
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	88,3
Глюкоза	3,88 – 5,83 мммоль/л	4,5
Мочевина	2,5 – 8,5 мммоль/л	3,5
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	88
Амилаза	28-100 Ед/л	58

#### Иммуноферментный анализ крови

Показатели	Результат
HBs-Ag	Отрицательный
AntiHBcor IgM	Отрицательный
Anti-HAV Ig M	Положительный
Anti-HCV	Отрицательный

#### Определение альфа-1-антитрипсина в крови

80 мг/100 мл сыворотки крови (референсные значения - норма 78-200 мг/100 мл сыворотки крови)

#### Микроскопия толстой капли и мазка крови

Маллярийные плазмодии не найдены (норма - отрицательный результат - маллярийные плазмодии не найдены)

#### Результаты инструментальных методов обследования

##### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 138 мм, левой доли до 82 мм, контур ровный, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность паренхимы повышенна, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена — 12 мм (N), нижняя полая вена — 16 мм (N), селезеночная вена — 7 мм (N), брюшная аорта — 15 мм (N). Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются. Холедох не расширен.

Поджелудочная железа: в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в норме, эхо-структура однородная, вирсунгов проток не расширен.

Селезенка: размеры 133×42, контур ровный, эхо-структура однородная.

Заключение: Увеличение печени, диффузные изменения в паренхиме печени.

##### Эзофагодуоденоскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Слизистая оболочка пищевода светло-розового цвета, визуально не изменена на всем протяжении. Розетка кардии на 40 см, эластичная, смыкается полностью. В желудке небольшое количество прозрачной слизи, стенки эластичные, слизистая оболочка розовая. Складки большой кривизны мягкие,

подвижные, при инсуффляции воздуха расплываются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Кольцо привратника эластичное. Луковица 12 п.к. правильной формы, слизистая оболочка розовая. В постбульбарном отделе 12 п.к. слизистая оболочка так же розовая, Фатеров сосочек визуально не изменен.

Заключение: ЭГДС-картина соответствует норме.

Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования?

- Острый вирусный гепатит В с дельта агентом (коинфекция), желтушная форма, средней степени тяжести
- Острый вирусный гепатит Е, желтушный вариант, средне-тяжелая форма
- Рак головки поджелудочной железы
- Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма

К клиническим вариантам гепатита А относят

- тифоподобный, септический
- гастритический, гастроэнтеритический
- гастроэнтероколитический, колитический
- безжелтушный, стертый

Дифференциальную диагностику гепатита А в желтушном периоде следует проводить с

- скарлатиной, рожей
- иерсиниозом, лептоспирозом
- брюцеллезом, иксодовым клещевым боррелиозом
- шигеллезом, холерой

Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

- снижение уровня сывороточного железа
- повышение уровня трансамина в крови
- снижение уровня протромбинового индекса
- повышение тромбоцитов в крови

При легкой форме вирусного гепатита А проводят \_\_\_\_\_ терапию

- инфузционную дезинтоксикационную
- рекидратационную
- базисную (полупостельный режим, диета щадящая)
- антибактериальную

При среднетяжелой форме вирусного гепатита А проводят \_\_\_\_\_ терапию

- инфузционную дезинтоксикационную
- гепатопротекторами
- инфузционную иммуномодулирующую
- противовирусную

При лечении тяжелой формы гепатита А применяют

- рибавирин
- фосфоглив
- антибиотик широкого спектра действия
- эссенциале форте

Реконвалесценты гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение

- 3-х недель
- 4-х недель
- 3-6 месяцев
- 5 недель

Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- проведения вакцинации
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

О каждом случае заболевания гепатита А (подозрении на гепатит А) медицинские работники в течение \_\_\_\_ часов посылают экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор

- 72
- 12
- 24
- 48

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 99

Женщина 65 лет обратилась на прием в поликлинику.

### Жалобы

На сильную, жгучую, распирающую боль в левой руке, распространяющуюся вниз до пальцев кисти, не связанную с движением левой рукой

Слабость, выраженное чувство нехватки воздуха на фоне незначительной нагрузки

### Анамнез заболевания

Боль впервые возникла около 20 минут назад на фоне выраженного психоэмоционального перенапряжения (поругалась с соседкой во время ожидания приема эндокринолога). С 2010 года пациентка наблюдается у терапевта по поводу периодически (редко) возникающих болей в области сердца на фоне чрезмерной физической нагрузки, а также зимой, при вдыхании холодного воздуха. Около 20 лет беспокоит повышение артериального давления, максимально до 180/90 мм рт.ст., адаптирована к 140/90 мм рт.ст. С 2008 года постоянно принимает назначенную терапию (бисопролол 5 мг, т ромбо-АСС 100 мг, аторвастатин 20 мг, валсартан 80 мг 1 раз). На фоне терапии по цифрам артериального давления компенсирована (со слов). С 2014 года выставлен диагноз гипотиреоз, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную гормональную терапию. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает поваром в школьной столовой.

Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия по поводу ЖКБ от 2001 года; двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года; гистерэктомия по поводу миомы от 2003 года; аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз с 2014 года.

Наследственность: сирота

Аллергоанамнез: не отягощен

Вредные привычки: отрицает

## Объективный статус

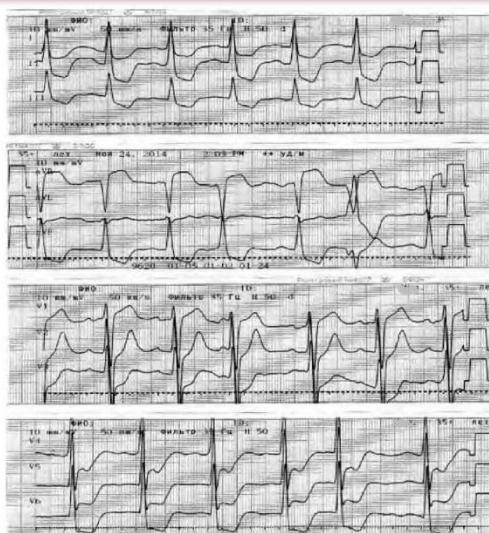
Состояние тяжелое. Отмечается выраженное беспокойство, пациентка возбуждена, не может найти себе место. Телосложение гиперстеническое, рост 1,55 м, вес 97 кг, индекс массы тела 40,37 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно розового цвета, пастозность голеней. При осмотре и пальпации левой верхней конечности патологических изменений, способных вызвать болевой синдром, не выявлено. При аусcultации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются более чем над 50% легочных полей. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, ЧСС 120 уд/мин, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Результаты количественного анализа уровня Тропонина Т  
0,68 нг/мл (норма до 0,3 нг/мл)

Эластазы  
1,8 нг/мл (норма 0,1 - 4 нг/мл)

Результаты инструментальных методов обследования

## Электрокардиография



Рентгенография области плечевого сустава



Заключение: патологические изменения отсутствуют, вариант нормы

Какой основной диагноз?

- Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Предположительно поражение огибающей коронарной артерии
- Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST. Предположительно поражение правой коронарной артерии
- Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Предположительно поражение ствола левой коронарной артерии.
- Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST. Предположительно поражение огибающей коронарной артерии

Состояние данной пациентки осложнилось

- острой сердечной недостаточностью Killip I
- острой сердечной недостаточностью Killip IV
- острой сердечной недостаточностью Killip III
- острой сердечной недостаточностью Killip II

Сопутствующий диагноз у данной пациентки звучит как гипертоническая болезнь

- 3 стадии, 2 степени, достигнутая на терапии. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Ожирение II степени. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Двухсторонний коксартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года
- 3 стадии, 1 степени, достигнутая на терапии. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Ожирение III степени. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года
- 3 стадии, 1 степени, достигнутая на терапии. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Метаболический синдром. Аутоиммунный тиреоидит, гипертиреоз. Двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года
- 3 стадии, 3 степени, достигнутая на терапии. Риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Ожирение I степени. Аутоиммунный тиреоидит, гипертиреоз. Двухсторонний гонартроз, протезирование левого коленного сустава от 2010 года

Вы диагностировали у пациентки острый коронарный синдром с предположительным поражением ствола левой коронарной артерии, дальнейшая тактика заключается в обеспечении

-незамедлительной (в пределах 90 минут) транспортировки пациентки в стационар, обладающий возможностью круглосуточного выполнения ЧКВ

- госпитализации пациентки в кардиологический стационар для проведения курса консервативной терапии
- госпитализации пациентки в терапевтический стационар для проведения курса консервативной терапии
- госпитализации пациентки в стационар, обладающий возможностью круглосуточного выполнения ЧКВ, в пределах 24 часов с момента обнаружения изменений на ЭКГ

Нагрузочная доза аспирина должна составлять \_\_\_\_ мг

- 110-150
- 300-600
- 150-300
- 90-180

Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять \_\_\_\_\_ мг

- 270
- 150
- 180
- 90

Среди антикоагулянтов наиболее оправданным является назначение

- нефракционированного гепарина
- низкомолекулярных гепаринов
- ингибиторов фактора Xa
- антагонистов витамина K

Мероприятия, направленные на борьбу с отеком легких включают

- введение ненаркотического анальгетика внутривенно
- выполнение лекарственного тромболизиса
- обеспечение доступа кислорода
- введение дигоксина внутривенно

В качестве диуретического препарата для лечения отека легких используется

- торасемид
- спиронолактон
- маннитол
- фurosемид

Диспансерное наблюдение больных при осложненном ОКС осуществляется \_\_\_\_\_ до стабилизации состояния

- 1 раз в месяц
- 4 раза в месяц
- 3 раза в неделю
- 2 раза в неделю

#### КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 100

Больная 73-х лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

##### Жалобы

на одышку и учащённое сердцебиение при небольшой физической нагрузке (ходьба на 100 метров), отеки лодыжек

### Анамнез заболевания

С 37 лет отмечаются эпизоды повышения АД до 170/115 мм рт.ст.

В 65 лет перенесла инфаркт миокарда с Q зубцом, в последующем принимала ингибиторы АПФ, тромбо-АСС и кардикет

Настоящее ухудшение состояния на протяжении последних 1,5 лет, когда после повторного инфаркта миокарда без Q зубца стала отмечать появление одышки и учащённого сердцебиения при физической нагрузке; 6 месяцев тому назад к вечеру стали появляться отеки лодыжек

### Анамнез жизни

Курит в течение 40 лет по 5 сигарет в сутки

С 59 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин 500 мг/сут

Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 20-и лет

### Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 158 см, ИМТ= 36 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенны, ЧСС 94 в мин., АД 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см ниже края реберной дуги. Отеки стоп. Тест 6-и минутной ходьбы: пройдено 250 метров.

### Результаты обследования

#### Определение креатинина сыворотки

Креатинин сыворотки = 110 мкмоль/л

#### Расчет СКФ по формуле EPI

СКФ-EPI=43 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>

#### Проба Реберга

СКФ=43 мл/мин

#### Анализа мочи по Зимницкому

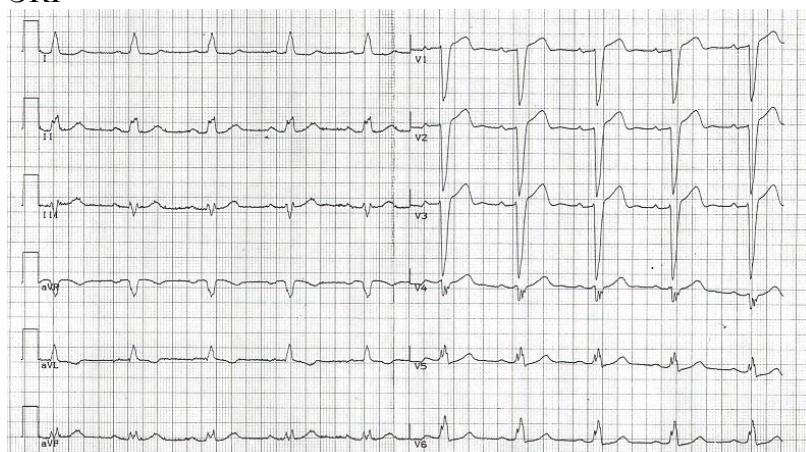
Относительная плотность мочи: 1016-1010-1005-1013-1008-1016-1005-1011

#### Определение гиалиновых цилиндров в моче

1-2 в поле зрения

### Результаты обследования

### ЭКГ



Ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ)  
ФВ=35%

Мозговой натрий-уретический пептид  
BNP=65пг/мл

УЗДГ сосудов нижних конечностей  
Сосуды (артерии и вены) нижних конечностей проходимы

Определение панкреатической эластазы в кале  
250 мкг/г (норма)

Причиной снижения толерантности к физической нагрузке у пациентки является  
-тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА)  
-хроническая сердечная недостаточность  
-острая сердечная недостаточность  
-сахарный диабет II типа

Диагноз может быть сформулирован следующим образом

-ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ГБ III ст, 3 ст. Сахарный диабет 2 типа. ХСН III ФК (NYHA), II Б стадии. ХБП III Б. Риск 4  
-ИБС: стенокардия напряжения 3 ф.к. АГ III ст, 3 ст.. ХСН I ФК, II А стадии. Риск 2  
-ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ХСН I ФК, I стадии. АГ III ст, 1 ст. Риск 4. ХБП IV  
-ИБС: стенокардия напряжения 2 ф.к. АГ II ст, 2 ст., риск 3. Сахарный диабет 2 типа. ХБП I

Для исключения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) у больной с длительным стажем курения необходимо оценить

-модифицированный индекс Тиффно  
-парциальное напряжение кислорода в артериальной крови  
-ОФВ<sub>1</sub>  
-ЖЕЛ

Для лечения ХСН пациентке показано назначение бета-блокатора

-атенолола  
-метопролола сукцината  
-метопролола тартрата  
-пропранолола

Кроме бета-адреноблокаторов пациентке показаны

-ингибиторы АПФ  
-альфа-адреноблокаторы  
-нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)  
-глюкокортикоиды

При невозможности назначения иАПФ, они могут быть заменены  
-петлевыми диуретиками  
-дигидропиридиновыми антагонистами кальция  
-недигидропиридиновыми антагонистами кальция  
-блокаторами рецепторов ангиотензина II

Пациентке с ХСН следует ограничивать применение

- блокаторов рецепторов ангиотензина II
- антагонистов альдостерона
- НПВС
- иАПФ

Модификация диеты пациентки должна включать ограничение

- воды
- белков животного происхождения
- поваренной соли
- белков растительного происхождения

Среди факторов сердечно-сосудистого риска у пациентки немодифицируемым является

- артериальная гипертензия
- объём талии (ОТ) >88 см
- возраст
- курение

Мероприятия по изменению образа жизни у данной больной должны включать

- проживание в теплом климатическом поясе
- регулярные дозированные физические нагрузки
- ограничение/исключение физических нагрузок
- проживание на высотах от 1000 до 2000 метров над уровнем моря

## КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС № 101

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

Жалобы на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость

### Анамнез заболевания

с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после респираторных инфекций длительно беспокоил приступообразный сухой кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад после переохлаждения перенесла двустороннюю пневмонию, проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом. После лечения сохранялся приступообразный сухой кашель. Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, стала отмечать постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой мокроты. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда после участия в двухдневной ревизии библиотеки стали беспокоить ежедневные приступы кашля в дневное время, однократно возник эпизод кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту.

Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здоровая.

Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает.

Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет.  
Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

#### Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м<sup>2</sup>. Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO<sub>2</sub> 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

#### Результаты лабораторных методов обследования

##### Общий анализ мокроты

Характер - слизистый;  
консистенция - вязкая;  
лейкоциты – 5-7 в п/зр.,  
эритроциты - нет;  
альвеолярные макрофаги – немного;  
эозинофилы – сплошь покрывают поля зрения;  
спирали Куршмана – 2 в преп.;  
эпителий плоский - немного;  
БК - не найдены.

##### Клинический анализ крови

Наименование	Результат	Нормы	Единицы измерения
Гемоглобин	142,0	130,0 - 160,0	г/л
Гематокрит	39,7	35,0 - 47,0	%
Лейкоциты	8,2	4,0 - 9,0	х10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,45	4,00 - 5,70	х10 <sup>12</sup> /л
Тромбоциты	189,0	150,0 - 320,0	х10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты	29,5	17,0 - 48,0	%
Моноциты	7,2	2,0 - 10,0	%
Нейтрофилы	62,3	48,0 - 78,0	%
Эозинофилы	7,8	0,0 - 5,0	%
Базофилы	1,0	0,0 - 1,0	%
СОЭ	19	2 - 20	мм/ч

##### Анализ мочи по Нечипоренко

В 1 мл суточной мочи: лейкоциты 340; эритроциты 10; цилиндров не обнаружены

##### Анализ крови на ЛДГ

150 Ед/л.

#### Результаты обследования

Общий IgE

344 МЕ/мл (норма до 100 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор

0 МЕ/мл (норма < 14 МЕ/мл)

#### Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта рентгенологически не изменены.

Спирография с фармакологической пробой

	Исходные показатели	После бронхолитика		
		Абсолютные величины % к норме		Абсолютные величины % к норме
ЖЕЛ	3,97 л	93%		
ФЖЕЛ	2,51 л	90%	2,78	104%
ОФВ1	1,27 л	65%	1,50	78%
ОФВ1/ФЖЕЛ		73%		74%

Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы

Печень – обычно расположена, не увеличена, контуры ровные, четкие, паренхима средней степени эхогенности, однородной структуры, сосудистый рисунок печеночных вен не изменен, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, воротная вена 9 мм. Желчный пузырь 52x24 мм, неправильной формы, перегиб в теле у шейки, стенки не изменены, в просвете конкрементов нет, гепатико-холедох не расширен.

Суточное мониторирование артериального давления

Среднее САД днем 135 мм рт. ст., ночью – 110 мм рт. ст.; среднее ДАД днем 80 мм рт. ст., ночью 70 мм рт. ст.

Исследование уровня \_\_\_\_\_ в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки  
-общего IgE  
-липопротеинов высокой плотности  
-щелочной фосфатазы  
-ревматоидного фактора

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у больной является

-Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, кашлевая форма, среднетяжелого течения, в стадии обострения

-Бронхиальная астма, инфекционно-зависимая, кашлевая форма, тяжелого течения, в стадии обострения

-Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, легкого течения, в стадии обострения

-Бронхиальная астма, смешанного генеза (инфекционно-аллергическая, аспириновая), среднетяжелого течения, в стадии ремиссии

С целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения больной необходимо проведение \_\_\_\_\_ вне обострения заболевания

- туберкулиновой пробы Манту
- кожных скарификационных аллергопроб
- бензидиновой пробы
- иммунологической пробы на резус-принадлежность крови

В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

- наличие лекарственной непереносимости
- возраст
- длительный стаж курения
- генетическую предрасположенность

Среди сопутствующих заболеваний можно выделить

- хронический тонзиллит и ожирение II степени
- эмфизема легких и ожирение I степени
- дыхательная недостаточность и морбидное ожирение
- морбидное ожирение и постстрептококковый нефрит

Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение

- системных глюкокортикоидов
- низких доз ингаляционных ГКС/β<sub>2</sub>-адреномиметиков длительного действия
- антигистаминных препаратов в комбинации с короткодействующими β<sub>2</sub>-адреномиметиками по потребности
- высоких доз ингаляционных ГКС/β<sub>2</sub>-адреномиметиков длительного действия

Назначенная базисная терапия соответствует \_\_\_\_\_ ступени лечения

- 4
- 3
- 5
- 2

В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии \_\_\_\_\_ препаратов

- антигистаминных
- иммуномодулирующих
- жаропонижающих
- антилейкотриеновых

Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

- строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры
- смену рода деятельности, снижение массы тела
- проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций
- ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание

Дальнейшая тактика ведения пациентки подразумевает

- диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста
- направление на амбулаторное наблюдение к пульмонологу
- направление на медико-генетическую консультацию
- экстренную госпитализацию в стационар аллергологического профиля