Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.07.2025 14:09:22
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Госпитальной терапии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«30» 06 2025 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней»

Категория (группа) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
УК (универсальные компетенции)	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте *Знать:* – общую и частную патологию *Уметь:* – анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) – к диагнозу) *Владеть:* – технологией сравнительного анализа УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. *Знать:* – профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных. *Уметь:* – пользоваться профессиональными источниками информации. *Владеть:* – технологией дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации.
ОПК (общепрофессиональные компетенции)	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями *Знать:* – методика сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях; – методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); – анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека в норме и у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза;

		– современные классификации, клиническая симптоматика инфекционных заболеваний. в том числе туберкулеза; – методы диагностики инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза; – симптомы, особенности течения и возможные осложнения у пациентов при инфекционных заболевания и (или) состояниях, в том числе туберкулеза *Уметь:* – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у пациентов с инфекционными заболеваниями; – пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом *Владеть:*

		– сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), в том числе с туберкулезом; – навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, на консультацию к врачам-специалистам. ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования. *Знать:* – медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом *Уметь:* – обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом *Владеть:* – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование; – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследовани

	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях *Знать:* – клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями; – алгоритмы оказания помощи пациентам; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста *Уметь:* – разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; *Владеть:* – навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения *Знать:* – фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины *Уметь:* – оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов *Владеть:* – навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;

		– навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях *Знать:* – порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов терапевтического профиля *Уметь:* – составить план реабилитационных мероприятий; – разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; *Владеть:* – навыком составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях пациентам терапевтического профиля. ОПК-6.2 Проводит и контролируетэффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях *Знать:* – методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у пациентов терапевтического профиля; *Уметь:* – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» *Владеть:* – методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации
	ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу *Знать:* – заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы;

		– медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу *Уметь:* – выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу; – подготовить медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу *Владеть:* – навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу *Знать:* – порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности; – порядок выдачи медицинской документации *Уметь:* – проводить медицинскую экспертизу временной нетрудоспособности; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения *Владеть:* – организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов *Знать:* – основные симптомы проявления угрожающих жизни состояний в кардиологии, в пульмонологии, в аллергологии, в гастроэнтерологии, в эндокринологии, требующих срочного медицинского вмешательства; – этиологию, патогенез, диагностику неотложных состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе: синкопальных состояний, острой дыхательной недостаточности, легочного кровотечения, астматического статуса, кровотечений из различных отделов ЖКТ, тромбоза мезентериальных сосудов, печеночной

		комы, острый тромбоз и тромбоэмболия сосудов, комы при сахарном диабете, гипертиреоидном кризе, острой надпочечниковой недостаточности, анафилактическом шоке, ангионевротическом отеке; – клинические признаки состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, включая остановку дыхания и сердцебиения; – основные принципы и этапы оказания неотложной помощи; – последовательность мероприятий неотложной помощи при базовой СЛР *Уметь:* – проводить осмотр и определять симптомы состояний, представляющие угрозу жизни пациентам; – распознавать состояния, требующие срочного медицинского вмешательства, в том числе побочные проявления после иммунизации; – диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе; *Владеть:* – навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства *Знать:* – методы оказания медицинской помощи пациентам терапевтического профиля при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека; – принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; – правила оформления сопроводительной медицинской документации для пациентов, маршрутизируемых на дальнейший этап лечения (переводной эпикриз, показания к госпитализации из дневного стационара); – основные принципы интенсивной терапии в клинике внутренних болезней *Уметь:*

		– применять в соответствии с выявленными нарушениями различные методы оказания неотложной медицинской помощи – оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства – проводить интенсивную терапию состояний *Владеть:* – навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; – навыками маршрутизации пациентов для оказания высокоспециализированной медицинской помощи на госпитальный этап и оформление необходимой сопроводительной медицинской документации
ПК (профессиональные компетенции)	**ПК-1.** Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	ПК-1.6 Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме *Знать:* – методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); – методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы); – правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации *Уметь:* – распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме – оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) – применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме – выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации *Владеть:* – навыками оценки состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; – навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти

		(остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; – навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при, состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); – навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные задачи.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если ординатор показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней».

1. ОКС: определение понятия, патогенез.
2. ОКС: клинические проявления.
3. ОКС: лабораторно-инструментальные параметры.
4. Тактика диагностических мероприятий при ОКС.
5. Тактика лечебных мероприятий при ОКС.
6. Прогноз ОКС.
7. Основные причины развития неотложных состояний в пульмонологии
8. Классификация неотложных состояний в пульмонологии.
9. Клиника, диагностика, неотложная помощи при приступе бронхиальной астмы, астматическом статусе.
10. Клиника, диагностика, неотложная помощи при лариноспазме.
11. Классификация острой дыхательной недостаточности
12. Неотложная помощи при развитии острой дыхательной недостаточности.
13. Отек легких, основные причины развития, клиника, диагностика, неотложная помощь.
14. Спонтанный пневмоторакс, клиника, диагностика, неотложная помощь.
15. Кровохарканье и легочное кровотечение, дифференциальная диагностика, основные клинические проявления, неотложная помощь.
16. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.
17. Понятие об острых состояниях в гастроэнтерологии. Классификация.
18. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
19. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.
20. Тромбоэмболия мезентериальных сосудов. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.
21. Острый холецистит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
22. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
23. Декомпенсированный цирроз печени, синдром портальной гипертензии, принципы диагностики, клиника, неотложная помощь.
24. Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез.
25. ОПН и ХПН. Определение понятий.
26. Патогенез структурно-функциональных изменений нефрона при ОПН и ХПН (отличия).
27. ОПН. Этиология. Патогенез.
28. ХПН. Этиология. Патогенез.
29. Классификация ОПН и ХПН.
30. Патогенез основных синдромов (артериальная гипертензия, анемия, уремия, отеки) при ХПН.
31. Основные принципы лечения почечной недостаточности.
32. Показания и противопоказания для гемодиализа при ПН.
33. Показания и противопоказания для перитониального диализа при ХПН.
34. Прогноз ОПН и ХПН.
35. Классификация неотложных состояний в эндокринологии.
36. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
37. Гипогликемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
38. Гиперосмолярная кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
39. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия, реанимация.
40. Гипертиреоидный криз. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия.
41. Гипотиреоидная кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
42. Гипокортикоидный криз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика острой кортикальной недостаточности. Принципы интенсивной терапии.

43. Феохромоцитомный криз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
44. Тиреотоксический криз, основные причины, клинические проявления, неотложная помощь.
45. Острая надпочечниковая недостаточность основные причины, клинические проявления, неотложная помощь.
46. Назовите состояния в гематологии, требующие неотложной помощи.
47. Современные теории этиопатогенеза заболеваний, приводящих к острым и неотложным состояниям.
48. Особенности клинических проявлений в зависимости от патологии, приведшей к неотложному состоянию.
49. Лабораторные и инструментальные методы исследования при острых и неотложных состояниях.
50. Принципы лечения неотложных состояний в гематологии.
51. Показания для заместительной терапии свежезамороженной плазмой, эритромассой, тромбоконцентратом.
52. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия острой постгеморрагической анемии.
53. Кома при B_{12}-дефицитных анемиях. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
54. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Трансфузионные методы терапии.
55. Особенности суставного синдрома при системных заболеваниях соединительной ткани, паранеопластических реакциях, подагре и деформирующем остеоартрозе.
56. Возможности ранней диагностики ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, подагры, синдромов Рейтера, Шегрена.
57. Реактивные артриты.
58. Лечение ревматоидного артрита, подагры, острого приступа подагры.
59. Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани: системной красной волчанки, узелкового периартериита, системной склеродермии, дерматополимиозита (неонкологического происхождения), гранулематоза Вегенера, синдрома Гудпасчера.
60. Диспансеризация, профилактика побочного действия лекарств, применяемых в ревматологии.
61. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
62. Отек Квинке: приобретенный и врожденный. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.
63. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, плазмаферез, гемосорбция.

Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней»

1. Тема: Неотложные состояния в кардиологии.

001. При кардиогенном шоке наименее выраженное уменьшение кровотока отмечается в сосудах:
а) Почек.
б) Скелетных мышц.
в) Мозга.
г) Кожи.
д) Примерно одинаково снижается кровоснабжение всех перечисленных органов и тканей.

002. Экстракардиальными причинами острой недостаточности кровообращения с клинической картиной шока могут быть:
а) Кровотечение.
б) Сепсис, вызванный грамм-отрицательными бактериями.
в) Анафилаксия.
г) Все перечисленное.
д) Правильного ответа нет.

003. У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем:
а) 10% миокарда.
б) 20% миокарда.
в) 40% миокарда.
г) 60% миокарда.
д) 90% миокарда.

004. При окклюзии правой коронарной артерии:
а) Никогда не бывает кардиогенного шока.
б) Примерно у 25% больных отмечается сопутствующий инфаркт правого желудочка.
в) Инфаркт правого желудочка наблюдается крайне редко.
г) Никогда не бывает АВ-блокады.
д) Правильного ответа нет.

005. К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относятся:
а) Устойчивая желудочковая тахикардия.
б) Мерцание предсердий у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.
в) Брадиаритмия у больных с нарушением функции левого желудочка.
г) Мерцание предсердий у больных с выраженным аортальным стенозом.
д) Все перечисленное.

006. Частой причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда являются все нижеперечисленные осложнения, за исключением:
а) Разрыва головки папиллярной мышцы.
б) Разрыва межжелудочковой перегородки.
в) Перикардита.
г) Инфаркта миокарда правого желудочка.
д) Разрыва левого желудочка.

007. Тяжелый миокардит с развитием артериальной гипотонии могут вызывать:
а) Коксаки-вирусы.
б) Эхо-вирусы.
в) Вирусы гриппа.
г) Все перечисленные вирусы.
д) Ничего из перечисленного.

008. Причиной кардиогенного шока могут быть следующие поражения:
а) Обструкция верхней полой вены.
б) Внутрисердечные опухоли.
в) Массивная тромбоэмболия легочной артерии.
г) Аортальный стеноз.
д) Все перечисленное.

009. Причиной острой тампонады сердца может быть:
а) Вирусный перикардит.
б) Выпот в перикард при злокачественных опухолях.
в) Уремия.
г) Разрыв левого желудочка.
д) Правильно 1 и 4.

010. Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее эффективно обеспечивается:
а) Физикальным обследованием.
б) Эхокардиографией.
в) Исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса.
г) Электрокардиографией.
д) Всем перечисленным.

011. У больных с диагнозом "Мелкоочаговый инфаркт миокарда":
а) Частота повторных инфарктов миокарда выше, чем после крупноочагового.
б) Реже, чем после крупноочагового.
в) Такая же, как при крупноочаговом.

012. Электрокардиографическим признаком мелкоочагового инфаркта миокарда может являться:
а) Депрессия сегмента ST.
б) Инверсия зубца Т.
в) Подъем сегмента ST.
г) Депрессия сегмента ST в сочетании с инверсией зубца Т.
д) Все перечисленное.

013. При мелкоочаговом инфаркте миокарда по сравнению с крупноочаговым инфарктом:
а) Реже наблюдается недостаточность кровообращения.
б) Меньше объем поражения миокарда.
в) Оба ответа правильные.
г) Правильного ответа нет.

014. Рецидивирование ишемии миокарда у больных мелкоочаговым инфарктом миокарда:
а) Наблюдается также часто, как и при крупноочаговом инфаркте.
б) Наблюдается чаще, чем при крупноочаговом инфаркте.
в) Наблюдается реже, чем при крупноочаговом инфаркте.
г) Не бывает бессимптомным.
д) Никогда не приводит к внезапной смерти.

015. Отдаленная летальность при мелкоочаговом инфаркте миокарда в сравнении с госпитальной:
а) Выше.
б) Ниже.
в) Существенно не различается.

016. Для лечения мелкоочагового инфаркта миокарда используют:
а) Нитраты.
б) Аспирин.
в) Гепарин внутривенно.
г) Все перечисленное.

017. Достоверное снижение летальности после мелкоочагового инфаркта отмечено на фоне приема:
а) Обзидана.
б) Коринфара.
в) Верапамила.
г) Дилтиазема.
д) Правильный ответ 1 и 4.

018. Причиной ошибочной электрокардиографической диагностики инфаркта миокарда может быть:
а) Наличие инфаркта миокарда в анамнезе.
б) Признаки гипертрофии желудочков.
в) Нарушения внутрижелудочковой проводимости.
г) Наличие сопутствующей патологии миокарда неишемического генеза.
д) Все перечисленное.

019. Частота тромбоэмболии легочной артерии по данным вскрытия составляет в среднем:
а) от 5% до 15%.
б) от 15% до 20%.
в) от 20% до 40%.
г) от 40% до 60%.

020. Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:
а) Травмы костей таза и нижних конечностей.
б) Злокачественных новообразований.
в) Заболеваний венозной системы.
г) Оперативных вмешательств.
д) Острых вирусных инфекций.

021. К развитию тромбоэмболии легочной артерии предрасполагает:
а) Длительный постельный режим.
б) Истощающие заболевания.
в) Избыточный вес.
г) Сердечная недостаточность.
д) Все перечисленное.

022. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии являются:
а) Вены нижних конечностей.
б) Вены верхних конечностей.
в) Правое сердце.
г) Вены таза.

023. Тромбоэмболия считается массивной при обтурации просвета сосуда в пределах:
а) 15-45%.
б) 45-75%.
в) 75-100%.

024. Развитию тромбоэмболии легочной артерии у больных с тяжелой недостаточностью кровообращения способствует все перечисленное, кроме:
а) Использования периферических вазодилятаторов.
б) Форсированного диуреза.
в) Гиподинамии.
г) Нарушений ритма сердца.

025. Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флеботромбозе или тромбофлебите вен нижних конечностей чаще всего на:
а) 1-ой неделе заболевания.
б) 2-3-ей неделе заболевания.
в) Спустя месяц и более от начала заболевания.

026. Клиническими признаками флеботромбоза нижних конечностей является все перечисленное, кроме:
а) Неприятных ощущений (распирание, жжение, боль, парестезии) в конечности.
б) Асимметричной отечности конечности.
в) Болезненности при пальпации по ходу вен.
г) Повышение уровня протромбина в крови.

027. Наиболее часто встречающимся сочетанием симптомов при тромбоэмболии легочной артерии является:
а) Одышка, цианоз, тахикардия.
б) Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия.
в) Цианоз, бронхоспазм, тахикардия.
г) Кровохарканье, коллапс, одышка.

028. При молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии эмбол закрывает:
а) Основной ствол легочной артерии.
б) Крупные ветви легочной артерии.
в) Множественные мелкие периферические ветви легочной артерии.

029. Что из перечисленного не характерно для аускультативной картины острого легочного сердца:

а) Систолический шум на легочной артерии.
б) Диастолический шум на легочной артерии.
в) Акцент II тона на легочной артерии.
г) Тахикардия.
д) Раздвоение II тона на легочной артерии.

030. Нехарактерным рентгенологическим признаком тромбоэмболии легочной артерии в 1-ые сутки от начала заболевания является:
а) Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка.
б) Высокое стояние купола диафрагмы.
в) Признаки экссудативного плеврита.
г) Все перечисленное.

031. Возможными изменениями ЭКГ при тромбоэмболии легочной артерии являются:
а) Изменение комплексов QRS в V1-V2 по типу RSR.
б) Подъем сегмента ST в III, AVF, V1-V2.
в) Депрессия сегмента ST в I, II, AVL, V5-V6.
г) Все перечисленное.
д) Ничего из перечисленного.

032. При тромбоэмболии легочной артерии эмбол может:
а) Спонтанно и быстро подвергаться лизису и исчезать в течение нескольких дней.
б) Рассасываться медленно.
в) Оставаться на месте и подвергаться организации.
г) Возможны все перечисленные исходы.
д) Правильного ответа нет.

033. При развитии острого легочного сердца сначала расширяется:
а) Правое предсердие.
б) Правый желудочек.
в) Верхняя полая вена.
г) Все ответы правильные.

034. Желтуха при инфаркте легкого:
а) Является следствием временной гипербилирубинемии, вызванной распадом гемоглобина в очаге инфаркта.
б) Может быть следствием гипербилирубинемии за счет застоя крови в печени.
в) Наблюдается только у больных с предшествующим поражением печени.

035. При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в ней:
а) Резко возрастает.
б) Остается нормальным.
в) Понижается.

036. При острой тромбоэмболии легочной артерии центральное венозное давление:
а) Повышается.
б) Остается неизменным.
в) Понижается.

037. Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:
а) ЭКГ.
б) ЭХО-кардиография.
в) Рентгенологическое исследование.
г) Селективная ангиопульмонография.
д) Сцинтиграфия легких.

038. Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят:
а) В случае повышенного содержания протромбина в крови.
б) В случае значительного увеличения тромбинового времени.
в) Только при повторной тромбоэмболии.
г) Во всех перечисленных случаях.
д) Правильного ответа нет.

039. Кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии:
а) Является абсолютным противопоказанием к применению гепарина.
б) Является относительным противопоказанием к назначению гепарина.
в) Не является противопоказанием к назначению гепарина.

040. Стрептокиназа для лечения тромбоэмболии легочной артерии:
а) Вводится в суточной дозе около 1. 500. 000 ЕД.
б) Вводится в суточной дозе 300. 000 ЕД.
в) Не применяется.

041. При тромбоэмболии легочной артерии эмболэктомия показана в случае:
а) Сохранения явлений шока на фоне введения норадреналина, гепарина, вдыхания кислорода.
б) Появления кровохарканья.
в) Наличия признаков тромбофлебита.
г) Все ответы правильные.
д) Правильного ответа нет.

042. Хирургическое лечение при тромбоэмболии легочной артерии может состоять из:
а) Перевязки нижней полой вены.
б) Тромбэктомии из бассейна полых вен и вен нижних конечностей.
в) Установки зонда-фильтра в полую вену.
г) Всего перечисленного.
д) Правильно 2 и 3.

043. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии имеет значение все перечисленное, кроме:
а) Лечения сердечной недостаточности.
б) Длительного приема антикоагулянтов при тромбофлебите.
в) Длительного постельного режима после полостных операций.
г) Бинтования нижних конечностей после холецистэктомии.
д) Правильного ответа нет.

044. Основные звенья патогенеза тромбоэмболии легочной артерии включают:
а) Механическую обтурацию легочной артерии.
б) Спазм легочных артерий.
в) Гипоксию.
г) Правильно 1 и 3.
д) Все перечисленное.

045. Показанием для установки фильтра в нижнюю полую вену или перевязки ее у больных с тромбоэмболией легочной артерии и тромбофлебитом нижних конечностей является:
а) Повторная тромбоэмболия на фоне терапии антикоагулянтами.
б) Наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами.
в) Высокое содержание протромбина.
г) Все ответы правильные.
д) Правильно 1 и 2.

046. При проведении наружного массажа сердца частота компрессий грудной клетки должна составлять:
а) 40-50 в 1 минуту.
б) 60-70 в 1 минуту.
в) 80-100 в 1 минуту.
г) 120-130 в 1 минуту.

047. При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрил-ляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда в:
а) 1,5-2 кв. .
б) 2,5-3 кв. .
в) 4-4,5 кв. .
г) 5-7 кв. .

048. Эффективность электроимпульсной терапии (дефибрилляции) у больных с фибрилляцией желудочков повышается при применении:
а) Обзидана.
б) Ритмилена.

в) Лидокаина.
г) Амиодарона.

049. Наиболее частой причиной клинической смерти у больных ИБС является:
а) Асистолия желудочков.
б) Фибрилляция желудочков.
в) Электромеханическая диссоциация.

050. Фибрилляция желудочков у больных инфарктом миокарда чаще развивается: а) В первые 1,5-2 часа от начала заболевания.
б) На 2-3 сутки от начала заболевания.
в) На 7-10 сутки от начала заболевания.
г) Нет связи между частотой развития фибрилляции желудочков и временем от начала заболевания.

051. Наиболее эффективным путем введения лекарственных средств при сердечно-легочной реанимации является:
а) Внутрисердечное введение.
б) Внутривенное введение в одну из крупных вен.
в) Внутритрахеальное введение.

052. При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является:
а) Выполнение 5 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.
б) Выполнение 10 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.
в) Выполнение 20 компрессий грудной клетки на одно вдувание воздуха в легкие.

053. Если сердечно-легочную реанимацию осуществляет один человек, то наружный массаж сердца и искусственное дыхание целесообразно проводить в соотношении:
а) 5:1.
б) 10:1.
в) 15:2.

054. При асистолии желудочков электрическая стимуляция сердца, как правило:
а) Является высокоэффективной.
б) Является малоэффективной.
в) Дает средние по эффективности результаты

055. Смертность среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, страдающими обмороками, составляет в год:
а) 1-5%.
б) 20-30%.
в) Свыше 50%.

056. Для синкопального состояния не характерно:
а) Кратковременность потери сознания.
б) Утрата мышечного тонуса.
в) Обратимость.
г) Сохранение слухового восприятия при потере сознания.

057. Предсинкопальное состояние характеризуется:
а) Ощущением "приближающейся потери сознания".
б) Неизбежным переходом в синкопальное состояние.
в) Головокружением, слабостью, потемнением в глазах.
г) Правильно 1 и 3.
д) Все ответы правильные.

058. Перфузионное давление в сосудах головного мозга равно:
а) Систолическому АД.
б) Диастолическому АД.
в) Среднему артериальному давлению.

059. Уменьшение кровоснабжения головного мозга начинается при снижении среднего АД ниже уровня:
а) 30 мм. рт. ст.
б) 50 мм. рт. ст.

в) 80 мм. рт. ст.
г) 100 мм. рт. ст.

060. Уменьшение кровоснабжения мозга обычно не связано с:
а) Уменьшением сердечного выброса.
б) Обструкцией сосудов, снабжающих головной мозг.
в) Снижением среднего артериального давления до 80 мм. рт. ст.

061. У больного со стенозом устья аорты без признаков недостаточ-ности кровообращения и коронарной недостаточности появились обмороки при физических усилиях. Ему необходимо:
а) Назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда.
б) Обследование с целью исключения тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.
в) Проведение консультации кардиохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения порока.
г) Все ответы правильные.
д) Правильного ответа нет.

062. Синкопальное состояние при стенозе устья аорты:
а) Провоцируется физической нагрузкой.
б) Развивается вследствие неадекватного увеличения сердечного выброса.
в) Правильно 1 и 2.

063. В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение:
а) Систолическая обструкция выносящего тракта.
б) Значительное снижение систолической функции левого желудочка.
в) Возникновение различных нарушений ритма.
г) Правильно 1 и 3.
д) Все ответы правильные.

064. Для возникновения синкопальных состояний у больных гипертрофической кардиопатией не характерно:
а) Возникновение сразу после прекращения физической нагрузки.
б) Возникновение только в ранние утренние часы.
в) Провоцирование приступов приемом нитратов.

065. Причиной синкопальных состояний у больных со стенозом левого АВ-отверстия может быть:
а) Шаровидный тромб левого предсердия.
б) Мерцательная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений.
в) Тромбоэмболия легочной артерии.
г) Тромбоэмболия сосудов мозга.
д) Все перечисленное.

066. У мужчины 43 лет без предшествующего анамнеза появились синкопальные состояния, возникающие в вертикальном положении. Потере сознания предшествует появление приступа одышки. Имеются аускультативные признаки стеноза левого АВ-отверстия. Наиболее вероятным представляется диагноз:
а) Шаровидный тромб левого предсердия у больного с ревматическим пороком митрального клапана.
б) Миксома левого предсердия.
в) Неспецифический аортоартериит с поражением экстракраниальных сосудов.
г) Органическое поражение сердца скорее всего отсутствует.

067. Причиной синкопальных состояний у больных с синдромом удлиненного интервала QT обычно является:
а) Прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости.
б) Возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа "пируэт".
в) Возникновение периодов асистолии.
г) Все ответы правильные.

068. К факторам, вызывающим удлинение интервала QT, можно отнести все перечисленные, кроме:
а) Приема сердечных гликозидов.
б) Приема антиаритмических препаратов.
в) Приема некоторых психотропных препаратов.
г) Гипокалиемии и гипомагнезиемии.

069. Критерием дисфункции синусового узла является:
а) Урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту.
б) Пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек.
в) Синусовая брадикардия менее 50 в мин.
г) Правильно 2 и 3.
д) Правильного ответа нет.

070. При обследовании больных с синдромом слабости синусового узла используется:
а) Проба с атропином.
б) Проба с дозированной физической нагрузкой.
в) Чреспищеводная стимуляция предсердий.
г) Суточное мониторирование ЭКГ.
д) Все перечисленное.

071. У женщины 23 лет без предшествующего анамнеза появились синко-пальные состояния, возникающие при физической нагрузке. При осмотре: цианоз губ, расширение границ сердца преимущественно вправо. В легких при аускульта ции хрипов нет, акцент II тона над легочной артерией. Наиболее вероятным следует считать диагноз:
а) Врожденного порока сердца.
б) Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.
в) Первичной легочной гипертонии.

072. У мужчины 54 лет, который находился в стационаре по поводу мерцательной аритмии, в течение суток трижды возникали кратковре-менные потери сознания, которым предшествовало появление неприятных ощущений в грудной клетке. Внезапно усилилась одышка. На ЭКГ - мерцательная аритмия. Наиболее вероятным в этом случае является:
а) Появление у больного вазодепрессорного обморока вследствие нарушения регуляции сосудистого тонуса.
б) Появление обмороков связано с ортостатической гипотонией.
в) Тромбоэмболия легочной артерии.

073. Для синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса не характерно:
а) Внезапное начало и быстрое восстановление сознания после окончания приступа.
б) Ретроградная амнезия.
в) Редкий или очень частый пульс.
г) Наличие предсинкопального периода, появление судорог при длительном приступе.
д) Сопорозное состояние после приступа потери сознания.

074. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса может наблюдаться при:
а) Межпредсердной блокаде.
б) Синоатриальной блокаде.
в) Двухпучковой внутрижелудочковой блокаде.
г) Правильного ответа нет.

075. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса никогда не наблюдается при:
а) Синоатриальной блокаде.
б) Неполной АВ-блокаде высокой степени.
в) Полной поперечной блокаде.
г) Правильного ответа нет.

076. Тахикардитическая форма синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса может наблюдаться при:
а) Фибрилляции желудочков.
б) Желудочковой тахикардии.
в) Мерцательной аритмии.
г) Все ответы правильные.
д) Правильно 1 и 2.

077. Абсолютным противопоказанием для велоэргометрии у больного с синкопальными состояниями является:
а) Частая желудочковая экстрасистолия.
б) Пароксизмы желудочковой тахикардии.
в) АВ-блокада I степени на ЭКГ покоя.
г) Правильного ответа нет.

078. Суточное мониторирование ЭКГ дает возможность установить причину синкопальных состояний:
а) Практически во всех случаях.
б) Примерно в 50% случаев.
в) Менее чем в 5% случаев.

079. На возможность синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса у больного с синкопальными состояниями могут указывать зарегистрированные при суточном мониторировании:
а) Периоды синусовой брадикардии с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту.
б) Периоды эктопического ритма с частотой сердечных сокращений 30 в I минуту.
в) Эпизоды желудочковой тахикардии продолжительностью в 5 комплексов.
г) Все перечисленное.

080. Предсинкопальное состояние, проявляющееся головокружением, слабостью, бледностью, практически всегда предшествует:
а) Обмороку при ортостатической гипотонии.
б) Вазодепрессорному обмороку.
в) Обмороку при синдроме Морганьи-Эдемса-Стокса.

081. Во время пункции вены мужчина 41 года потерял сознание. При осмотре кожа бледная, влажная, АД 90/50 мм рт. ст. Пульс ритмичный ЧСС 50 в I минуту. Через 10 секунд пришел в себя. Наиболее вероятная причина синкопального состояния:
а) Вазодепрессорный обморок.
б) Ортостатическая гипотония.
в) Приступ подкорковой эпилепсии.
г) Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса.

Эталоны ответов к тестам

001-Б	002-Г	003-В	004-Б	005-Д	006-В	007-Г	008-Д	009-Д	010-В
011-А	012-Д	013-В	014-Б	015-В	016-Г	017-Д	018-Д	019-А	020-Д
021-Д	022-А	023-Б	024-А	025-А	026-Г	027-А	028-А	029-Б	030-В
031-Г	032-Г	033-А	034-А	035-А	036-А	037-Г	038-Д	039-В	040-А
041-А	042-Г	043-В	044-Д	045-Д	046-В	047-Г	048-В	049-Б	050-А
051-Б	052-А	053-В	054-Б	055-Б	056-Г	057-Г	058-В	059-Б	060-В
061-В	062-В	063-Г	064-Б	065-Д	066-Б	067-Б	068-А	069-Г	070-Д
071-В	072-В	073-Д	074-Б	075-Г	076-Г	077-Г	078-В	079-Г	080-Б
081-А									

2. Тема: Неотложные состояния в пульмонологии.

001.При острой дыхательной недостаточности какие мероприятия надо провести в первую очередь?
а) введение любелина
б) введение строфантина
в) искусственную вентиляцию легких
г) коррекцию КЩР
д) интубацию трахеи

002. Первым реанимационным мероприятием у больного с начинающимся отеком легкого будет
а) интубация и управляемое дыхание
б) наложение трахеостомы
в) дыхание через маску под повышенным давлением смесью воздуха с кислородом, обогащенным парами спирта

003.При ингаляционном методе через мундштук или носовые катетеры следует подавать
а) около 1 литра кислорода в минуту
б) 1.5-2 литра кислорода в минуту
в) 3-5 литров кислорода в минуту

004. О наличии у обожженного ожога дыхательных путей может свидетельствовать все перечисленное, кроме
а) локализации ожогов
б) обширности повреждения
в) обстоятельств травмы

г) осиплости голоса

005. Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является
а) анемия
б) нормальный диурез
в) повышение температуры тела
г) диспротеинемия

006. Причинами пневмонии у обожженных являются
а) аутоинфекция
б) нарушение дренажной функции бронхов
в) нарушение легочной вентиляции
г) нарушение гемодинамики малого круга кровообращения
д) все перечисленное

007.Наиболее эффективным методом восстановления дыхания является: 1) дыхание по способу Сильвестра 2) дыхание по способу "рот в рот" или "рот в нос", используя подручные средства для личной гигиены 3) введение дыхательных анестетиков 4) интубация трахеи и искусственная вентиляция легких 5) бронхоскопия
а) верно все перечисленное
б) правильные ответы 2 и 4
в) правильные ответы 3 и 5
г) верно только 2
д) верно только 1

008. Признаками клинической смерти являются: 1) остановка дыхания 2) отсутствие сознания 3) расширение зрачков 4) отсутствие зрачкового рефлекса 5) отсутствие пульса на сонных артериях 6) бледность и акроцианоз 7) судороги 8) патологические типы дыхания 9) отсутствие тонов сердца
а) верно все перечисленное
б) все ответы правильные, кроме 7, 8, 9
в) все ответы правильные, кроме 6
г) верно только 2, 7, 8
д) верно только 5, 6, 9

009. Наиболее простым критерием адекватности восстановления кровообращения после остановки сердца является: 1) изменение цвета кожных покровов и слизистых на более розовый цвет 2) восстановление газового состава крови 3) хорошая экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе 4) сужение зрачка 5) появление пульса на сонной артерии 6) появление сознания
а) верно все перечисленное
б) все ответы правильные, кроме 1, 4, 5
в) правильные ответы 1, 3, 4, 5
г) правильные ответы 1, 5
д) правильные ответы 2, 6

010. Критерием эффективности закрытого массажа на сердце являются: 1) порозовение лица 2) появление пульса на сонной артерии 3) сужение зрачка 4)АД 80/90 мм рт. ст. 5) восстановление дыхания 6) восстановление сознания 7) появление зрачковых рефлексов
а) верно все перечисленное
б) правильные ответы 1, 2, 6, 7
в) правильные ответы 1, 2, 3, 4
г) правильные ответы 5, 6, 7
д) все ответы правильные, кроме 6

011. Показанием к прямому массажу сердца является
а) остановка дыхания
б) остановка сердца
в) потеря сознания
г) отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
д) фибрилляция сердца

012. Для проведения закрытого массажа сердца необходимо: 1) уложить больного на твердую поверхность 2) точка приложения силы должна быть в нижней трети грудины 3) сила сжатия - 30 кг 4) частота сжатия

более 60 в минуту 5) соотношение дыхания и компрессии грудной клетки должно быть 1:5 или 2:4 6)ноги больного слегка приподнять 7) осуществлять контроль за эффективностью
а) все ответы правильные
б) правильные все ответы, кроме 5
в) правильные все ответы, кроме 6, 7
г) правильные все ответы, кроме 1, 2, 3
д) правильно только 2 и 3

013. Для проведения "искусственного дыхания" необходимо: 1) уложить больного на твердую поверхность 2) освободить область шеи, грудной клетки от одежды 3) запрокинуть голову 4) сделать форсированное дыхание в дыхательные пути ("рот в рот" или "рот в нос") с соблюдением герметичности 5) частота дыхания 12-14 в минуту 6) исключить вдувание в желудок 7) вести зрительный контроль за движением грудной клетки
а) все ответы правильные
б) правильные все ответы, кроме 1 и 2
в) правильные все ответы, кроме 6 и 7
г) правильные ответы 1, 2, 3
д) правильные ответы 5, 6, 7

014. Отек легкого развивается: 1) при увеличении отрицательного внутрилегочного давления 2) при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах 3) при повышении коллоидно-осмотического давления крови 4) при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких 5) при снижении проницаемости мембран
а) все ответы правильные
б) правильные все ответы, кроме 1, 2, 3
в) правильные все ответы, кроме 1, 2, 4
г) правильные все ответы, кроме 3, 4, 5
д) правильно только 1, 2 и 4

015. Показанием к переводу больного с отеком легкого на искусственную вентиляцию легких являются: 1)гипоксическая кома 2) PO_2 ниже 60 мм рт. ст. 3) PCO_2 выше 60 мм рт. ст. 4) снижение АД до 80 мм рт. ст.5) тахикардия 110 в минуту 6) одышка с частотой дыхания 40 в минуту
а) все ответы правильные
б) правильные ответы 1, 2, 3
в) правильные ответы 4, 5, 6
г) правильные ответы 1, 3, 5
д) правильные ответы 6

016. Этиологическими факторами анафилактического шока являются
а) лекарственные аллергены
б) пыльцевые аллергены
в) бытовые аллергены
г) грибковые аллергены

017. Чаще всего анафилактический шок вызывают следующие лекарственные препараты
а) пенициллин
б) физиологический раствор
в) глюкоза
г) хлористый кальций

018. Чаще всего анафилактический шок вызывает укус следующих насекомых
а) ужаление перепончатокрылыми
б) укусы комаров
в) укусы клопов
г) ни то, ни другое, ни третье

019. Чаще всего анафилактический шок развивается после употребления следующих пищевых продуктов, особенно у детей
а) молока
б) моркови
в) капусты
г) репы

020. Чаще всего анафилактический шок развивается при воздействии на организм следующих физических факторов
а) холода
б) ультрафиолетовых лучей
в) инфракрасных лучей
г) и того, и другого, и третьего

021. Чаще всего анафилактический шок развивается при проведении специфической иммунотерапии следующим способом введения аллергена
а) парентеральным
б) пероральным
в) аппликационным
г) и тем, другим, и третьим

022. Особенности патохимической стадии патогенеза анафилактического шока обусловлены участием в ее развитии следующих медиаторов
а) гистамина
б) ацетилхолина
в) серотонина
г) ФАТ

023. Особенности патофизиологической стадии патогенеза анафилактического шока обусловлены
а) сокращением гладкой мускулатуры бронхов, сосудов, миокарда
б) понижением проницаемости сосудов и тканевых барьеров
в) понижением секреции слизистых желез
г) и тем, и другим, и третьим

024.Для клиники анафилактического шока характерно
а) низкое артериальное давление
б) высокое артериальное давление
в) ясные тоны сердца
г) ни то, ни другое, ни третье

025. Для абортивного варианта течения анафилактического шока характерно
а) отсутствие продромального периода
б) тяжелые необратимые изменения в жизненно важных органах
в) наличие продромального периода
г) ни то, ни другое, ни третье

026. Для анафилактического шока средней тяжести течения характерно
а) наличие короткого продромального периода
б) отсутствие продромального периода
в) отсутствие низкого артериального давления
г) ни то, ни другое, ни третье

027. Для тяжелого анафилактического шока характерно
а) молниеносное развитие клинической картины
б) наличие продромального периода
в) отсутствие низкого артериального давления
г) и то, и другое, и третье

028. Для поражения сердечно-сосудистой системы при анафилактическом шоке характерно
а) острая дыхательная недостаточность
б) наличие симптомов отека мозга
в) острая сердечная недостаточность
г) наличие симптомов "острого живота"

029. Для поражения дыхательных путей при анафилактическом шоке характерно
а) острая дыхательная недостаточность
б) наличие симптомов отека мозга
в) наличие симптомов "острого живота"
г) наличие острой сердечно-сосудистой недостаточности

030. Для абдоминального варианта течения анафилактического шока характерно
а) наличие симптомов "острого живота"
б) наличие острой дыхательной недостаточности
в) наличие острой сердечно-сосудистой недостаточности
г) наличие симптомов отека мозга

031. Для поражения кожи и слизистых оболочек при анафилактическом шоке характерно
а) резкая бледность кожных покровов
б) наличие острой сердечно-сосудистой недостаточности
в) наличие симптомов отека мозга
г) наличие симптомов "острого живота"

032. Для церебрального варианта течения анафилактического шока характерно
а) наличие симптомов отека мозга
б) наличие острой дыхательной недостаточности
в) наличие острой сердечно-сосудистой недостаточности
г) наличие симптомов "острого живота"

033. Осложнения анафилактического шока в остром периоде характеризуются
а) тяжелыми необратимыми изменениями в жизненно важных органах
б) отсутствием симптомов острой дыхательной недостаточности
в) отсутствием симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности

034. Для поздних осложнений анафилактического шока характерно
а) наличие симптомов поражения миокарда
б) отсутствие симптомов поражения почек
в) отсутствие симптомов поражения печени
г) отсутствие симптомов поражения нервной системы

035. К обязательным противошоковым мероприятиям относятся
а) применение адреналина
б) применение атропина
в) применение антибактериальных препаратов
г) ничего из перечисленного

036. Порядок мероприятий, проводимых при лечении анафилактического шока, начинается
а) с оказания немедленной медицинской помощи на месте
б) с транспортировки больного в медицинское учреждение
в) с вызова специализированной бригады "скорой помощи"

037. Положение больного при развившемся анафилактическом шоке должно быть
а) лежа на спине
б) лежа на боку
в) сидячим

038. Мероприятия, направленные на предотвращение дальнейшего всасывания аллергена, заключаются
а) в применении адреналина
б) в применении препаратов атропина
в) в применении ксантиновых производных
г) в применении всего перечисленного

039. Терапия глюкокортикостероидными препаратами показана
а) при абортивном течении анафилактического шока
б) при легком течении анафилактического шока
в) при тяжелом течении анафилактического шока

040. Анафилактический шок развивается после разрешающего воздействия аллергена
а) через несколько секунд
б) через 20-40 минут
в) через 6 часов
г) через 24 часа

041. Профилактика анафилактического шока у лиц с аллергической конституцией заключается

а) в тщательном собирании аллергологического анамнеза
б) в профилактическом назначении этим лицам антигистаминных препаратов
в) в профилактическом назначении этим лицам глюкокортикостероидных препаратов
г) во всем перечисленным

042. К мерам общей медицинской профилактики лекарственного анафилактического шока относятся
а) правильное оформление медицинской документации с информацией о характере лекарственной аллергии
б) полипрагмазия
в) наличие медицинского инструментария разового использования
г) все перечисленное

043. К мерам индивидуальной профилактики лекарственного анафилактического шока относятся
а) тщательное собирание аллергологического анамнеза
б) профилактическое назначение антигистаминных препаратов
в) профилактическое назначение глюкокортикостероидных препаратов
г) полипрагмазия

044. Какая аллергическая реакция лежит в основе отека Квинке?
а) 1-го типа
б) 2-го типа
в) 3-го типа
г) 4-го типа

045. С какого препарата начинают лечение отека Квинке?
а) с адреналина
б) с сердечных гликозидов
в) с бета2-адреностимуляторов

046. Какие осложнения может вызвать отек Квинке, кроме
а) кровохарканья
б) отека голосовых связок
в) отека легких
г) асфиксии

047. Для развития анафилактического шока необходима разрешающая доза антигена. Зависит ли она от количества и способа введения?
а) да
б) нет

048. Основной клинический критерий, отличающий асфиктический вариант анафилактического шока от астматического статуса
а) тяжесть удушья
б) выраженность цианоза
в) величина артериального давления

049. С какого препарата необходимо начинать терапию анафилактического шока?
а) с кортикостероидов
б) с адреналина
в) с антигистаминных препаратов

050. При развитии фенотиазинового анафилактического шока возможно ли введение пипольфена?
а) да
б) нет

051. Что лежит в основе анафилактического шока?
а) инфекция
б) реакция антиген - антитело
в) наследственные факторы

052. Основные отличия лабораторных данных при острой пневмонии и шоковом легком
а) гипокалиемия
б) гиперкалиемия
в) увеличение содержания мочевины и креатинина

г) стойкая лейкопения

053. Основное патологоанатомическое различие между острой пневмонией и шоковым легким
а) более выражено "красное опеченение"
б) распространенность процесса
в) наличие микроорганизмов в легочной паренхиме при гистологическом исследовании

054. Главная ведущая причина тяжести острой дыхательной недостаточности при шоковом легком
а) выраженный интерстициальный отек
б) десквамация альвеолярного эпителия
в) высокая легочная гипертензия с шунтированием крови через артерио-венозные анастамозы
г) нарушение синтеза сурфактанта

055. Какие клетки разрушающе действуют на легочную паренхиму при шоковом легком?
а) альвеолярные макрофаги
б) нейтрофилы
в) эозинофилы
г) тучные клетки
д) лимфоциты

056. Чем обусловлен синдром психомоторного возбуждения и дезориентации в 1-й стадии развития шокового легкого?
а) повышением уровня серотонина
б) ФАТ
в) гиперкатехолемией
г) снижением уровня эндорфинов

057. С чем связаны нарушения фазы реполяризации по данным ЭКГ в 1-й стадии развития шокового легкого?
а) ишемией
б) гипокальциемией
в) гипокалиемией

058. Какой способ лечения является "реанимационным" в 3-й стадии (гиперкапнической комы) шокового легкого?
а) введение сурфактанта внутритрахеально
б) бронхоальвеолярный лаваж
в) ИВЛ
г) электростимуляция диафрагмы
д) использование оксигенации крови больного через мембранный оксигенатор (экстракорпоральная оксигенация крови)

059. При множественных переломах ребер, в первую очередь, необходимо
а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку
б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду
г) выполнить вагосимпатическую блокаду
д) выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)

060. Характерным признаком разрыва легкого является
а) кровохарканье
б) гемоторакс
в) пневмоторакс
г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
д) гемо-пневмоторакс

061. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме
а) напряженного пневмоторакса
б) напряженной эмфиземы средостения
в) данных бронхоскопии
г) общего тяжелого состояния больного
д) кровохаркания

062. При сочетанной травме грудной клетки неотложные мероприятия необходимы
а) при переломе грудины
б) при переломе ключицы
в) при напряженном пневмотораксе
г) при переломе лопатки
д) при переломе ребер

063. Неотложные мероприятия при сочетанной травме грудной клетки требуются
а) при пневмотораксе
б) при переломе ключицы
в) при тампонаде сердца
г) при переломе ребер
д) при переломе грудины

064. Решает диагноз закрытого пневмоторакса
а) жалоба на внезапно возникшую боль
б) выраженная (незначительная) одышка
в) рентгенологическое исследование
г) данные перкуссии
д) данные анализа крови

065. Перкуторный тон-тимпанит определяется
а) над пневмотораксом
б) у верхней границы плеврального экссудата
в) областью инфильтрации легочной ткани

066. Какое заболевание чаще осложняется спонтанным пневмотораксом?
а) абсцесс легкого
б) кавернозный туберкулез легких
в) буллезная эмфизема
г) бронхиальная астма
д) сухой плеврит

067. Вторичный пневмоторакс - это
а) пневмоторакс, возникший без видимых внешних причин (травма, врачебная манипуляция) у здорового до того человека
б) пневмоторакс, возникший без видимых внешних причин у человека, страдающего бронхо-легочным заболеванием
в) пневмоторакс, возникший у больного нагноительным заболеванием легких или туберкулезом легких вследствие прорыва гнойника (каверны) в плевральную полость
г) пневмоторакс, возникший по ходу медицинского мероприятия (биопсия, реанимация, искусственная вентиляция легких)

068. Пневмоторакс, возникший по ходу медицинского исследования - это
а) вторичный спонтанный пневмоторакс
б) ятрогенный пневмоторакс
в) первичный травматический пневмоторакс

069. Самые частые причины возникновения идиопатического спонтанного пневмоторакса - это
а) пороки развития легкого и плевры
б) буллезная дистрофия и эмфизема легкого (первичные, вторичные)
в) активный и перенесенный туберкулез легких
г) бронхоэктатическая болезнь

070. Спонтанный пневмоторакс возникает
а) во время тяжелой физической нагрузки
б) во время сухого надсадного кашля
в) без видимых провоцирующих его возникновению причин
г) все ответы правильные

071. Спонтанный закрытый пневмоторакс может быть выявлен
а) как острое заболевание в момент возникновения
б) по обращаемости в поликлинику через несколько часов или дней после возникновения

в) при массовой флюорографии
г) все ответы правильные

072. Спонтанный закрытый пневмоторакс чаще диагностируется
а) в момент его возникновения
б) по обращаемости через несколько дней после его возникновения
в) на флюорограмме при массовых обследованиях населения

073. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это
а) лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка
б) боли в груди и одышка
в) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди
г) боли в груди, загрудненное дыхание, кашель с мокротой

074. "Масками" спонтанного пневмоторакса являются следующие заболевания
а) стенокардия и инфаркт миокарда
б) межреберные невралгии
в) "острый живот"
г) все ответы правильные

075. На доклиническом этапе спонтанный пневмоторакс в 40% случаев принимается за другое заболевание из-за
а) сходства клинических симптомов с другими заболеваниями, являющимися его "масками"
б) дефектов в сборе анамнеза
в) дефектов в клиническом обследовании больного
г) ошибок в трактовке ЭКГ и рентгенограммы
д) все ответы правильные

076. Открытый и клапанный спонтанный пневмоторакс угрожает жизни больного
а) из-за спадения легкого и выключения его частично или полностью из дыхания
б) из-за спадения легкого и шунтирования легочных сосудов
в) из-за смещения средостения и нарушения гемодинамики в крупных сосудах средостения и затруднении в работе сердца
г) все ответы правильные

077. Спадение легкого при спонтанном пневмотораксе следует оценивать
а) по площади спадения на рентгенограмме
б) по объему коллабирования легочной ткани

078. К нарушению как вентиляции, так и к шунтированию в малом круге кровообращения ведет спадение легкого (по объему)
а) на 25% и более
б) на 35% и более
в) на 50% и более

079. "Клапанный" спонтанный пневмоторакс - это
а) пневмоторакс с большим спадением легкого и смещением органов средостения
б) пневмоторакс с бронхо-плевральным соустьем, причем во время вдоха воздух входит в плевральную полость, во время выдоха не выходит из нее
в) пневмоторакс, осложненный бронхо-плевральным соустьем
г) все ответы правильные

080. "Клапанный" спонтанный пневмоторакс требует
а) неотложной госпитализации больного
б) назначения на месте происшествия оксигенотерапии и сердечно-сосудистых средств
в) торакоцентеза на месте происшествия с дренированием плевральной полости

081. Спадение легкого в объеме на 25% и более требует
а) манометрии плевральной полости
б) эвакуации газа аспиратором
в) дренирования плевральной полости или применения хирургической операции

082. Излечение больного из спонтанного пневмоторакса с благоприятным прогнозом происходит

а) после полного расправления легкого
б) после расправления легкого и излечения патологического процесса в легких
в) при условии расправления легкого и облитерации плевральной полости

083. Искусственная облитерация плевральной полости (с помощью медикаментов, операции) называется
а) плеврэктомия
б) плевродез
в) плевролиз

084. Лучшими средствами для химического (медикаментозного) плевродеза являются
а) 40% раствор глюкозы и 1% настойка йода
б) взвесь талька и тетрациклина
в) взвесь акрихина и висмута

085. Хирургический плевродез осуществляется с помощью
а) операции плеврэктомии
б) операции декортикации легкого
в) операции плевролиза
г) операции плеврэктомии

086. Основным клиническим признаком дыхательной недостаточности 1-й степени является следующий симптом
а) отклонение от нормы показателей внешнего дыхания
б) наличие артериальной гипоксемии в виде цианоза
в) гипертрофия вспомогательных мышц шеи и брюшного пресса
г) появление одышки при допустимых ранее усилиях

087. Основной признак респираторного дистресс-синдрома
а) гипоксемия
б) гипокапния
в) гиперкапния
г) тахикардия
д) брадикардия

088. Какие основные средства применяют в комплексной терапии обструктивной дыхательной недостаточности?
а) санаторно-курортное лечение
б) позиционный дренаж
в) отхаркивающие средства
г) антибактериальные препараты
д) бронхолитики

089. Клинические признаки, которые чаще всего встречаются при рестриктивной дыхательной недостаточности
а) учащенное неглубокое дыхание
б) ограничение подвижности грудной клетки
в) низкое стояние нижних краев легких
г) одышка при физической нагрузке
д) ослабленное везикулярное дыхание

090. Какие расстройства вентиляции вызывает гиперкапния у больных с дыхательной недостаточностью?
а) уменьшение альвеолярной вентиляции
б) бронхиолоспазм
в) парез бронхиол
г) повышает сосудистое сопротивление в системе малого круга
д) стимулирует секрецию вязкой мокроты

091. При гиперкапнической коме следует применить
а) дегидратацию
б) искусственную вентиляцию воздухом
в) стимуляцию дыхательного центра
г) наружный массаж сердца
д) искусственную вентиляцию кислородом

092. К острой декомпенсированной форме дыхательной недостаточности чаще всего приводит
а) нарушение проходимости главных бронхов
б) прогрессирующая слабость дыхательных мышц
в) диафрагма
г) снижение возбудимости дыхательного центра

093. Признаком дыхательной недостаточности является
а) цианоз у полнокровных тучных людей
б) землистый цвет холодной, покрытой липким потом кожи
в) тахикардия
г) брадикардия
д) артериальная гипертензия

094. Наиболее частой причиной вентиляционных нарушений при дыхательной недостаточности являются
а) расстройства центральной и периферической регуляции дыхания
б) поражения дыхательных мышц и периферических нервов
в) нарушение дренажной функции бронхов
г) бронхиальная обструкция
д) рестрикция

095. Дыхательная недостаточность отличается от хронического легочного сердца
а) малой эффективностью сердечных гликозидов
б) нарушением вентиляции по обструктивному или рестриктивному типу
в) отсутствием ЭКГ- и рентгенологических признаков гипертрофии правого желудочка сердца
г) преобладанием гипертрофии левого желудочка над правым
д) характером одышки

096. Первоочередное мероприятие при острой дыхательной недостаточности
а) введение лобелина
б) введение строфантина
в) искусственная вентиляция легких
г) коррекция КЩР
д) интубация трахеи

097. Нарушение газообмена через альвеолярно-капиллярную мембрану легких характерно для следующего вида дыхательной недостаточности
а) центрального
б) торакодиафрагмального
в) периферического
г) обструктивного
д) диффузионного

098. Респираторный дистресс-синдром может быть следствием
а) диабетической комы
б) легочного кровотечения
в) острых нарушений мозгового кровообращения
г) астматического статуса
д) шока

199. Кардинальный клинический симптом дыхательной недостаточности 2-й степени
а) появление одышки при доступных ранее усилиях
б) снижение статических и динамических показателей вентиляции до +55% должных
в) цианоз
г) одышка при обычных нагрузках
д) ЭКГ-признаки гипертрофии правого желудочка сердца

100. Для восстановления и поддержания дренажной функции бронхов у больных с обструктивным типом дыхательной недостаточности надо назначить
а) бета-адреноблокаторы
б) бронхолитические препараты
в) антибактериальные препараты
г) отхаркивающие средства
д) позиционный дренаж бронхов и дренажная гимнастика

101. У больного с дыхательной недостаточностью диагностировать бронхиальную обструкцию помогает симптом
а) связь одышки с погодными условиями и обострением бронхолегочной инфекции
б) экспираторный характер одышки
в) тахипноэ
г) надсадный кашель, усиливающий одышку
д) наличие сухих свистящих хрипов

102.Ранними признаками дыхательной недостаточности являются симптомы
а) нарушения поведения
б) извращение ритма сна
в) спутанность сознания
г) анорексия
д) депрессия

103.Что может быть показателем гиперкапнии?
а) потливость
б) полиурия
в) рвота
г) диаррея
д) бледность кожи

104. Что может быть причиной острой дыхательной недостаточности?
а) острая левожелудочковая недостаточность
б) острый необструктивный бронхит
в) острая пищевая интоксикация
г) острая почечная недостаточность
д) острая надпочечниковая недостаточность

105. Основной биохимический признак паренхиматозной формы (парциальной декомпенсированной) дыхательной недостаточности
а) гипервентиляция, гипокапния, дыхательный алколоз
б) гиперкапния
в) артериальная гипоксемия
г) циркуляторная гипоксия
д) гемическая гипоксия

106.Неотложная терапия отека легких при стенозе митрального отверстия у больного с синусовым ритмом включает: 1) применение дигиталиса 2) применение нитроглицерина 3) применение лазикса внутривенно 4) применение коргликона или строфантина в малых дозах 5) применение строфантина в малых дозах
а) если верно 1, 3, 5
б) если верно 2, 3
в) если верно 1, 2, 3
г) если верно 2, 3, 5
д) если верно 1, 3, 4

107. Какой препарат, снижающий пред- и после нагрузку сердца, обязателен при сердечной астме и отеке легких?
а) эуфиллин
б) нитроглицерин
в) строфантин
г) фентанил
д) фуросемид

108. Все перечисленные мероприятия, кроме одного, являются неотложными при отеке легких
а) уменьшение массы циркулирующей крови
б) оксигенация, пеногашение
в) уменьшение давления в малом круге
г) переливание крови в больших количествах
д) усиление сократительной способности миокарда

109. Какой симптом при отеке гортани требует немедленной трахеотомии?
а) боли при глотании

б) затруднение при вдохе
в) осиплость голоса
г) нарастающий цианоз
д) сухие хрипы в легких

110. Наиболее частая причина уменьшения дыхательной поверхности при рестриктивном типе дыхательной недостаточности
а) резекция части легкого
б) ателектаз
в) пневмоническая инфильтрация легочной ткани
г) экссудативный плеврит
д) экспираторный стеноз дыхательных путей

111. При "асфиксическом" утоплении наблюдается: 1)попадание воды в дыхательные пути равном объему мертвого пространства 2)рефлекторная апноэ и ларингоспазм 3)заглатывание воды с последующей аспирацией желудочного содержимого 4)гемолиз крови 5)возможны "ложно респираторные вдохи"
а) все перечисленное правильно
б) все ответы правильные, кроме 1, 2, 3
в) правильные ответы 2, 3, 5
г) правильные ответы 3, 5
д) правильные ответы 4

112. При истинном утоплении в морской воде возникает: 1) рефлекторная остановка сердца 2) рефлекторный ларингоспазм 3) пушистая пена в дыхательных путях 4) гиповолемия и сгущение крови 5) электролитные сдвиги в крови 6) гемолиз крови
а) все перечисленное правильно
б) все ответы правильные, кроме 6
в) все ответы правильные, кроме 3, 4, 5
г) правильные ответы 3, 4, 5
д) правильный ответ только 6

113. Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являются
а) отсутствие спонтанного дыхания
б) клиническая смерть
в) клапанный пневмоторакс
г) эмпиемы плевры
д) тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии

114. Соотношение между числом нагнетаний воздуха в легкие для искусственного дыхания и числом нажатий на грудную клетку при массаже сердца (один реаниматор)
а) 1:2
б) 1:5
в) 2:5
г) 2:10
д) 2:15

115. Преимуществом проведения ИВЛ методом "рот в рот" является все перечисленное, кроме
а) возможности применения этого метода в любых условиях
б) нервно-рефлекторной стимуляции дыхательного центра
в) нервно-рефлекторной стимуляции сердечно-сосудистого центра
г) обеспечения дыхательного объема, превышающего нормальный в 2-3 раза

116.При неэффективной легочной вентиляции следует
а) запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия
б) опустить головной конец
в) приподнять головной конец
г) позвать другого реаниматора

117. Острая правожелудочковая недостаточность при инфаркте миокарда отличается от клиники массивной ТЭЛА
а) остротой развития
б) болевым синдромом
в) величиной давления в легочной артерии

г) величиной центрального венозного давления
д) степенью застойных изменений по большому кругу кровообращения

118. ТЭЛА чаще развивается
а) у рожавших женщин (после родов)
б) у нерожавших женщин

119. Ведущим механизмом гипоксемии при ТЭЛА является
а)шунт крови через артерио-венозные анастомозы
б)нарушение перфузии
в)нарушение диффузии

120. При развитии острого легочного сердца в результате ТЭЛА возникает ли эритроцитоз?
а) да
б) нет

121. Из перечисленных осложнений при ТЭЛА встречаются
а) инфаркт легкого
б) плеврит
в) отек легких
г) все перечисленное

122. Является ли кровохарканье, связанное с ТЭЛА, противопоказанием для гепаринотерапии?
а) да
б) нет

123. Какие препараты из перечисленных необходимо использовать при подозрении на ТЭЛА, кроме
а) морфина
б) гепарина
в) эуфиллина
г) лазикса

124. Какое лабораторное исследование необходимо для решения о дозе гепарина при ТЭЛА?
а) клинический анализ крови
б) сывороточный калий
в) коагулограмма крови

125. Каков механизм действия гепарина при лечении ТЭЛА, кроме
а) блокирования повышенного выброса фактора активации тромбоцитов
б) усиления биологического действия естественного плазменного белка-антитромбина III
в) фибринолитического

126. С каким из нижеперечисленных заболеваний необходимо проводить дифференциальную диагностику ТЭЛА, кроме
а) астматического статуса
б) инфаркта миокарда
в) острой пневмонии
г) канцероматоза легких

127. Что отличает астматический синдром при рецидивирующей ТЭЛА от бронхиальной астмы?
а) легкость купирования приступа эуфиллином
б) наличие кровохарканья
в) наличие острой перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ
г) высокое АД во время приступа удушья

128. Для ТЭЛА характерно возникновение
а) транссудативного выпота
б) экссудативного выпота
в) геморрагического выпота
г) всего перечисленного

129. Наиболее информативное параклиническое исследование при эмболии легочной артерии
а) ЭКГ

б) рентгенологическое исследование легких
в) коагулограмма
г) селективная ангиография легких
д) определение давления в легочной артерии

130. При развитии тромбоэмболии легочной артерии источник эмбола наиболее часто находится
а) в правых камерах сердца
б) в венах верхних конечностей
в) в нижней полой вене, венах ног, таза
г) в верхней полой вене
д) в левых камерах сердца

131. Все признаки характерны для тромбоэмболии легочной артерии, кроме
а) одышки
б) повышения артериального давления в большом круге кровообращения
в) кровохарканья
г) гипертензии малого круга кровообращения
д) боли в области сердца

132. Какой уровень максимального давления в легочной артерии следует считать легочной гипертензией?
а) 15 мм рт. ст.
б) 25 мм рт. ст.
в) 20 мм рт. ст.
г) 45 мм рт. ст.
д) ни одно из перечисленных

133. Какие факторы из перечисленных ниже участвуют в процессе тромбообразования, кроме
а) замедления кровотока
б) изменения внутренней поверхности сосудистой стенки
в) нарушения свертывающих свойств крови
г) снижения уровня фибриногена

134. Какой механизм является ведущим в патогенезе мелких и средних ветвей легочной артерии?
а) структурные изменения
б) нейро-гуморальные изменения

135. При какой патологии наблюдается ЭКГ-синдром Мак-Джин - Уайта?
а) инфаркте миокарда
б) бронхиальной астме
в) ТЭЛА

136. Эмболия мелких ветвей легочной артерии без развития инфаркт-пневмонии может быть заподозрена, если есть все перечисленные признаки, кроме
а) резко выраженного обрыва сосудов
б) повышенной прозрачности некоторых отделов легочной ткани
в) полосок ателектаза
г) массивного плеврального выпота
д) нормальной рентгенограммы легких

137. Назовите нормальное систолическое давление в легочной артерии
а) 100 мм рт. ст.
б) 60 мм рт. ст.
в) 40 мм рт. ст.
г) 20 мм рт. ст.

138. Какие гормоны повышают давление в легочной артерии, кроме
а) адреналина
б) серотонина
в) ангиотензина-II
г) вазопрессина

139. Какие гормоны понижают давление в легочной артерии, кроме
а) адреналина

б) серотонина
в) ацетилхолина
г) предсердного натрийуретического гормона

140. Тромбоэмболия легочной артерии чаще является осложнением
а) флеботромбоза глубоких вен голени
б) тромбофлебита поверхностных вен голени
в) тромбофлебита варикозного расширения поверхностных вен голени с рожистым воспалением

141.Тромбоэмболия легочной артерии чаще регистрируется среди больных следующих отделений многопрофильной больницы: 1) хирургического отделения общего профиля 2) терапевтического отделения 3) неврологического отделения 4) онкологического отделения 5) ухо, горло и носа 6) урологического отделения
а) правильные ответы 1, 3 и 6
б) правильные ответы 2, 4 и 5
в) правильные ответы 3, 4 и 6
г) правильные ответы 1, 4 и 5

142.В два раза чаще заболевают тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА)
а) мужчины
б) женщины

143. Чаще подвержены тромбоэмболии легочной артерии
а) гиперстеники
б) астеники
в) нормостеники
г) лица, с неустойчивой психической формой

144. Тромбоэмболия легочной артерии может быть осложнением
а) септического эндокардита
б) митрального порока сердца
в) комбинированного порока сердца

145. Судьба больного при тромбоэмболии легочной артерии определяется в первую очередь
а) площадью окклюзированных сосудов малого круга (массивность эмболии)
б) темпами перекрытия сосудистого русла (мгновенное, постепенное, медленное)
в) возникающими патофизиологическими расстройствами и реакциями со стороны различных органов (сердечная, легочная, мозговая, почечная, печеночная)

146. У больных с факторами риска тромбоэмболии легочной артерии эта патология должна быть исключена при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме
а) острой пневмонии
б) затяжной и рецидивирующей пневмонии
в) хронической пневмонии и плеврита
г) инфаркта миокарда
д) крупозной пневмонии

147. У больных с факторами риска тромбоэмболии легочной артерии врач должен в первую очередь
а) путем опроса исключить тромбоз в системе поверхностных и глубоких вен голени
б) произвести на месте ЭКГ
в) сделать на месте обзорный снимок легких

148. При заболеваниях сердца тромбоэмболия легочной артерии чаще встречается у больных
а) с инфарктом передней стенки миокарда
б) с мерцательной аритмией
в) с интрамуральным инфарктом миокарда

149. Во фтизиопульмонологической практике чаще встречается
а) острая, острейшая форма тромбоэмболии легочной артерии
б) массивная (в стволе, главных ветвях легочной артерии) форма тромбоэмболии легочной артерии
в) подострая (долевая и сегментарная) и рецидивирующая форма тромбоэмболии легочной артерии

150. Подъем давления в малом круге кровообращения при эмболии сегментарных ветвей легочной артерии связан преимущественно
а) с площадью перекрытых сосудов
б) с рефлекторно-спастической реакцией
в) с выбросом в ток крови кининов и простагландинов

151. Сосудистый коллапс и остановка сердца при эмболии основного ствола легочной артерии связаны
а) с сосудистым сопротивлением кровотоку
б) с легочно-сосудистым рефлексом
в) с альвеолярно-сосудистым рефлексом

152. Сосудистый коллапс при эмболии мелких ветвей легочной артерии связан
а) с сосудистым сопротивлением кровотоку
б) с легочно-сосудистым рефлексом
в) с альвеолярно-сосудистым рефлексом

153. Бронхоспазм, боли в животе, покраснение лица, чувство жара при тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии возникают вследствие
а) легочно-сосудистого рефлекса
б) легочно-бронхиального рефлекса и гипоксемии
в) разрушения кровяных пластинок, а также выхода в ток крови кининов и простагландинов

154. Инфаркт-пневмония сопровождается кровохарканьем
а) в 20% случаев
б) в 30-40% случаев
в) в 40-60% случаев
г) в 70-80% случаев

155. Признаками тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ являются
а) резкая перегрузка правого предсердия
б) острая блокада правой ножки пучка Гиса
в) глубокие зубцы S1, Q3
г) резко отрицательный Т3
д) все перечисленное

156. Рентгенологическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются
а) расширение тени сосудов корня и обеднение сосудистого рисунка легкого, высокое стояние купола диафрагмы
б) появление участка затемнения неоднородной структуры с подчеркнутым сосудистым рисунком
в) тень плеврального выпота и обеднение в этой зоне сосудистого рисунка

157. Наиболее информативным методом исследования при тромбоэмболии легочной артерии является
а) рентгенологический
б) электрокардиографический
в) сканирование легких с помощью радионуклидов
г) зондирование малого круга кровообращения

158. Тень инфаркт-пневмонии и плеврита на рентгенограмме появляется после тромбоэмболии легочной артерии
а) через 4-6 часов
б) через 6-12 часов
в) через 24-48 часов
г) через 48 часов и позже

159. Тромбоэмболия легочной артерии с подострым и рецидивирующим течением осложняется плевритом
а) в 15-20% случаев
б) в 30-35% случаев
в) в 35-40% случаев
г) в 50-60% случаев

160.Плевральный выпот при тромбоэмболии легочной артерии обычно
а) резко геморрагический (эритроциты покрывают все поле зрения)
б) серозный (бедный белком, лимфоцитарный)

в) серозно-мутный (много нейтрофилов)

161. Плевриты, осложнившие течение тромбоэмболии легочной артерии, имеют тенденцию
а) к быстрому рассасыванию
б) к затяжному течению и нагноению
в) к осумкованию, в том числе и в междолевых бороздках

162. Инфаркт-пневмония обычно
а) быстро рассасывается с восстановлением нормального легочного рисунка
б) имеет затяжное течение с фиброзированием
в) имеет склонность к абсцедированию

163. При тромбоэмболии легочной артерии чаще всего применяется
а) симптоматический метод лечения
б) фибринолитический метод лечения
в) хирургический метод лечения
г) любой из перечисленных методов лечения

164. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из всех перечисленных ниже приемов, кроме
а) обеспечения проходимости дыхательных путей
б) проведения искусственной вентиляции легких
в) восстановления кровообращения
г) промывания желудка

165. Различают несколько видов прекращения кровообращения, кроме
а) асистолии
б) фибрилляции желудочков
в) мерцания предсердий
г) "неэффективного" сердца

166. При лечении асистолии применяют
а) наружный массаж сердца
б) внутривенное введение адреналина
в) внутривенное струйное введение бикарбоната натрия
г) все перечисленное

167. Фибрилляция желудочков устраняется
а) электрической дефибрилляцией
б) внутривенным введением лидокаина
в) внутривенным введением атропина, хлорида кальция, хлорида калия
г) всем перечисленным

168. При отсутствии самостоятельного дыхания в отсроченную фазу легочно-сердечной реанимации необходимо
а) продолжать ИВЛ
б) ввести цититон
в) наложить трахеостому
г) ввести бемегрид

169. Торакотомия и открытый массаж сердца показаны
а) при подозрении на внутригрудную патологию (например, пневмоторакс или кровотечение)
б) при наружном массаже сердца не возникает пульсации на бедренных и сонных артериях
в) повторные попытки наружной дефибрилляции неэффективны
г) во всех перечисленных случаях

170. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1)ранение внутренней грудной артерии 2)разрыв легкого 3)кровотечение из раны 4)повреждение мышцы сердца 5) кровоизлияния в мышцу сердца
а) если верно 1, 2, 3
б) если верно 2, 3, 4
в) если верно 3, 4, 5
г) если верно 1, 4, 5
д) если верно 2, 4, 5

Эталоны ответов к тестам

001-Д	018-А	035-А	052-Г	069-Б	086-Г	103-А	120-Б	137-Г	154-А
002-В	019-А	036-А	053-В	070-Г	087-А	104-А	121-Г	138-А	155-Д
003-Б	020-Б	037-А	054-Г	071-Г	088-Д	105-А	122-Б	139-Б	156-А
004-Б	021-А	038-А	055-Б	072-Б	089-Г	106-Б	123-Г	140-А	157-Г
005-В	022-А	039-В	056-В	073-Б	090-Б	107-Б	124-В	141-В	158-В
006-Д	023-А	040-А	057-В	074-Б	091-Б	108-Г	125-В	142-Б	159-Б
007-В	024-А	041-А	058-Д	075-Д	092-А	109-Г	126-Г	143-А	160-Б
008-Б	025-А	042-А	059-Г	076-Г	093-Г	110-А	127-В	144-В	161-В
009-В	026-В	043-А	060-А	077-А	094-Г	111-В	128-Г	145-А	162-Б
010-В	027-А	044-А	061-В	078-Б	095-В	112-Г	129-В	146-Д	163-Б
011-Г	028-В	045-А	062-А	079-Г	096-Д	113-А	130-В	147-А	164-Г
012-А	029-А	046-А	063-В	080-А	097-Д	114-Б	131-Б	148-Б	165-Б
013-А	030-А	047-Б	064-В	081-Б	098-Д	115-В	132-В	149-В	166-Г
014-Д	031-А	048-В	065-А	082-В	099-Г	116-А	133-Г	150-Б	167-А
015-А	032-А	049-Б	066-В	083-Б	100-Б	117-В	134-Б	151-А	168-А
016-А	033-А	050-Б	067-Г	084-Б	101-Б	118-А	135-В	152-Б	169-Г
017-А	034-А	051-Б	068-Б	085-Г	102-Б	119-А	136-Д	153-В	170-Г

3. Тема: Неотложные состояния в гастроэнтерологии.

001. К специальным мероприятиям интенсивной терапии относятся
а) искусственная гипотермия
б) гипербарическая оксигенация
в) вспомогательное кровообращение
г) экстракорпоральная детоксикация (гемодиализ, гемо- и плазмосорбция, плазмаферез)
д) все перечисленное

002. Реанимация включает
а) лечение больных, находящихся в терминальном состоянии
б) предупреждение клинической смерти
в) выведение из клинической смерти
г) временное замещение утраченных или нарушенных жизненно важных функций организма
д) все перечисленное

003. Показаниями к лапароскопии являются все перечисленные заболевания, кроме
а) онкологических (с целью уточнения диагноза и исключения метастазирования)
б) желтухи неустановленной этиологии
в) выраженного обострения язвенной болезни
г) закрытой травмы живота
д) острых заболеваний органов брюшной полости (панкреатит, холецистит и др.)

004. Ожоги пищевода могут быть
а) химическими
б) термическими
в) лучевыми
г) все перечисленные
д) правильные ответы а) и в)

005. К клиническим проявлениям ожогов пищевода относятся
а) боли в полости рта
б) боли при глотании
в) боли по ходу пищевода
г) токсический шок
д) все перечисленное

006. При ожогах пищевода могут быть все перечисленные осложнения, кроме
а) кровотечения
б) пневмонии
в) стриктуры
г) медиастенита
д) перфорации

007. К неотложным мероприятиям при ожогах пищевода относятся
а) промывание
б) трахеостомия
в) противошоковая терапия
г) дезинтоксикационная терапия
д) все перечисленное

008. К клиническим признакам инородного тела пищевода относятся
а) боли при глотании
б) дисфагия
в) срыгивание
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и в)

009. При инородных телах пищевода возможны все перечисленные осложнения, кроме
а) ахалазии кардии
б) подкожной эмфиземы
в) перфорации
г) пневмоторокса
д) медиастенита

010. Диагноз инородного тела пищевода базируется
а) на анамнезе
б) на осмотре и пальпации шеи
в) на эзофагоскопии
г) на рентгенологическом исследовании
д) на всех перечисленных данных

011. Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются
а) противошоковая терапия
б) промывание пищевода
в) удаление инородного тела
г) хирургическое лечение
д) трахеостомия

012. Инструментальные повреждения пищевода возможны
а) при бужировании и введении зонда
б) при кардиостимуляции чрезпищеводной
в) при эзофагоскопии
г) при всем перечисленном
д) правильные ответы а) и в)

013. Перфорация пищевода может сопровождаться развитием
а) подкожной эмфиземы
б) флегмоны пищевода
в) медиастенита
г) кровотечения
д) всего перечисленного

014. Предпочтительным методом лечения перфорации пищевода является
а) хирургический
б) эндоскопический
в) антибиотикотерапия
г) рентгенотерапия
д) правильные ответы б) и г)

015. Редким осложнением аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является
а) катаральный рефлюкс-эзофагит
б) ущемление
в) кровотечение
г) рефлекторная стенокардия
д) эрозивно-язвенный эзофагит

016. В клинической картине ущемленной параэзофагеальной грыжи первостепенное значение имеет
а) рвота
б) дисфагия
в) резкая боль
г) симптомы "острого живота"
д) правильного ответа нет

017. Для флегмоны желудка характерны
а) боли
б) лихорадка
в) ознобы
г) рвота
д) все перечисленное

018. Дифференциальный диагноз флегмоны желудка проводится
а) с панкреатитом
б) с перфоративной язвой
в) с плевропневмонией
г) с эмболией верхней брыжеечной артерии
д) со всем перечисленным

019. Рациональным лечением флегмоны желудка является
а) хирургическое
б) симптоматическое
в) физиотерапевтическое
г) все перечисленное
д) правильного ответа нет

020. Спонтанные разрывы желудка наблюдаются у больных
а) с пилоростенозом
б) с атонией мышечной стенки
в) с гастроптозом
г) с диабетом
д) со всем перечисленным

021. Для клинической картины разрыва желудка характерна
а) резчайшая боль
б) кровавая рвота
в) отсутствие печеночной тупости
г) коллапс или шок
д) все перечисленное

022. Для своевременной диагностики разрыва желудка имеет значение
а) анамнез
б) прием большого количества пищи
в) хронические заболевания желудка
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и в)

023. Причиной острого расширения желудка может быть
а) оперативное вмешательство на органах брюшной полости
б) инфаркт миокарда
в) артериомезентериальная непроходимость
г) пилоростеноз
д) все перечисленное

024. Основным патогенетическим механизмом острого расширения желудка является
а) нарушение водно-электролитного баланса
б) сдвиги кислотно-основного состояния
в) паралич нервно-мышечного аппарата
г) все перечисленное
д) правильный ответ в)

025. Для клинической картины острого расширения желудка характерны все перечисленные симптомы, кроме
а) острой боли
б) симптомов раздражения брюшины
в) метеоризма
г) мучительной рвоты
д) жажды

026. При рентгенологическом исследовании, предпринятом по поводу острого расширения желудка, обнаруживаются следующие признаки
а) высокое стояние диафрагмы
б) большое количество жидкости в желудке
в) отсутствие перистальтики
г) задержка эвакуации
д) все перечисленное

027. Дифференциальный диагноз острого расширения желудка проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) обострения язвенной болезни
б) прободной язвы
в) острого панкреатита
г) кишечной непроходимости
д) пищевой токсикоинфекции

028. Консервативное лечение острого расширения желудка включает
а) промывание желудка
б) паранефральную новокаиновую блокаду
в) инфузию больших количеств жидкости
г) введение сердечных гликозидов
д) все перечисленное

029. Частым осложнением язвенной болезни является желудочно-кишечное кровотечение. Указанное осложнение наиболее характерно при локализации язвы
а) в кардиальном отделе желудка
б) в малой кривизне желудка
в) в передней стенке луковицы
г) в задней стенке луковицы
д) правильные ответы б) и г)

030. На продолжающееся гастродуоденальное кровотечение указывают
а) рвота "кофейной гущей"
б) ухудшение состояния больного
в) снижение гемоглобина
г) ухудшение гемодинамики
д) все перечисленное

031. Признаками перфорации язвы являются все перечисленные симптомы, кроме
а) отсутствия печеночной тупости
б) гиперперистальтики
в) сильнейшей боли в эпигастрии
г) рвоты
д) ригидности передней брюшной стенки

032. Подтверждающим перфорацию язвы является
а) рентгенологически определяемый газ под правым куполом диафрагмы
б) острые боли внизу живота
в) повышение артериального давления
г) нарастающая анемия
д) метеоризм

033. 45-летний мужчина доставлен в больницу по поводу сильной боли в эпигастрии, появившейся внезапно 3 часа тому назад, без рвоты. Объективно: мышечная защита в эпигастрии, перистальтика не

прослушивается, газы не отходят, перкуторно - отсутствие печеночной тупости. Пульс - 92 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Язык суховат. Данный симптомокомплекс свидетельствует
а) о почечной колике
б) о кишечной непроходимости
в) о перфорации гастродуоденальной язвы
г) об абдоминальной форме инфаркта миокарда
д) об остром холецистите

034. Пенетрацию язвы подтверждают все перечисленные симптомы, кроме
а) усиления болей
б) уменьшения ответной реакции на антациды
в) появления болей в спине
г) изменения характерного ритма язвенных болей
д) появления ночных болей

035. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является
а) рвота желчью
б) урчание в животе
в) резонанс над пространством Траубе
г) шум плеска
д) видимая перистальтика

036. Характерными признаками для рвотных масс при органическом стенозе привратника являются
а) обильные с содержанием остатков пищи и неприятным запахом
б) обильные с наличием хлористоводородной кислоты
в) с примесью крови
г) обильные с примесью желчи
д) все перечисленное

037. У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, рвота пищей, чаще во второй половине дня (обильная) , неприятный запах изо рта, потеря веса. Этот симптомокомплекс соответствует развитию
а) опухоли желудка
б) пилородуоденостенозу
в) перидуодениту
г) пенетрации
д) правильные ответы б) и в)

038. Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый холецистит занимает
а) 1-е место
б) 2-е место
в) 3-е место
г) 4-е место
д) 5-е место

039. Неосложненный острый холецистит может быть
а) катаральным
б) флегмонозным
в) флегмонозно-язвенным
г) гангренозным
д) все перечисленное

040. Окклюзионный холецистит включает все перечисленные осложнения, кроме
а) водянки
б) флегмоны
в) прободения
г) эмпиемы
д) гангрены

041. К экстравезикальным осложнениям острого холецистита относятся
а) перитонит
б) холангит

в) абсцессы печени
г) панкреатит
д) все перечисленное

042. Причинами возникновения острого холецистита являются
а) инфекция
б) нарушения оттока желчи
в) нарушения обмена желчи в пузыре
г) заброс панкреатических ферментов
д) все перечисленное

043. Наиболее частым возбудителем острого холецистита является
а) кишечная палочка
б) энтерококк
в) клебсиелла
г) стафилококк
д) протей

044. Инфекция в желчный пузырь может проникнуть
а) энтерогенным путем
б) гематогенным путем
в) лимфогенным путем
г) всеми перечисленными
д) правильные ответы б) и в)

045. Частыми причинами нарушения оттока желчи являются
а) ущемление камня в шейке пузыря
б) закупорка камнем общего желчного протока
в) папиллит
г) рубцовые стенозы
д) все перечисленное

046. Для острого холецистита характерны все перечисленные клинические проявления, кроме
а) острого начала
б) желчной колики
в) тупых болей в правом подреберье
г) рвоты
д) лихорадки

047. При наличии болей в животе и лихорадки диагноз острого калькулезного холецистита можно подтвердить с помощью следующих признаков
а) локализация болей преимущественно в правом подреберье, мышечная защита, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи
б) при ультразвуковом исследовании множественные камни в просвете желчного пузыря
в) при лапароскопии - гиперемия и отек желчного пузыря
г) дуоденальное зондирование - отсутствие порции В
д) все перечисленное

048. Для острого калькулезного холецистита характерны все перечисленные изменения, кроме
а) увеличения сахара
б) нейтрофильного лейкоцитоза и ускорения СОЭ
в) гипербилирубинемии и повышения активности щелочной фосфатазы
г) увеличения холестерина
д) правильные ответы а) и в)

049. Острый холецистит у людей пожилого и старческого возраста характеризуется
а) выраженной интоксикацией
б) нормальной или субфебрильной температурой
в) слабым болевым синдромом
г) отсутствием симптомов раздражения брюшины
д) всем перечисленным

050. Для подтверждения диагноза острого холецистита необходимо провести все перечисленные исследования, кроме

а) обзорного снимка брюшной полости
б) внутривенной холеграфии
в) эхографии
г) термографии
д) лапароскопии

051. Дифференциальный диагноз острого холецистита проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) острого аппендицита
б) острого панкреатита
в) инфаркта миокарда
г) острого энтероколита
д) правосторонней плевропневмонии

052. Больного с острым холециститом необходимо госпитализировать
а) в терапевтическое отделение
б) в инфекционное отделение
в) в хирургическое отделение
г) в любое из перечисленных
д) правильные ответы а) и б)

053. При остром холецистите рекомендуется диета
а) голод
б) стол 5А
в) стол 5П
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные ответы а) и в)

054. При остром холецистите применяются все перечисленные медикаменты, кроме
а) морфина
б) промедола
в) анальгина
г) баралгина
д) трамала (трамадола)

055. Для инфузионной терапии при остром холецистите используются
а) раствор глюкозы
б) гемодез
в) раствор Рингера
г) физиологический раствор
д) все перечисленное

056. Консервативная терапия неосложненного острого холецистита включает
а) режим и диету
б) анальгетики
в) антибиотики
г) спазмолитики
д) все перечисленное

057. Абсолютным показанием к оперативному лечению при остром холецистите является
а) перфорация желчного пузыря
б) гангрена или флегмона
в) калькулезный характер
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и б)

058. Причинами возникновения острого холангита являются все перечисленные, кроме
а) инфекции и паразитарной инвазии
б) желчнокаменной болезни
в) острого энтероколита
г) опухоли желчных путей
д) стеноза фатерова соска

059. Активации инфекции в желчных путях способствуют
а) нарушение оттока желчи
б) изменение холато-холестеринового коэффициента
в) сдвиг pH желчи в кислую сторону
г) повышение уровня билирубина в желчи
д) повышение уровня холестерина в желчи

060. Для острого холангита характерны все перечисленные симптомы, кроме
а) лихорадки
б) поносов
в) ознобов
г) болей в правом подреберье
д) проливных потов

061. Подтверждающими диагноз острого холангита являются все лабораторные показатели, кроме
а) нейтрофильного лейкоцитоза
б) ускоренного СОЭ
в) анемии
г) повышения активности щелочной фосфатазы
д) повышения активности аминотрансферазы

062. Острые боли в правом подреберье, "септическая" лихорадка, увеличенная и болезненная при пальпации печень плотной консистенции, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить любое из перечисленных заболеваний, кроме
а) абсцесса печени
б) нагноившегося эхинококка печени
в) острого пилефлебита
г) гепатомы
д) гнойного холангита

063. Гнойный холангит может осложниться
а) поддиафрагмальным абсцессом и сепсисом
б) экссудативным плевритом
в) эмпиемой плевры
г) перитонитом
д) всем перечисленным

064. Причиной инфаркта печени может быть
а) тромбоз или эмболия печеночной артерии
б) опухоль печени
в) атеросклероз
г) эмболия при инфекционном эндокардите
д) все перечисленное

065. Клиническая картина инфаркта печени включает все перечисленные симптомы, кроме
а) острой боли
б) лихорадки
в) проливных потов
г) желтухи
д) коллапса

066. В этиологии синдрома Бадда - Киари играют роль следующие факторы
а) нарушение свертывающей системы крови
б) инфекционно-токсические
в) врожденные аномалии сосудов печени
г) травмы
д) все перечисленное

067. При синдроме Бадда - Киари в печеночных венах можно обнаружить
а) тромбы
б) склеротические изменения
в) эндофлебит
г) все перечисленное

д) правильные ответы а) и б)

068. В течении синдрома Бадда - Киари различают
а) острую форму
б) подострую форму
в) хроническую форму
г) правильные ответы а) и в)
д) все перечисленное

069. При острой форме синдрома Бадда - Киари непостоянным симптомом является
а) боль
б) желтуха
в) кровавая рвота
г) шок
д) лихорадка

070. При осмотре больного с синдромом Бадда - Киари обнаруживаются все перечисленные изменения, кроме
а) увеличения печени
б) увеличения селезенки
в) нарушения ритма сердца
г) асцита
д) варикозного расширения вен пищевода

071. Диагностика синдрома Бадда - Киари основывается на всех перечисленных методах, кроме
а) пункционной биопсии печени
б) лапароскопии
в) селективной ангиографии
г) эндоскопии
д) радиоизотопного исследования

072. Дифференциальный диагноз синдрома Бадда - Киари проводится
а) с циррозом печени
б) с тромбозом воротной вены
в) с констриктивным перикардитом
г) правильные ответы б) и в)
д) со всеми перечисленными заболеваниями

073. При лечении синдрома Бадда - Киари применяются
а) фибринолитики и антикоагулянты
б) диуретические средства
в) наложение сосудистых анастомозов
г) парацентез
д) все перечисленное

074. Острый тромбоз воротной вены развивается
а) при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости
б) при септицемии
в) при инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, туберкулез и др.)
г) при травмах живота
д) при всем перечисленном

075. Для острого тромбоза в системе воротной вены наименее характерна
а) острая боль
б) желтуха
в) повторная рвота
г) портальная гипертензия
д) коллапс

076. Характерными проявлениями хронической обструкции воротной вены являются
а) спленомегалия
б) гиперспленизм
в) варикозное расширение вен пищевода и желудка

г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и в)

077. Диагностика хронической обструкции воротной вены основывается прежде всего
а) на спленопортографии
б) на эхографии
в) на эндоскопии
г) на лапароскопии
д) правильные ответы а) и б)

078. Дифференциальный диагноз хронических форм пилетромбоза проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) цирроза печени
б) синдрома Бадда - Киари
в) хронического панкреатита
г) миелопролиферативных заболеваний
д) инфаркта селезенки

079. В лечении тромбоза воротной вены применяются
а) фибринолитические препараты
б) антикоагулянты
в) спленэктомия или тромбэктомия
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

080. К острым неинфекционным гепатитам относятся все перечисленные, кроме
а) гепатита при болезни Вейля - Васильева
б) токсического гепатита
в) лекарственного гепатита
г) алкогольного гепатита
д) аллергического гепатита

081. Токсическое поражение печени вызывают
а) углеводороды
б) нафталины
в) бензол
г) металлы и металлоиды
д) все перечисленные

082. Токсическое поражение вызывает в печени
а) некроз гепатоцитов
б) дистрофические изменения
в) нарушение обменных (ферментативных) процессов
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и б)

083. Гепатотоксическое действие оказывают
а) противотуберкулезные препараты
б) антибиотики
в) психотропные препараты
г) правильные ответы а) и в)
д) все перечисленные

084. Холестаз вызывают
а) антибиотики
б) андрогенные гормоны и анаболические стероиды
в) антиметаболиты (метотрексат)
г) наркотические (фторотан)
д) правильного ответа нет

085. Алкоголь, всосавшийся в кишечник, в дальнейшем
а) накапливается в печени
б) депонируется в жировой ткани

в) превращается печенью в жир и сохраняется в ней
г) окисляется в печени
д) правильные ответы в) и г)

086. В организме обмен алкоголя происходит под влиянием фермента
а) алкоголь-дегидрогеназы
б) алкоголь-редуктазы
в) алкоголь-оксидазы
г) алкоголь-синтетазы
д) глюкозо-6-фосфатазы

087. Основным морфологическим признаком при алкогольном поражении печени является
а) лейкоцитарная инфильтрация
б) тельца Мэллори
в) фиброз
г) некроз гепатоцитов
д) все перечисленное

088. Клинический симптомокомплекс при отравлении инсектицидами включает
а) увеличенную печень
б) полирадикулоневриты
в) поражение почек
г) гипохромную анемию
д) все перечисленное

089. Для острого токсического гепатита характерны все перечисленные симптомы, кроме
а) желтухи
б) рвоты
в) кровохарканья
г) геморрагических проявлений
д) анорексии

090. На восприимчивость к гепатотоксическому действию лекарств влияют
а) пол
б) возраст
в) алкоголизм
г) недостаточное питание
д) все перечисленное

091. Для холестатического лекарственного гепатита характерны все перечисленные симптомы, кроме
а) рвоты с примесью крови
б) лихорадки
в) кожного зуда
г) желтухи
д) тошноты

092. Через 10 дней после операции по поводу фибромиомы матки у 48-летней женщины на фоне спокойно протекающего послеоперационного периода воз-никли головная боль, анорексия, лихорадка, артралгия, желтуха и печеночная энцефалопатия. Объективно - гепатомегалия, гипербилирубинемия, резко выраженная гипертрансаминаземия без значительного подъема активности щелочной фосфатазы и g-глютаминтранспептидазы, снижение синтетической способности печени, гиперэозинофилия. - Наиболее вероятный диагноз
а) сепсис
б) механическая желтуха
в) внутрипеченочный холестаз
г) острый гепатит
д) аллергическая реакция

093. Через 10 дней после операции по поводу фибромиомы матки у 48-летней женщины на фоне спокойно протекающего послеоперационного периода воз-никли головная боль, анорексия, лихорадка, артралгия, желтуха и печеночная энцефалопатия. Объективно - гепатомегалия, гипербилирубинемия, резко выраженная гипертрансаминаземия без значительного подъема активности щелочной фосфатазы и g-

глютаминтранспептидазы, снижение синтетической способности печени, гиперэозинофилия. - Неотложными лечебными мероприятиями являются
а) глюкокортикоидная терапия
б) дезинтоксикационные средства
в) плазмаферез
г) правильные ответы б) и в)
д) все перечисленное

094. Печеночная кома развивается в результате
а) массивного некроза клеток печени
б) обширного фиброза
в) нарушения микроциркуляции с тромбообразованием
г) всего перечисленного
д) правильные ответы а) и б)

095. Печеночной комой могут осложняться
а) острый гепатит
б) цирроз печени
в) токсический гепатит
г) лекарственный гепатит
д) все перечисленные

096. Большое количество аммония превращается печенью
а) в глютамин
б) в а-кетоглутарат
в) в ангиназу
г) в мочевину
д) в меркаптан

097. При печеночной коме поздним и более частым нарушением кислотно-щелочного равновесия является
а) метаболический ацидоз
б) метаболический алкалоз
в) респираторный ацидоз
г) респираторный алкалоз

098. Синдром печеночно-клеточной недостаточности характеризуется всем перечисленным, кроме
а) гипербилирубинемии
б) гипоальбуминемии
в) гиперхолестеринемии
г) гипопротромбинемии

099. При подозрении на острую печеночную недостаточность при вирусном гепатите наиболее показателен уровень
а) трансаминазы
б) билирубина
в) щелочной фосфатазы
г) фракций белков
д) протромбинового времени

100. Печеночный запах связан с обменом
а) холина
б) билирубина
в) метионина
г) глютамина
д) а-кетоглутаровой кислоты

101. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалопатии предшествует
а) лихорадка
б) желудочно-кишечные кровотечения
в) увеличенная нагрузка организма белком
г) печеночная недостаточность
д) все перечисленное

102. Печеночная кома может быть ускорена
а) желудочно-кишечной геморрагией
б) диуретиками
в) уремией
г) инфекцией
д) всем перечисленным

103. Для количественной оценки глубины печеночной комы используется
а) мочевина крови
б) аммоний крови
в) электроэнцефалография
г) тест на толерантность к аммонию
д) содержание в крови глютамина

104. В состоянии прекомы наблюдаются
а) снижение интеллекта
б) замедление мышления
в) сонливость, сменяющаяся приступами психомоторного возбуждения
г) сопорозное состояние
д) все перечисленное

105. Печеночная кома включает все перечисленные признаки, кроме
а) потери сознания
б) хрипов в легких
в) нарастания желтухи
г) повышения температуры
д) нарушения функциональных проб печени

106. При острой форме печеночной комы наблюдаются
а) гипоксия
б) печеночно-почечная недостаточность
в) метаболический ацидоз
г) изменения ЭЭГ
д) все перечисленное

107. Для гепаторенального синдрома характерно
а) увеличение в крови мочевины и креатинина
б) лейкоцитурия
в) гематурия
г) гипогликемия
д) нейтрофильный лейкоцитоз

108. При появлении мелены у больного с циррозом печени и асцитом для профилактики портосистемной энцефалопатии применяется
а) верошпирон внутрь
б) ампициллин парентерально
в) лактулоза (нормазе) внутрь
г) строфантин внутривенно
д) переливание цельной консервированной крови

109. При печеночной прекоме в диете следует исключить
а) углеводы
б) белки
в) жиры
г) витамины
д) жидкость

110. Терапевтические мероприятия при портосистемной энцефалопатии, проявившейся спонтанной азотемией, включают
а) диуретическую терапию
б) антибиотики
в) лактулозу (нормазе)
г) сердечные гликозиды

д) белковую пищу

111. При печеночной энцефалопатии менее опасно для больного применять
а) морфин
б) омнопон
в) седуксен
г) фенобарбитал
д) тиопентал натрия

112. Лечение эндогенной печеночной комы в качестве базисной терапии включает введение
а) глюкозы
б) альбумина
в) гемодеза
г) витаминов С и группы В
д) всего перечисленного

113. В лечении печеночной комы наиболее эффективна оксигенотерапия, применяемая в виде
а) ингаляций кислорода
б) кислородных коктейлей
в) гипербарической оксигенации
г) постоянной перфузии артериализованной крови через печень

114. Из хирургических способов лечения печеночной недостаточности применяются
а) обменные переливания крови
б) плазмаферез
в) диализ
г) гемосорбция
д) все перечисленное

115. Наиболее частым путем проникновения бактериальной инфекции в печень является
а) холангиогенный
б) гематогенный
в) лимфогенный
г) контактный
д) правильного ответа нет

116. Чаще всего абсцессы располагаются
а) в левой доле печени
б) в правой доле печени
в) в области ворот печени
г) в зоне желчного пузыря
д) избирательной локализации нет

117. Из общих симптомов при абсцессах печени характерными являются
а) высокая лихорадка
б) ознобы
в) поты
г) тахикардия
д) все перечисленное

118. Наиболее достоверным объективным симптомом при абсцессе печени является
а) гепатомегалия
б) болезненность печени при пальпации
в) пальпируемое ограниченное образование на поверхности печени
г) защитное напряжение мышц
д) желтуха

119. При абсцессах печени в крови выявляется
а) нейтрофильный лейкоцитоз
б) ускоренная СОЭ
в) увеличение активности щелочной фосфатазы
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и б)

120. Наиболее эффективно и доступно абсцесс печени подтверждает
а) рентгенография
б) ультразвуковое исследование
в) радиоизотопное исследование
г) компьютерная томография

121. Дифференциальный диагноз абсцесса печени проводится
а) с поддиафрагмальным абсцессом
б) с подпеченочным абсцессом
в) со злокачественной опухолью печени
г) с гематомой
д) со всем перечисленным

122. При абсцессах печени предпочтительно
а) хирургическое лечение
б) дезинтоксикационное лечение
в) антибактериальное лечение
г) все перечисленное

123. Разрыв селезенки наблюдается
а) при тупой травме живота
б) при повреждении нижних ребер слева
в) при гемолитических анемиях
г) при миелопролиферативных заболеваниях
д) при всех перечисленных состояниях

124. Разрывы селезенки проявляются
а) болью в левом подреберье
б) симптомом "ваньки-встаньки"
в) внутрибрюшным кровотечением
г) всем перечисленным

125. Лечение при разрыве селезенки заключается
а) в ушивании
б) в спленэктомии
в) в переливании крови
г) в переливании ингибиторов фибринолиза

126. Тромбоэмболия селезеночной артерии наблюдается
а) при инфекционном эндокардите
б) при ишемической болезни сердца
в) при атеросклерозе
г) при аневризме аорты
д) при всем перечисленном

127. Острые боли в левом подреберье и болезненная пальпация увеличенной селезенки позволяют заподозрить любое из перечисленных заболеваний, кроме
а) тромбоза селезеночной вены
б) перисплените
в) острого панкреатита
г) инфаркта селезенки

128. Диагноз инфаркта селезенки основывается на данных
а) клиники
б) лабораторных исследований
в) рентгенологического исследования
г) ультразвукового исследования

129. Дифференциальный диагноз инфаркта селезенки проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) левосторонней почечной колики
б) панкреатита

в) левостороннего диафрагмального плеврита
г) инфаркта миокарда
д) субкапсулярного разрыва селезенки

130. Лечение инфаркта селезенки включает
а) анальгетики
б) антикоагулянты
в) фибринолитические препараты
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

131. К возможным причинам возникновения острого панкреатита относятся все перечисленные, кроме
а) калькулезного холецистита
б) нарушений режима питания
в) употребления алкоголя
г) наркоза
д) наследственной отягощенности

132. Морфологический субстрат острого панкреатита включает
а) отек интерстициальной ткани
б) геморрагии
в) некрозы
г) абсцессы
д) все перечисленное

133. Среди морфологических форм острого панкреатита встречаются
а) острый отек поджелудочной железы
б) геморрагический панкреонекроз
в) жировой некроз
г) гнойный панкреатит
д) все перечисленное

134. Для острого панкреатита характерны
а) боли
б) тошнота
в) рвота
г) метеоризм
д) все перечисленное

135. При остром панкреатите ренальный клиренс амилазы обычно
а) повышен
б) понижен
в) не изменен
г) изменение незакономерно

136. При остром панкреатите возможно обнаружить
а) снижение зрения
б) симптом Гротта
в) зуд
г) симптом Мейо - Робсона
д) ни один из перечисленных

137. Для диагностики острого панкреатита необходимо исключить
а) инфаркт миокарда
б) калькулезный холецистит
в) тромбоз мезентериальных сосудов
г) все перечисленное
д) правильные ответы б) и в)

138. К ранним осложнениям острого панкреатита относятся
а) шок и коллапс
б) тромбозы
в) септические осложнения

г) нефротический синдром
д) все перечисленные

139. Принципами медикаментозного лечения острого панкреатита являются
а) купирование болей
б) борьба с шоком и коллапсом
в) создание физиологического покоя больному органу
г) борьба с вторичной инфекцией
д) все перечисленное

140. При остром панкреатите применяют все перечисленные медикаментозные препараты, кроме
а) атропина
б) H_2-гистамин блокаторов
в) морфия
г) внутривенного введения электролитов и дезинтоксикационных растворов
д) ингибиторов трипсина

141. Для лечения панкреатита в остром периоде применяются
а) постоянное отсасывание желудочного содержимого
б) блокаторы Н2-рецепторов гистамина
в) 5% раствор глюкозы, электролиты внутривенно
г) антиферментные препараты
д) все перечисленное

142. Для лечения панкреатита в остром периоде применяются
а) соматостатин
б) глюкагон
в) делагил
г) правильные ответы а) и б)
д) ни один из перечисленных

143. Показаниями к внутривенному введению контрикала являются
а) хронический активный гепатит
б) острый панкреатит
в) рак поджелудочной железы
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

144. Оптимальной разовой дозой для внутривенного введения контрикала является
а) 10 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
б) 25 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
в) 100 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
г) 500 тыс АЕ в 300 мл изотонического раствора
д) доза препарата определяется индивидуально

145. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - Эту ситуацию чаще вызывает:
а) гипертензия в течение 3 лет, леченная диуретиками
б) склонность (привычка) к наркотикам
в) дуоденальная язва 4-летней длительности
г) прием 0. 5 л водки в день
д) холецистэктомия 1 год назад (1 камень в пузыре)

146. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - При поступлении больного мог быть измененным
а) сахар крови
б) кальция сыворотки
в) сывороточная липаза
г) щелочная фосфатаза

д) правильные ответы а) и в)

147. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - При рентгенологическом исследовании живота может обнаружиться
а) смещение желудка кпереди
б) высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы
в) уровень жидкости в тонкой кишке
г) все перечисленное

148. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - Из лекарств, используемых в таких случаях, повысить амилазу может
а) ампициллин
б) атропин
в) омнопон
г) глюкоза при внутривенном введении
д) фенобарбитал

149. 45-летний мужчина поступил в больницу через 24 часа после появления сильных эпигастральных болей с иррадиацией в спину. Тошнота и многократная рвота. Физикальное исследование обнаружило резкую болезненность и отсутствие напряжения в верхней половине живота. Гематокрит - 82, лейкоцитоз - 12400, сывороточная амилаза - 950 ед (норма - 50-200) . - Наиболее вероятный диагноз в этом случае
а) задняя пенетрация язвы
б) холедохолитиаз
в) эмболия мезентериальной артерии
г) острый панкреатит
д) кишечная непроходимость

150. При остром панкреатите применяют
а) назо-гастральное отсасывание
б) атропин и Н2-блокаторы гистамина
в) гордокс
г) внутривенное введение электролитов и дезинтоксикационных растворов
д) все перечисленное

151. При остром панкреатите применяются все перечисленные противошоковые мероприятия, кроме
а) переливания плазмы и других кровезаменителей
б) коррекции электролитного баланса
в) обезболивающих средств
г) антибактериальной терапии
д) правильные ответы а) и б)

152. Больному острым панкреатитом в первые дни заболевани показаны
а) голод
б) углеводно-белковая диета с постепенным расширением
в) жировая диета
г) белковая диета
д) правильные ответы б) и г)

153. Возможные осложнения острого панкреатита в позднем периоде включают
а) свищи
б) абсцесс поджелудочной железы
в) кисты
г) сахарный диабет
д) все перечисленное

154. Переход острого панкреатита в хроническую форму характеризуется
а) снижением аппетита

б) поносами
в) метеоризмом
г) гипоферментией
д) всем перечисленным

155. Больному с острым панкреатитом при стихании процесса показана
а) углеводная диета
б) белковая диета
в) углеводно-белковая диета с постепенным расширением
г) общий полноценный рацион
д) жировая диета

156. Флегмоны кишки чаще всего локализуются
а) в 12-перстной кишке
б) в начальном отделе тощей кишки
в) в конечном отделе тощей кишки
г) в начальном отделе подвздошной кишки
д) в конечном отделе подвздошной кишки

157. Воспалительный процесс при флегмоне кишки начинается
а) в слизистой оболочке
б) в подслизистом слое
в) в серозной оболочке
г) в брыжейке
д) в париетальной брюшине

158. Для флегмоны кишки не характерны
а) тяжелое состояние
б) лихорадка
в) выраженное напряжение брюшной стенки
г) боли в животе
д) поносы

159. Хирургическое лечение флегмоны кишки включает
а) резекцию пораженного участка
б) обкалывание кишки антибиотиками
в) дренирование пораженного участка
г) наложение обходного анастомоза
д) все перечисленное

160. Механическая кишечная непроходимость включает все перечисленные виды, кроме
а) спастической
б) обтурационной
в) странгуляционной
г) спаечной
д) инвагинации

161. Динамическая кишечная непроходимость включает
а) паралитическую
б) спастическую
в) непроходимость, сопровождающую перитонит
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и в)

162. При инвагинации происходит внедрение
а) тонкой кишки в толстую
б) тонкой кишки в тонкую
в) толстой в толстую
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

163. Обтурационную кишечную непроходимость могут вызвать все перечисленные причины, кроме
а) опухоли

б) скопления гельминтов
в) заворота
г) копростаза
д) инородных тел

164. Основными симптомами при высокой кишечной непроходимости являются
а) боли
б) рвота
в) задержка стула и газов
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

165. Основными симптомами при низкой кишечной непроходимости являются
а) задержка стула и газов
б) боли
в) рвота
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и б)

166. Внезапная абдоминальная боль и вздутие живота, наряду с окрашенным кровью стулом и облегчением симптомов после бариевой клизмы, наиболее вероятно связаны
а) с инвагинацией
б) с заворотом кишечника
в) с Меккелевым дивертикулом
г) с раком сигмовидной кишки
д) с дивертикулом

167. Приступы кишечной непроходимости преходящего характера со спонтанным исчезновением симптомов непроходимости обнаруживаются при всех следующих состояниях, за исключением
а) инвагинации
б) Меккелева дивертикула
в) внутренней грыжи
г) закупорки желчным камнем
д) приобретенных спаек

168. Больной 24 лет, страдающий шизофренией, жалуется на боли в животе. Утверждает, что боли появились через 2 часа после обеда, когда он случайно проглотил 2 швейные иглы, якобы подложенные ему в пищу. Пульс - 68 в минуту. Язык суховат. Живот умеренно напряжен и болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Слабо положительный симптом Ортнера. При обзорном рентгенологическом исследовании обнаружена лишь узкая серповидная полоска газа под правым куполом диафрагмы, патологических теней не выявлено. Дальнейшая тактика врача включает
а) направление больного в психоневрологический диспансер
б) срочную госпитализацию больного в хирургический стационар
в) вызов дежурного психиатра
г) наблюдение за больным в течение часа

169. При подозрении на механическую непроходимость дистального отдела тонкой кишки рентгенологическое исследование следует начать
а) с обзорного снимка брюшной полости
б) с ирригоскопии
в) с пассажа бария по тонкой кишке
г) с исследования желудка и 12-перстной кишки
д) все перечисленное

170. Гиперамилаземия и гиперамилазурия могут наблюдаться
а) при перфорации пептической язвы
б) при механической кишечной непроходимости
в) при остром панкреатите
г) при всем перечисленном
д) все перечисленное неверно

171. Патогенез аппендицита связывают
а) с инфекционной теорией

б) с нейротрофической теорией
в) с механической теорией
г) с аллергической теорией
д) со всем перечисленным

172. В классификации аппендицита различают
а) простой острый
б) деструктивный
в) осложненный острый
г) хронический первичный и рецидивирующий
д) все перечисленное

173. Среди деструктивного аппендицита различают
а) флегмонозный
б) флегмонозно-язвенный
в) гангренозный
г) все перечисленные
д) правильные ответы а) и в)

174. Атипичные формы острого аппендицита возможны при расположении червеобразного отростка
а) ретроцекально
б) в малом тазу
в) под печенью
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

175. Первым симптомом острого аппендицита является
а) тошнота и рвота
б) запор
в) диарея
г) боль в околопупочной или правой подвздошной зоне
д) лихорадка

176. Острые боли в правой половине живота без иррадиации, однократная рвота, пальпаторная болезненность в точке Мак-Бурнея, фебрильная лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево позволяют заподозрить
а) острый аппендицит
б) острый холецистит
в) правосторонний пиелонефрит
г) внематочную беременность
д) ни одно из них

177. Больная Н. 37 лет три дня наблюдалась участковым терапевтом по поводу болей в подложечной области, сопровождающихся рвотой. Связывает свое заболевание с употреблением за 30 мин до начала болей недоброкачественной пищи. С 3-го дня болезни присоединился понос до 16 раз в сутки, стул жидкий со слизью без крови. Из анамнеза известно, что на протяжении последнего года у больной было три подобных "отравления". Температура 38град. С. При осмотре - живот не вздут, при пальпации болезненный в подложечной области и правом подреберье. Брюшные мышцы в правом подреберье резистентны. В крови - лейкоцитоз 9. 8 со сдвигом до 8% п/я, СОЭ - 14 мм/час. - Наиболее вероятный предварительный диагноз
а) острый аппендицит
б) острый деструктивный холецистит
в) пищевая токсикоинфекция
г) гнойный холангит
д) правильные ответы а) и б)

178. Больная Н. 37 лет три дня наблюдалась участковым терапевтом по поводу болей в подложечной области, сопровождающихся рвотой. Связывает свое заболевание с употреблением за 30 мин до начала болей недоброкачественной пищи. С 3-го дня болезни присоединился понос до 16 раз в сутки, стул жидкий со слизью без крови. Из анамнеза известно, что на протяжении последнего года у больной было три подобных "отравления". Температура 38град. С. При осмотре - живот не вздут, при пальпации болезненный в подложечной области и правом подреберье. Брюшные мышцы в правом подреберье резистентны. В крови - лейкоцитоз 9. 8 со сдвигом до 8% п/я, СОЭ - 14 мм/час. Наиболее вероятный предварительный диагноз: острый аппендицит , острый деструктивный холецистит. - Дальнейшая тактика включает

а) полное постепенное обследование больной
б) экстренную лапароскопию
в) лапаротомию
г) активно-выжидательную тактику
д) полное исключение хирургической патологии

179. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. - В первую очередь необходимо провести
а) рентгенографию грудной клетки
б) ЭКГ
в) сигмоидографию
г) рентгенографию брюшной полости в горизонтальном положении
д) исследование билирубина в сыворотке

180. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. - Наибольшую информацию может дать
а) холецистография
б) снимок тонкого кишечника
в) ирригоскопия
г) сканирование печени
д) сканирование почек

181. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. - Наиболее логичный диагноз в данном случае
а) опухоль слепой кишки
б) регионарный илеит
в) перфорация гастродуоденальной зоны
г) перфоративный аппендицит с абсцедированием
д) острый холецистит

182. 47-летняя женщина поступила в клинику с жалобой на боли в животе в течение 2 недель и опухоль в правом нижнем квадранте. До этого была здорова, боли в последние два дня стали особенно сильными. Она отрицает любые продромальные симптомы типа тошноты, рвоты, поноса, запора или мелены. Температура - 38град. С, пульс - 104 в минуту. Живот вздут, отмечается перкуторная и пальпаторная болезненность в правой половине живота с иррадиацией в правый нижний квадрант. В правом нижнем квадранте пальпируется плотное образование 8- 0 см. Анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, лейкоцитоз - 16000 со сдвигом влево. Наиболее логичный диагноз в данном случае перфоративный аппендицит с абсцедированием. - Следующей логической ступенью может быть
а) лапаротомия
б) рентгенологическое исследование
в) сканирование печени
г) эхография
д) внутривенная пиелография

183. Дифференцировать с острым аппендицитом необходимо
а) регионарный илеит
б) мезентериальный лимфаденит
в) воспаление Меккелева дивертикула

г) разрыв трубы при внематочной беременности
д) все перечисленное

184. Особенности клинических проявлений острого аппендицита у детей связаны
а) с особенностями строения червеобразного отростка
б) со слабым развитием его лимфатических фолликулов
в) с подпеченочным расположением отростка
г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

185. Особенности клинического течения острого аппендицита у пожилых людей связаны
а) с пониженной реактивностью организма
б) с быстрым развитием деструктивных изменений
в) со слабой выраженностью симптомов
г) правильные ответы а) и в)
д) все перечисленное

186. Причинами тромбоза мезентериальных сосудов являются
а) атеросклероз
б) воспалительные заболевания сосудов
в) изменение коагуляционных свойств крови
г) спазм сосудов
д) все перечисленное

187. Для тромбоза мезентериальных сосудов характерны все перечисленные симптомы, кроме
а) резких болей в животе
б) неинтенсивных болей в животе
в) рвоты с примесью крови
г) поноса
д) коллапса

188. Лучшим диагностическим тестом при тромбозах мезентериальных артерий является
а) лапаротомия
б) лапароскопия
в) селективная ангиография
г) анализ кала на скрытую кровь
д) сигмоидоскопия

189. Дифференциальный диагноз тромбоза мезентериальных сосудов проводится
а) с перфоративной язвой
б) с острым панкреатитом
в) с расслаивающей аневризмой аорты
г) с кишечной непроходимостью
д) со всем перечисленным

190. Принципы консервативного лечения при тромбозах заключаются
а) в стремлении лизировать тромб
б) в предотвращении распространения тромбоза
в) в снятии спазма
г) в воздействии на реологические свойства крови
д) во всем перечисленном

191. Для рассасывания тромба применяют
а) фибринолизин
б) гепарин
в) стрептокиназу
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и в)

192. Для предупреждения тромбообразования применяют
а) курантил
б) персантин
в) реополиглюкин

г) правильные ответы а) и б)
д) все перечисленное

193. Причинами острого парапроктита являются
а) анальные трещины
б) геморрой
в) проктит
г) все перечисленное
д) правильные ответы а) и в)

194. Симптомами острого парапроктита являются
а) интоксикация
б) лихорадка
в) озноб
г) боли вокруг заднего прохода
д) все перечисленное

195. Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38град. С, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8. 0|109/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. - Для уточнения диагноза следует провести все перечисленные мероприятия, кроме
а) исключения острого гепатита
б) определения состояния послеоперационной зоны
в) лапароскопии
г) посева крови
д) исследования грудной клетки

196. Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38град. С, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8. 0|109/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. Результаты дообследования на 6-й день не выявили изменений в послеоперационной зоне и в легких, сывороточных маркеров гепатита В. Тяжесть состояния больной нарастает, остается фебрильной лихорадка с редкими ознобами, палочкоядерный сдвиг в формуле крови, отмечено снижение общего белка, альбуминов, холестерина в крови, нарастает анемия, одышка (до 40 в минуту) , тахикардия до 120-130 в минуту, АД - 100-90/60 мм рт. ст. Пропальпировать печень и селезенку из-за вздутия живота невозможно. Проводилась интенсивная дезинтоксикационная метаболическая терапия. Дальнейшая диагностика и лечебная тактика включает все перечисленное, кроме
а) посева крови
б) обзорного снимка брюшной полости
в) ультразвукового исследования органов брюшной полости
г) антибактериальной терапии
д) плазмафереза

197. Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38град. С, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8. 0|109/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. На 7-е сутки тяжесть состояния нарастает: сознание спутанное, одышка до 48-50 в минуту, в легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, тахикардия до 120-130 в минуту. Кишечные шумы не определяются. Диурез положительный. Испражнения непроизвольные. Желтуха прежней интенсивности. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Больная не приходя в сознание умерла. Наиболее вероятный клинический диагноз
а) подострая дистрофия печени
б) острый лейкоз
в) абсцесс печени с развитием сепсиса
г) гнойный парапроктит
д) разлитой перитонит

198. Острым желудочно-кишечным кровотечением осложняются все перечисленные заболевания, кроме
а) язвенной болезни
б) эрозивного гастрита
в) панкреатита
г) цирроза печени

д) геморрагических диатезов

199. Массивное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не встречается
а) при варикозе пищеводных вен
б) при катаральном рефлюкс-эзофагите
в) при язве желудка
г) при эрозивном гастрите
д) при постбульбарной язве

200. Синдром Мэллори - Вейса чаще всего сопровождает
а) язвенную болезнь
б) лимфому
в) карциному
г) алкоголизм
д) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

201. Острым кровотечением не сопровождаются
а) язвенная болезнь
б) синдром Мэллори - Вейса
в) острый гастрит
г) хронический гастрит А и В
д) рак желудка

202. Наиболее частой причиной гемобилии является
а) холелитиаз
б) холедохолитиаз
в) рак желчного пузыря
г) задняя пенетрация язвы
д) травма

203. Наименьшее количество крови в кале, при котором обнаруживают мелену, составляет
а) 25 мл
б) 60 мл
в) 100 мл
г) 250 мл
д) 500 мл

204. Изменяют цвет кала, симулируя мелену
а) карбонат кальция
б) гидроокись алюминия
в) окись магния
г) висмут и его производные
д) семена подорожника (применяющиеся как слабительное)

205. В патогенезе кровотечения из расширенных вен пищевода имеют значение
а) гипертонический криз в портальной системе
б) гастроэзофагеальный рефлюкс
в) нарушения в системе свертывания крови
г) правильные ответы а) и в)
д) все перечисленное

206. В патогенезе язвенных гастродуоденальных кровотечений играют роль
а) аррозия сосудов
б) кислый желудочный сок
в) повышение фибринолиза в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны
г) нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны
д) все перечисленное

207. Следствием массивного желудочно-кишечного кровотечения является
а) тахикардия
б) гипергликемия
в) азотемия
г) повышение температуры тела

208. Язвенная боль при развившемся кровотечении
а) усиливается
б) исчезает
в) распространяется кзади
г) наблюдается в околопупочной области
д) ненадолго купируется антацидами

209. Дегтеобразный стул появляется при поражении следующих отделов пищеварительного тракта, кроме
а) пищевода
б) желудка
в) еюнум
г) слепой кишки
д) 12-перстной кишки

210. В определении кровотечения из желудка и 12-перстной кишки не имеют значения
а) мелена
б) наличие алой крови в кале
в) красно-коричневая окраска кала
г) данные гастродуоденоскопии
д) данные рентгенологического исследования

211. В случае кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта самым ценным диагностическим приемом является
а) анамнез и лабораторные исследования
б) зондирование желудка
в) рентгенологическое исследование
г) эндоскопия
д) все перечисленное

212. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение
а) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
б) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
в) на тромбоз мезентериальной артерии
г) на неспецифический язвенный колит
д) на кровоточащую язву желудка

213. Слабость, жжение за грудиной, рвота с примесью крови, сердцебиение, повышенная потливость, низкий уровень артериального давления и мелена позволяют диагностировать
а) острый эзофагит, осложненный пищеводными кровотечениями
б) синдром Мэллори - Вейса
в) рак пищевода, осложненный кровотечением
г) варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением
д) все перечисленное

214. Слабость, жжение за грудиной, рвота с примесью крови, сердцебиение, повышенная потливость, низкий уровень артериального давления и мелена. - Наиболее адекватное уточняющее исследование при описанной выше симптоматике
а) эзофагогастродуоденоскопия
б) рентгеновское исследование пищевода и желудка
в) определение в крови уровня сывороточного железа
г) ультразвуковое исследование
д) ни одно из них

215. Больная Р. 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледная, пульс - 120 в минуту. АД - 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. - Наиболее вероятный диагноз
а) острый эрозивный гастрит
б) язвенная болезнь
в) синдром Мэллори - Вейса
г) пищевая токсикоинфекция
д) ни один из вышеперечисленных

216. Больная Р. 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледная, пульс - 120 в минуту. АД - 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. - Для подтверждения диагноза ей необходимо провести
а) рентгенологическое исследование желудка
б) ургентную гастроскопию
в) ЭКГ
г) анализ желудочного сока
д) посев кала и рвотных масс на выявление возбудителя

217. Больная Р. 18 лет в связи с развившимся полиартритом вторую неделю принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледная, пульс - 120 в минуту. АД - 90/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Наиболее вероятный диагноз острый эрозивный гастрит. - Неотложные лечебные мероприятия включают все следующие, кроме
а) прекращения приема индометацина
б) антибиотиков широкого спектра действия перорально
в) назначения антацидных препаратов
г) при необходимости подключения блокаторов Н2-рецепторов гимтамина
д) инфузионной терапии (при необходимости + кровезаменители)

218. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. - Диагностическое предположение включает
а) кровотечение из расширенных пищеводных вен
б) язва желудка
в) дуоденальная язва
г) эрозивный гастрит
д) все перечисленное

219. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта не обнаружило патологии. Возможно применить методы исследования
а) лапаротомию
б) чрезкожную чрезпеченочную холангиографию
в) эзофагогастродуоденоскопию
г) длительное наблюдение
д) ни одно из них

220. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Исследование выявило варикоз вен пищевода и нарушение функции печени, измененный альбуминово-глобулиновый показатель, АСТ - 700, билирубин - 80. 0. Наиболее вероятный диагноз
а) хронический активный гепатит с переходом в цирроз
б) тромбоз портальной вены
в) серповидно-клеточная болезнь
г) первичный билиарный цирроз
д) ни один из них

221. У 12-летнего пациента внезапно появилась безболезненная кровавая рвота. Физикальное исследование обнаружило гепатоспленомегалию. Наиболее вероятный диагноз хронический активный гепатит с переходом в цирроз. - Терапия может включать
а) желчегонные
б) глюкокортикостероиды
в) высокие дозы антибиотиков
г) все перечисленное
д) ничто из перечисленного

222. Больной Ч. 54 лет поступил в тяжелом состоянии: кровавая рвота, мелена, лихорадка, тахикардия. Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и обсеменения, лечение которого, вследствие злоупотребления алкоголем, проводилось нерегулярно короткими прерывистыми курсами. За 2 месяца до поступления беспокоили изжога, голодные боли в подложечной области, купирующиеся приемом соды. Определите неотложные диагностические процедуры

а) измерение АД и подсчет числа сердечных сокращений
б) гастроскопия
в) взятие крови для исследования
г) все перечисленное
д) ни одно из них

223. В диагностике ДВС-синдрома используют следующие лабораторные показатели
а) фибриноген крови
б) протромбин крови
в) число тромбоцитов
г) ни один из них
д) все перечисленное

224. В начальной стадии ДВС-синдрома, развившемся при тяжелом гепатите, используют все перечисленные средства, кроме
а) гепарина под кожу
б) курантила внутрь
в) реополиглюкина внутривенно
г) фибринолизина внутривенно
д) свежезамороженной плазмы внутривенно

225. К необходимым средствам для купирования ДВС-синдрома с геморрагическими проявлениями относятся
а) гепарин
б) курантил
в) свежезамороженная плазма
г) правильные ответы а) и в)
д) все перечисленное

226. Выраженный фибринолиз чаще всего встречается
а) при фульминантном гепатите
б) при циррозе печени
в) при гепатоме
г) при аминазиновой желтухе
д) при восходящем холангите

227. Для немедленного гемостаза кровоточащих вен пищевода следует
а) применить гипотензивные средства
б) применить гемостатические средства
в) ввести зонд Сенгстакена (Sengstaken)
г) вливать малые гемостатические дозы крови
д) прошить кровоточащие сосуды

228. При кровоточащих язвах желудка или 12-перстной кишки не используются
а) антациды таблетированные
б) сердечные гликозиды
в) миогенные спазмолитики
г) все перечисленные препараты
д) правильные ответы б) и в)

229. Лучшим средством лечения гипофибриногенемии, возникшей вследствие высокой фибринолитической активности, является
а) викасол
б) концентрированный человеческий фибриноген
в) обедненный солями альбумин
г) цельная свежая кровь
д) Е-аминокапроновая кислота

230. К причинам, ограничивающим использование препаратов кальция при лечении геморрагических осложнений язвенной болезни, относятся
а) кальций повышает выработку гастрина, стимулирующего желудочную секрецию
б) кальций, повышая тонус гладкой мускулатуры сосуда, уменьшает его способность к спазму
в) правильного ответа нет

г) все перечисленные

231. К синтетическим ингибиторам фибринолиза, применяемым при лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений, относятся
а) Е-аминокапроновая кислота
б) амбен
в) ацепрамин
г) правильные ответы а) и в)
д) все перечисленное

232. К лекарственным растениям, обладающим антигеморрагическим гемостатическим действием, относятся
а) лист крапивы
б) цветки арники
в) трава тысячелистника
г) трава водяного перца
д) все перечисленное

233. Плохой прогноз при желудочно-кишечном кровотечении, осложнившем язвенную болезнь, тесно связан
а) с размером язвы
б) с длительностью анамнеза
в) с величиной кровопотери
г) с полом больного
д) с локализацией язвы

234. Причинами возникновения "острого живота" могут быть
а) воспалительные заболевания органов брюшной полости
б) желудочно-кишечное кровотечение
в) воспалительные процессы женской половой сферы
г) все перечисленное
д) ни одно из перечисленных

235. Первостепенным диагностическим приемом при "остром животе" является
а) обзорный снимок брюшной полости
б) рентгенологическое исследование желудка
в) холецистография
г) внутривенная холеграфия
д) ирригоскопия

236. В клиническом анализе крови при "остром животе" не имеет значения
а) анемия
б) лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
в) ускорение СОЭ
г) тромбоцитопения
д) ретикулоцитоз

237. К необходимым инструментальным методам исследования при "остром животе" относятся
а) рентгенологическое
б) эхография
в) лапароскопия
г) правильные ответы б) и в)
д) все перечисленное

238. Основными клиническими симптомами "острого живота" являются
а) боли
б) тошнота
в) рвота
г) лихорадка
д) все перечисленное

239. Причиной перитонита не является
а) перфорация гастродуоденальной язвы

б) обострение язвенной болезни
в) тромбоз и инфаркт брыжейки
г) некроз поджелудочной железы
д) гангрена кишечника

240. Мучительная, неукротимая со схваткообразными болями и икотой, рвота наблюдается
а) при декомпенсированном стенозе привратника
б) при перитоните
в) при ахалазии пищевода
г) при остром инфаркте миокарда
д) при остром калькулезном холецистите

241. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение "печеночной тупости" свидетельствует
а) об остром панкреатите
б) о функциональной кишечной непроходимости
в) о перфорации язвы желудка или 12-перстной кишки
г) о механической кишечной непроходимости
д) о правостороннем пневмосклерозе

242. При симптомокомплексе "острого живота" тактика терапевта включает
а) клинический анализ крови
б) наблюдение за больным
в) рентгенологическое исследование
г) госпитализацию в хирургическое отделение
д) анализ мочи на диастазу

243. Боли в надлобковой области наблюдаются
а) при холецистите
б) при паховой грыже
в) при простатите
г) при проктосигмоидите
д) при аппендиците

244. Больной В. 54 лет в течение нескольких лет страдает гипертонической болезнью, последние два года - стенокардия напряжения. Через два часа после обильного обеда и употребления алкоголя развились резчайшие боли в эпигастрии, сопровождающиеся рвотой, коллаптоидным состоянием. При осмотре состояние крайней тяжести, пульс частый, малый, 100-120 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. - Наиболее вероятный диагноз предполагает все перечисленное, кроме
а) инфаркта миокарда
б) перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки
в) острого панкреатита
г) мезентериального тромбоза

245. Больной В. 54 лет в течение нескольких лет страдает гипертонической болезнью, последние два года - стенокардия напряжения. Через два часа после обильного обеда и употребления алкоголя развились резчайшие боли в эпигастрии, сопровождающиеся рвотой, коллаптоидным состоянием. При осмотре состояние крайней тяжести, пульс частый, малый, 100-120 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. - Неотложные диагностические мероприятия в этом случае включают все перечисленное, кроме
а) общего анализа крови
б) ЭКГ
в) диастазы мочи, амилазы и трипсина крови
г) гастроскопии

246. Острые, нарастающие по интенсивности, жгучего характера боли в эпигастральной области, артериальная гипотония, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз позволяют с первых же минут от начала заболевания заподозрить
а) атипичную форму инфаркта миокарда
б) острый холецистит
в) прободную язву желудка
г) острый панкреатит
д) ни один из перечисленных
247. Острые боли внизу живота, тахикардия, артериальная гипотония и анемия, внезапно возникшие у женщины молодого возраста, позволяют заподозрить

а) разрыв трубной беременности
б) осложнения язвенного колита
в) бациллярную дизентерию
г) острый аппендицит
д) ущемленную паховую грыжу

248. Характерными для разрыва аневризмы брюшного отдела аорты являются
а) острые боли в животе
б) нарастающая анемия
в) падение АД (коллапс)
г) при обзорной рентгенограции - изменение контуров аорты и ее кальциноз
д) все перечисленное

249. Острые внезапно возникшие боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, фебрильная лихорадка, ознобы, отсутствие пальпаторной болезненности и симптомов раздражения брюшины, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы крови до метамиелоцитов позволяют заподозрить
а) острый гастрит
б) острую нижнедолевую пневмонию
в) острый гнойный холецистит
г) печеночную кому
д) острое легочное сердце

250. Острые постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи, пальпаторная болезненность в зонах Шоффара и Мейо - Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево, непродолжительная амилазурия позволяют заподозрить
а) обострение хронического панкреатита
б) острый некротизирующий панкреатит
в) острый инфильтративный панкреатит
г) острый гастрит
д) язвенную болезнь в фазе обострения

Эталоны ответов к тестам:

001-Д	002-Д	003-В	004-Г	005-Д	006-Б	007-Д	008-Г	009-А	010-Д
011-В	012-Д	013-Д	014-А	015-Б	016-В	017-Д	018-Д	019-А	020-Д
021-Д	022-Г	023-Д	024-Г	025-Б	026-Д	027-А	028-Д	029-Д	030-Д
031-Б	032-А	033-В	034-Д	035-Г	036-А	037-Б	038-Б	039-Д	040-В
041-Д	042-Д	043-А	044-Г	045-Д	046-В	047-Д	048-А	049-Д	050-Б
051-Г	052-В	053-Г	054-А	055-Д	056-Д	057-Д	058-В	059-А	060-Б
061-В	062-Г	063-Д	064-Д	065-В	066-Д	067-Г	068-Д	069-Б	070-В
071-Г	072-Д	073-Д	074-Д	075-Б	076-Д	077-Б	078-В	079-Г	080-А
081-Д	082-Г	083-Д	084-Б	085-Г	086-А	087-Б	088-Д	089-В	090-Д
091-А	092-Г	093-Д	094-А	095-Д	096-Г	097-Г	098-В	099-Д	100-В
101-Д	102-Д	103-В	104-Д	105-Б	106-Д	107-А	108-В	109-Б	110-В
111-Г	112-Д	113-В	114-Д	115-А	116-Б	117-Д	118-В	119-Г	120-Б
121-Д	122-А	123-Д	124-Г	125-Б	126-Д	127-В	128-А	129-Г	130-Д
131-Г	132-Д	133-Д	134-Д	135-А	136-Г	137-Г	138-Д	139-Д	140-В
141-Д	142-Г	143-Б	144-Д	145-Г	146-Д	147-Г	148-В	149-Г	150-Д
151-Г	152-А	153-Д	154-Д	155-В	156-Д	157-Б	158-В	159-Д	160-А
161-Г	162-Д	163-В	164-Г	165-Д	166-А	167-Г	168-Б	169-А	170-Г
171-Д	172-Д	173-Г	174-Д	175-Г	176-А	177-Д	178-Б	179-Г	180-В
181-Г	182-А	183-Д	184-Г	185-Д	186-Д	187-Б	188-В	189-Д	190-Д
191-Д	192-Г	193-Г	194-Д	195-В	196-Д	197-В	198-В	199-Б	200-Г
201-Г	202-Д	203-Б	204-Г	205-Д	206-Д	207-А	208-Б	209-Г	210-Б
211-Г	212-Б	213-Д	214-А	215-А	216-Б	217-Б	218-Д	219-В	220-А
221-Б	222-Г	223-Д	224-Г	225-Г	226-Б	227-В	228-Г	229-Д	230-Г
231-Д	232-Д	233-В	234-Г	235-А	236-Г	237-Д	238-Д	239-Б	240-Б
241-В	242-Г	243-Б	244-Б	245-Г	246-А	247-А	248-Д	249-Б	250-А

4. Тема: Неотложные состояния в нефрологии.

001. По современным представлениям, основными механизмами прогрессирования гломерулонефрита являются
а) иммунные
б) иммунно-воспалительные и воспалительно-гемокоагуляционные
в) гормонально-гемодинамические
г) все перечисленные механизмы

002. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится
а) частые рецидивы нефротического синдрома
б) сочетание нефротического и гипертензивного синдромов
в) сочетание протеинурии с гематурией
г) присоединение тубулоинтерстициального поражения
д) все перечисленное

003. Причиной персистирования и хронизации иммунного ответа является
а) постоянное поступление антигена (персистирование этиологического фактора)
б) особенности иммунного ответа (сила и характер)
в) недостаточность (неэффективность) системного и местного фагоцитоза
г) все перечисленное

004. Если больной переносит стрептококковую инфекцию, острый гломерулонефрит обычно начинается
а) во время заболевания
б) через 5-7 дней после начала заболевания
в) через 10-14 дней после начала заболевания

005. Острый нефротический синдром характеризуют
а) артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия
б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
в) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия

006. Особенности диеты при остром гломерулонефрите
а) калорийность пищи 2500, животный белок 20. 0 в сутки
б) калорийность пищи 1500, животный белок до 40. 0 в сутки
в) калорийность пищи 2500, исключение животного белка
г) калорийность пищи 1500, животный белок до 20. 0 в сутки

007. У больного с прогрессирующим нефритом и хронической почечной недостаточностью возникло легочное кровотечение. Наиболее вероятный диагноз
а) системная красная волчанка с поражением легких
б) синдром Гудпасчера
в) бронхоэктазы и амилоидоз почек

008. Все перечисленные утверждения верны, за исключением
а) начало острого гломерулонефрита возможно без повышения артериального давления и отеков
б) исход эклампсии при остром гломерулонефрите благоприятный
в) для больных с острым гломерулонефритом характерна гиперстенурия
г) уровень комплемента сыворотки при остром гломерулонефрите высокий

009. Ангиоретинопатия у больных с подострым нефритом выявляется
а) через несколько дней (от начала заболевания)
б) через несколько недель
в) через 6 месяцев

010. Факторы, которые ускоряют прогрессирование хронической почечной недостаточности
а) выраженная артериальная гипертензия
б) гиперпаратиреоидизм
в) активность основного заболевания
г) все перечисленные

011. Содержание хлористого натрия в пище при остром гломерулонефрите
а) не более 5 г
б) не более 3 г
в) исключено полностью

012. Для больного гломерулонефритом, уровень калия в плазме которого равен 6 мэкв/л, предпочтителен
а) фуросемид
б) верошпирон
в) триамтерен

013. Больному острым гломерулонефритом с олигурией ограничение жидкости
а) необходимо
б) не обязательно
в) в зависимости от уровня артериального давления

014. Протеинурия при подостром гломерулонефрите составляет
а) до 1 г/сут
б) до 3 г/сут
в) свыше 3 г/сут

015. Уремия при подостром гломерулонефрите развивается
а) через 3-5 месяцев (от начала заболевания)
б) через 1 год
в) через 3 года

016. Для лечения подострого гломерулонефрита используют
в) пульс-терапию стероидными препаратами с последующим назначением массивных доз преднизолона и цитостатиков
б) плазмаферез, пульс-терапию с последующей четырехкомпонентной терапией (преднизолоном, цитостатиками, гепарином, курантилом)
в) плазмаферез, пульс-терапию с последующим назначением индометацина

017. Болезнь Берже характеризуют
а) выраженная протеинурия и гематурия
б) протеинурия и отложение IgA в мезангиуме
в) гематурия и отложение IgA в мезангиуме
г) гематурия и отложение IgG в мезангиуме

018. Нефроптоз может осложниться
а) пиелонефритом
б) форникальным кровотечением
в) артериальной гипертензией
г) всем перечисленным

019. Наиболее быстрое прогрессирование гломерулонефрита наблюдается
а) при макрогематурии
б) при нефротическом синдроме
в) при артериальной гипертензии
г) при сочетании протеинурии с гематурией
д) при сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома

020. Для лечения артериальной гипертензии при хронической почечной недостаточности следует выбрать следующую группу гипотензивных препаратов
а) тиазидовый диуретик и b-адреноблокатор
б) фуросемид в сочетании с b-адреноблокатором
в) допегит, празозин, гидралазин, коринфар
г) клофелин, верошпирон

021. "Сольтеряющая почка" может развиться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
а) хронического гломерулонефрита
б) хронического пиелонефрита
в) лекарственной нефропатии
г) поликистоза почек
д) обструктивной нефропатии

022. Для лечения отеков при нефротическом синдроме следует назначить
а) только диуретики

б) инфузии альбумина в сочетании с диуретиками
в) только инфузии альбумина
г) спиронолактоны, инфузии альбумина, диуретики

023. У больного, страдающего хроническим гломерулонефритом и получающего лечение преднизолоном в суточной дозе 80 мг, выявлена язва желудка. Ваши действия
а) увеличение дозы преднизолона
б) уменьшение дозы преднизолона
в) перевод на парентеральное введение преднизолона с постепенной отменой
г) полная отмена преднизолона

024. Длительное лечение цитостатиками в поддерживающих дозах требует
а) контролирования числа эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и гемоглобина 1 раз в месяц
б) контролирования функционального состояния печени 1 раз в 2-3 месяца
в) всего перечисленного

025. Для пульс-терапии больных хроническим гломерулонефритом применяют
а) азатропин
б) хлорбутин (лейкеран)
в) циклофосфан

026. Больной гломерулонефритом получает преднизолон. Добавление к лечению цитостатических препаратов необходимо
а) для уменьшения гематурии
б) для лучшей переносимости преднизолона
в) для улучшения результатов лечения
г) для уменьшения вероятности инфекционных осложнений

027. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является
а) изолированный нефротический синдром
б) злокачественная артериальная гипертензия
в) выраженная активность гломерулонефрита
г) длительность заболевания

028. При лечении больных хроническим гломерулонефритом хлорбутином необходимо постоянно следить
а) за содержанием лейкоцитов в крови
б) за содержанием тромбоцитов в крови
в) за количеством гемоглобина
г) за всеми перечисленными показателями

029. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение
а) преднизолоном
б) цитостатиками
в) индометацином
г) курантилом
д) гепарином

030. Гипокалиемия может наблюдаться при всех указанных состояниях, кроме
а) первичного гиперальдостеронизма
б) болезни Иценко - Кушинга
в) реноваскулярной гипертензии
г) ренинсекретирующей опухоли
д) олигурической почечной недостаточности

031. Показанием для биопсии почки является
а) новообразование почки
б) нефротический синдром
в) хронический пиелонефрит
г) поликистоз почек

032. Злокачественная гипертензия возможна при всех перечисленных заболеваниях, кроме
а) пиелонефрита
б) амилоидоза

в) узелкового периартериита
г) первичного нефросклероза

033. Бактериемический шок может быть осложнением
а) пиелонефрита
б) гломерулонефрита
в) подагрической нефропатии
г) амилоидоза

034. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиться при лечении
а) сульфаниламидами
б) бутадионом
в) D-пеницилламином
г) всеми перечисленными препаратами

035. Нефротический синдром может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
а) пиелонефрита
б) амилоидоза
в) системной красной волчанки
г) тромбоза почечных вен

036. Сроки возникновения хронической почечной недостаточности при фокально-сегментарном склерозе, протекающем с умеренной протеинурией
а) до 3 лет
б) до 5 лет
в) до 15-20 лет

037. Больному хроническим гломерулонефритом проводится терапия, включающая гепарин. На 2-й день лечения появилась макрогематурия. Ваши действия
а) отмена гепарина
б) продолжение терапии меньшими дозами гепарина под контролем времени свертывания крови
в) назначение гемостатической терапии
г) ничего из перечисленного

038. "Сольтеряющий синдром" чаще встречается
а) при хроническом гломерулонефрите
б) при хроническом интерстициальном нефрите
в) при амилоидозе почек
г) при волчаночном нефрите

039. Из перечисленных симптомов к азотемической интоксикации не имеет отношения
а) кожный зуд
б) эритроцитоз
в) полиурия, полидипсия
г) тошнота, рвота

040. Наиболее ранним признаком "гипокалиемической" почки является
а) олигурия, анурия
б) полиурия, полидипсия
в) лейкоцитурия
г) гематурия
д) все указанные симптомы

041. У больного с хронической почечной недостаточностью при обследовании выявлена выраженная гипокалиемия. Из перечисленного главной причиной этого состояния может стать
а) состав пищи, употребляемой больным
б) рвота
в) диарея

042. У больного с хронической почечной недостаточностью и обильной рвотой в течение 2-х недель отмечается нарастание креатинина и мочевины плазмы крови. Ваши действия
а) коррекция диеты
б) введение 10% раствора хлористого натрия внутривенно

в) наложение артериовенозного шунта и лечение гемодиализом
г) все перечисленное

043. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть
а) ограничение белка
б) достаточную калорийность пищи
в) ограничение фосфатов
г) все перечисленное

044. Наиболее важным этиологическим фактором хронической почечной недостаточности является
а) хронический пиелонефрит
б) хронический гломерулонефрит
в) гипертоническая болезнь
г) диффузные заболевания соединительной ткани

045. Общее количество калия в организме при терминальной стадии хронической недостаточности
а) повышается
б) понижается
г) не изменяется

046. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует
а) артериальная гипертензия
б) анемия
в) перегрузка жидкостью и натрием
г) все перечисленное

047. Наименьшим диуретическим действием из перечисленных препаратов обладает
а) гипотиазид
б) верошпирон
в) триампур
г) фуросемид

048. Наибольшим калийуретическим действием обладает
а) триамтерен
б) гипотиазид
в) лазикс
г) урегит

049. Верошпирон может вызывать
а) гинекомастию у мужчин
б) нарушение месячного цикла у женщин
в) гирсутизм
г) гиперкалиемию
д) все перечисленные нарушения

050. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности показатель
а) мочевины
б) остаточного азота
в) креатинина
г) калия

051. Наиболее ранними признаками хронической почечной недостаточности являются
а) повышение артериального давления
б) полиурия, полидипсия
в) гиперкалиемия

052. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности является
а) гломерулярный некроз
б) папиллярный некроз
в) тубулярный некроз
г) поражение интерстиция
053. Внутрисосудистый гемолиз не является причиной острой почечной недостаточности
а) при гемотрансфузионных конфликтах и малярии

б) при воздействии экзогенных токсинов и иммунном повреждении
в) при кардиогенном шоке

054. У больного с развившейся острой почечной недостаточностью и отсутствием желтухи можно заподозрить
а) отравление грибами
б) лептоспироз
в) острый гломерулонефрит

055. Причиной гемолитико-уремического синдрома может быть
а) массивный гемолиз
б) внутрисосудистое свертывание крови
в) шок
г) отравление бледной поганкой
д) отравление нитратами

056. При шоке причиной острой почечной недостаточности является
а) вегетативные нарушения
б) влияние токсических веществ поврежденных тканей
в) падение артериального давления
г) сопутствующая инфекция
д) образование комплексов антиген - антитело

057. Острую почечную недостаточность вызывают антибиотики группы
а) пенициллинов
б) макролидов
в) тетрациклинов
г) аминогликозидов
д) цефалоспоринов

058. Преренальная острая почечная недостаточность характеризуется
а) низкой относительной плотностью мочи
б) низкой осмолярностью мочи
в) обильным осадком в моче
г) низкой концентрацией натрия в моче
д) низкой концентрацией мочевины в моче

059. Возможная продолжительность олигурии при острой почечной недостаточности составляет
а) 1-2 недели
б) несколько часов
в) от нескольких часов до нескольких недель
г) все перечисленное

060. Полное восстановление функции почек при острой почечной недостаточности наступает через
а) 3-12 мес
б) 1-6 мес
в) 0. 5-4 мес

061. В случае развития острой почечной недостаточности при нефропатии беременных находят следующие морфологические изменения почек
а) острый тубулярный некроз
б) острый тубулярный некроз и острый очаговый кортикальный некроз
в) острый кортикальный некроз

062. Период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности характеризуется
а) увеличением удельного веса мочи
б) полиурией
в) изостенурией

063. В стадию восстановления диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает
а) отек легких
б) гипокалиемия
в) гипергидратация

г) уремический перикардит
д) все перечисленное

064. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение
а) плазмы
б) плазмозамещающих растворов
в) солевых растворов
г) фуросемида

065. У больных с острой почечной недостаточностью инфекционного и травматического происхождения уровень продуктов белкового метаболизма
а) остается без изменений
б) незначительно увеличивается
в) увеличивается в несколько раз
г) снижается в 1. 5-2 раза

066. При сепсисе, обширных гематомах и травмах гиперкалиемия может увеличиваться
а) на 0. 5 мэкв/л/сут
б) на 1. 2 мэкв/л/сут
в) на 1-2 мэкв/л/сут

067. Критерием умеренной гиперкалиемии является
а) K^+ плазмы 5. 5-6. 5 мэкв/л при отсутствии изменений ЭКГ
б) K^+ плазмы 5. 5-6. 5 мэкв/л и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ
в) K^+ плазмы 6. 5-7. 5 мэкв/л, наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т и расширения комплекса QRS на ЭКГ
г) исчезновение зубца Р и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ

068. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения
а) солей кальция
б) раствора гидрокарбоната натрия
в) концентрированного раствора глюкозы с инсулином
г) любым из перечисленных средств

069. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является
а) повышение содержания мочевины в крови
б) повышение содержания креатинина в крови
в) гиперфосфатемия
г) гиперкалиемия
д) гиперурикемия

070. Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при острой почечной недостаточности является
а) анурия
б) высокая гипертензия
в) повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв/л
г) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
д) развитие перикардита

071. Показанием для изолированной ультрафильтрации служит
а) ацидоз с дефицитом буферных оснований (BE) -15 мэкв/л
б) гипотоническая гипергидратация и отек мозга
в) констриктивный перикардит
г) гипопротеинемия 45 г/л

072. Причиной прогрессирующей анемии при длительной анурии является
а) подавление эритропоэза
б) гемолиз
в) дефекты гемостаза
г) гемодилюция и подавление синтеза трансферрина
д) все перечисленное

073. При лечении острой почечной недостаточности необходима диета
а) с повышенным содержанием белка
б) фруктово-овощная
в) с исключением жиров
г) углеводно-жировая
д) с низким содержанием белка

074. При нарушении функции почек наиболее безопасным антибиотиком, который можно применять в обычной дозировке, является
а) стрептомицин
б) левомицетин
в) тетрациклин
г) гентамицин
д) доксициклин

075. Больному с острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температуре, отсутствии артериальной гипертензии и признаков гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут можно вводить жидкости в объеме
а) до 200 мл/сут
б) до 700 мл/сут
в) до 1200 мл/сут
г) до 1500 мл/сут

076. Пиелонефрит осложняет течение мочекаменной болезни
а) в 10% случаев
б) в 20% случаев
в) в 50% случаев
г) в 80% случаев
д) в 100% случаев

077. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен
а) при хроническом активном калькулезном пиелонефрите
б) при коралловидном камне, пиурии
в) при остром гнойном пиелонефрите
г) во всех перечисленных случаях
д) ни в одном из перечисленных случаев

078. Посев мочи целесообразно производить
а) при остром гнойном пиелонефрите
б) при хроническом активном пиелонефрите
в) при хроническом латентном пиелонефрите
г) во всех перечисленных случаях
д) ни в одном из перечисленных случаев

079. Основным путем попадания микобактерий туберкулеза в почку является
а) гематогенный
б) контактный с соседних органов
в) восходящий
г) лимфогенный
д) все перечисленные

080. Для выявления микобактерий туберкулеза в моче применяют все перечисленные методы, кроме
а) бактериологического
б) бактериоскопического
в) иммунологического
г) биологического

081. Нарушения уродинамики при беременности начинаются
а) с 2-4 нед
б) с 5-6 нед
в) с 7-10 нед
г) с 15-20 нед

д) с 30 нед

082. Увеличение диуреза при беременности начинается
а) в I триместре
б) во II триместре
в) в III триместре
г) в любые сроки
д) непосредственно перед родами

083. Тип наследования при наследственном амилоидозе
а) аутосомно-рецессивный
б) аутосомно-доминантный
в) и тот, и другой
г) ни тот, ни другой

084. Вторичный амилоидоз может развиваться
а) при ревматоидном артрите
б) при псориатическом артрите
в) при опухолях
г) при бронхоэктазах
д) во всех перечисленных случаях

085. Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови
а) легких цепей иммуноглобулинов
б) преальбумина
в) белка s AA
г) b2-микроглобулина
д) всего перечисленного

086. При старческом амилоидозе наиболее часто поражаются все перечисленные органы, кроме
а) головного мозга
б) сердца, аорты
в) почек
г) поджелудочной железы

087. При вторичном амилоидозе прогноз, главным образом, определяется поражением
а) почек
б) надпочечников
в) сердечно-сосудистой системы
г) периферической нервной системы

088. Нефротический синдром при амилоидозе
а) легко купируется стероидами
б) сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности
в) встречается очень редко
г) исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

089. Для диагностики амилоидоза наиболее информативно гистологическое исследование
а) десны
б) подкожного жира
в) слизистой оболочки прямой кишки
г) ткани почки

090. Для выявления амилоида в биоптате необходима
а) окраска гематоксилином и эозином
б) PAS-реакция
в) окраска конго
г) импрегнация серебром по Джонсу - Моури
д) любой из перечисленных методов

091. При амилоидозе продолжительность лечения колхицином составляет
а) 1 мес
б) 5-6 мес

в) 1-2 года и более

092. При миеломной болезни с поражением почек особенно опасно развитие
а) гипергидратации
б) дегидратации
в) гиперкалиемии
г) гипокалиемии
д) гипофосфатемии

093. Для предупреждения развития острой почечной недостаточности при миеломной болезни целесообразно назначить
а) калийсберегающие мочегонные
б) обильное щелочное питье
в) обильное кислое питье
г) верно а) и б)
д) верно а) и в)

094. Острая мочекислая нефропатия может развиться
а) при распаде опухоли
б) при лечении опухоли цитостатиками
в) при радиационной терапии
г) во всех перечисленных случаях

095. При поражении почек и подозрении на миеломную болезнь показаны все перечисленные исследования, кроме
а) электрофореза белков сыворотки
б) внутривенной урографии
в) рентгенографии костей скелета
г) пункции костного мозга
д) пункционной биопсии почек

096. Интерстициальный нефрит при подагре клинически проявляется
а) нефротическим синдромом
б) повышением артериального давления
в) мочевым синдромом
г) всем перечисленным

097. Почечным осложнением при подагре помимо интерстициального нефрита является
а) синдром Фанкони
б) мочекаменная болезнь
в) амилоидоз
г) все перечисленное

098. Для лечения подагрической нефропатии используется
а) бенамид
б) аллопуринол
в) курантил
г) тиазидные мочегонные

099. Медикаментозная коррекция показана при уровне мочевой кислоты в моче выше
а) 0. 04 г/л
б) 0. 06 г/л
в) 0. 08 г/л
г) 0. 1 г/л

100. Анемия у больных раком почки наблюдается
а) в 10% случаев
б) в 20% случаев
в) в 50% случаев
г) в 100% случаев

101. Изостенурия - это состояние, при котором
а) плотность мочи равна плотности плазмы

б) плотность мочи ниже 1018
в) плотность мочи 1015

102. Условием правильного проведения пробы Зимницкого, позволяющей оценить состояние концентрационной способности почек, является
а) прием более 2 литров жидкости
б) прием менее 5 литров жидкости
в) прием около 1 литра жидкости

103. К функциональной протеинурии относят
а) ортостатическую протеинурию
б) лихорадочную протеинурию
в) протеинурию напряжения
г) все перечисленные типы

104. Лейкоцитурией называется увеличение числа лейкоцитов в моче свыше
а) 10 в поле зрения, или 4000 в 1 мл
б) 3-4 в поле зрения, или 2000 в 1 мл
в) 15-20 в поле зрения, или 6000 в 1 мл

105. Лейкоцитурия возникает
а) при пиелонефрите
б) при гломерулонефрите
в) при амилоидозе
г) при всех перечисленных заболеваниях

106. При посеве дневной мочи выявлена бактериурия 103 в 1 мл. Ваши последующие действия
а) исследование чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам
б) лечение антибактериальными препаратами без определения чувствительности микрофлоры
в) посев ночной мочи
г) посев мочи, взятой катетером

107. Урография позволяет
а) определить размеры почек
б) определить положение почек
в) выявить конкременты
г) оценить функцию почек
д) получить все перечисленные сведения

108. Максимальная суточная протеинурия в норме составляет
а) 50 мг
б) 100 мг
в) 150 мг
г) 300 мг
д) 500 мг

109. Свидетельством почечного происхождения гематурии является обнаружение в моче
а) измененных эритроцитов
б) эритроцитарных цилиндров
в) эритроцитов и протеинурии одновременно
г) выщелоченых эритроцитов

110. Животный белок и поваренная соль в пище
а) способствуют повышению клубочковой фильтрации
б) способствуют понижению клубочковой фильтрации
в) не изменяют клубочковую фильтрацию
г) влияют в зависимости от природы основного заболевания
д) влияют в зависимости от уровня артериального давления

111. При заболеваниях почек
а) сначала нарушается процесс разведения мочи
б) сначала нарушается процесс концентрирования мочи
в) нарушение процессов разведения и концентрирования происходит одновременно

г) очередность нарушений зависит от характера заболевания

112. Исследование функции почек
а) имеет самостоятельное диагностическое значение
б) не имеет самостоятельного диагностического значения

113. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является
а) артериальная гипертензия
б) гиперкалиемия
в) повышение уровня креатинина в крови
г) олигурия
д) протеинурия

114. У молодых женщин нефрит наиболее часто может быть проявлением
а) дерматомиозита
б) системной красной волчанки
в) системной склеродермии
г) тромбоцитопенической пурпуры
д) узелкового периартериита

Эталоны ответов к тестам:

001-Г	002-Д	003-Г	004-В	005-В	006-В	007-Б
008-Г	009-Б	010-Г	011-Б	012-А	013-А	014-В
015-А	016-Б	017-В	018-Г	019-Д	020-В	021-Д
022-Г	023-В	024-В	025-В	026-В	027-В	028-Г
029-В	030-Д	031-Г	032-Б	033-А	034-Г	035-А
036-В	037-Б	038-Б	039-Б	040-Б	041-Б	042-Г
043-Г	044-Б	045-А	046-Г	047-Б	048-Б	049-Д
050-В	051-Б	052-В	053-В	054-В	055-А	056-В
057-Г	058-Д	059-Г	060-А	061-В	062-Б	063-Б
064-Г	065-В	066-В	067-А	068-Г	069-Г	070-В
071-Б	072-Д	073-Г	074-Б	075-Б	076-В	077-Д
078-Г	079-А	080-В	081-Б	082-А	083-В	084-Д
085-В	086-В	087-А	088-Б	089-Г	090-В	091-В
092-Б	093-Б	094-Г	095-Б	096-Г	097-Б	098-Б
099-В	100-Б	101-А	102-В	103-Г	104-А	105-Г
106-В	107-Д	108-В	109-Б	110-А	111-Б	112-Б
113-В	114-Б					

5. Тема: Неотложные состояния в эндокринологии.

001. При недостаточности инсулина наблюдается 1) гипергликемия 2) усиление синтеза гликогена 3) уменьшение синтеза гликогена 4) увеличение образования кетоновых тел 5) уменьшение образования кетоновых тел
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2, 4
в) верно 1, 3, 4
г) верно 2, 3, 4
д) верно 2, 4, 5

002. При недостаточности инсулина наблюдается 1) гипергликемия 2) гиполипопротеинемия 3) жировая инфильтрация печени 4) гиперкетонемия 5) снижение уровня неэтерифицированных жирных кислот
а) верно 1, 2, 3
б) верно 3, 4, 5
в) верно 1, 3, 4
г) верно 2, 3, 4
д) верно 1, 3, 5

003. Основными патофизиологическими отличиями сахарного диабета I типа от сахарного диабета II типа являются все перечисленные, кроме
а) склонности к кетоацидозу
б) абсолютного дефицита инсулина

в) высокого уровня С-пептида
г) генетического дефекта противовирусного иммунитета
д) деструкции клеток

004. В этиологии сахарного диабета I типа играют роль все перечисленные факторы, кроме
а) инфекции
б) ожирения
в) наследственности

005. Среди перечисленных характеристик к сахарному диабету у подростков не относится
а) диабет I типа
б) инсулинозависимый диабет
в) инсулинодефицитный диабет
г) диабет II типа

006. Сахарный диабет у подростков является результатом 1) вирусного повреждения поджелудочной железы 2) аутоиммунного повреждения поджелудочной железы 3) нарушения биосинтеза инсулина 4) нарушения чувствительности рецепторов к инсулину
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 1, 3
д) верно 2, 4

007. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом
а) жирового гепатоза
б) гепатита
в) цирроза
г) всего перечисленного

008. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет
а) 8. 3-10. 1 ммоль/л
б) 6. 2-9. 3 ммоль/л
в) 2. 7-5. 5 ммоль/л
г) 3. 8-6. 7 ммоль/л
д) 3. 3-5. 5 ммоль/л

009. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет
а) 8. 43 ммоль/л
б) 7. 22 ммоль/л
в) 9. 6 ммоль/л
г) 10. 1 ммоль/л
д) 7. 8 ммоль/л

010. Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования
а) тест толерантности к глюкозе
б) глюкозокортикоидную пробу
в) исследование пробным завтраком, включающим 30 г легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови
г) все перечисленные

011. Тяжелая форма сахарного диабета характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
а) кетоацидоза
б) лабильного течения
в) наличия сосудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии, нейропатии)
г) катаракты

012. Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются 1) брадикардией 2) тахикардией 3) зависимостью частоты пульса от ритма дыхания, физических и эмоциональных нагрузок 4) ортостатической артериальной гипотензией
а) верно 1, 2
б) верно 3, 4

в) верно 2, 4
г) верно 2, 3
д) верно 1, 4

013. Поражение органов зрения при сахарном диабете включает
а) диабетическую ретинопатию
б) блефарит
в) ячмень
г) дистрофические изменения роговицы
д) все перечисленное

014. Сахарный диабет I типа характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
а) постепенного начала заболевания
б) молодого возраста
в) выраженности клинической симптоматики
г) инсулинозависимости, поражения b-клеток
д) отсутствия ожирения

015. Сахарный диабет II типа характеризуется 1) наличием антител к инсулинобразующим клеткам островков поджелудочной железы 2) отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами 3) нормальным состоянием инсулиновых рецепторов 4) повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме 5) отсутствием склонности к кетоацидозу
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 4, 5
в) верно 1, 3, 5
г) верно 3, 4, 5
д) верно 1, 4, 5

016. Для пролиферативной (III) стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме
а) отслойки сетчатки
б) кровоизлияний в стекловидное тело
в) вновь образованных сосудов
г) изменений вен

017. Для ранней диагностики диабетической нефропатии следует применять все перечисленные методы исследования, кроме
а) общего анализа мочи
б) пробы Редберга
в) пробы Зимницкого
г) пункционной биопсии почки
д) определения содержания креатинина в крови

018. Кетоацидотическая кома клинически проявляется всеми перечисленными признаками, кроме
а) бледности и сухости кожных покровов
б) нормальной температуры тела
в) артериальной гипотензии
г) артериальной гипертензии
д) дыхания Куссмауля, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе

019. Гипогликемическая кома клинически проявляется всеми перечисленными признаками, кроме
а) бледности и влажности кожных покровов
б) повышенного тонуса мышц, судорог
в) снижения артериального давления
г) наличия хрипов в легких

020. Наименьшим антигенным свойством обладает
а) инсулин крупного рогатого скота
б) свиной инсулин
в) овечий инсулин
г) китовый инсулин

021. Для устранения утренней гипергликемии (при лечении инсулином) целесообразно все перечисленное, кроме

а) увеличения вечерней дозы инсулина короткого действия
б) введения инсулина короткого действия дополнительно в 6 часов утра
в) замены инсулина (вечерняя инъекция) короткого действия инсулином со сроком действия 12 часов
г) введения вечером инсулина продленного суточного действия

022. Уровень гликемии натощак при сахарном диабете "беременности", при котором не следует назначать инсулин
а) 11. 1 ммоль/л
б) 13. 8 ммоль/л
в) 6. 7 ммоль/л
г) 5. 5 ммоль/л

023. При наличии генерализованной аллергической реакции на инсулин-цинк-суспензию целесообразны все перечисленные действия, кроме
а) перевода больного на инсулин монопиковый или монокомпонентный
б) добавления кортикостероидов
в) проведения термообработки инсулина
г) перевода больного на инсулин-цинк-суспензию аморфную

024. Абсолютным показанием для инсулинотерапии при сахарном диабете является все перечисленное, кроме
а) кетоацидоза, прекоматозных состояний
б) беременности, родов
в) тяжелых дистрофических поражений кожи (карбункулов, фурункулеза, трофических язв, некробиоза)
г) нефросклеротической стадии диабетического гломерулосклероза
д) обострения ишемической болезни сердца

025. Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет
а) 0. 3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
б) 0. 4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
в) 0. 5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности

026. К инсулинам короткого действия (6-8 часов) относятся все перечисленные, кроме
а) инсулина простого
б) суинсулина
в) актрапида
г) лонг-инсулина

027. К инсулинам суточного действия относятся 1) "ультраленте" 2) протафан 3) инсулин Б 4) монотард 5) ультратард
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 1, 5
д) верно 4, 5

028. Применение сульфаниламидных препаратов у больных сахарным диабетом показано
а) при сахарном диабете II типа средней тяжести
б) при диабетической нефропатии III стадии
в) при перенесенном гепатите
г) при диабетической ретинопатии I стадии

029. Абсолютными противопоказаниями для применения сульфаниламидных препаратов у больных с сахарным диабетом являются все перечисленные, кроме
а) кетоацидоза
б) лейкопении, тромбоцитопении
в) беременности, родов, лактации
г) инфаркта миокарда

030. Показанием к применению бигуанидов является все перечисленное, кроме
а) сахарного диабета II типа в сочетании с ожирением
б) ожирения

в) хронических заболеваний, сопровождающихся тканевой гипоксией

031. К побочным явлениям бигуанидов относятся
а) молочнокислый ацидоз
б) диспепсические явления
в) аллергические кожные реакции
г) все перечисленные

032. Потребность в вводимом в дневные часы инсулине составляет в среднем
а) 50% от суточной дозы
б) 70% от суточной дозы
в) 30% от суточной дозы
г) 10% от суточной дозы

033. Ожирение является фактором риска 1) для сахарного диабета 2) для атеросклероза 3) для почечно-каменной болезни 4) для желчно-каменной болезни 5) для хронического гастрита
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 1, 2, 4
г) верно 2, 3, 4
д) верно 3, 4, 5

034. Развитию ожирения способствуют все перечисленные алиментарные факторы, кроме
а) частого калорийного питания небольшими порциями
б) избыточного употребления растительной пищи
в) избыточного употребления углеводов
г) избыточного употребления жиров

035. Токсический зоб у лиц пожилого возраста проявляется 1) крупным тремором пальцев рук 2) сердечной декомпенсацией 3) выраженной офтальмопатией 4) нефрологическими симптомами 5) малыми размерами щитовидной железы
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 2, 4
д) верно 3, 5

036. Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба характерны
а) похудание
б) постоянное сердцебиение
в) общий гипергидроз
г) дрожание конечностей, мышечная слабость
д) все перечисленные

037. В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться все перечисленные препараты, кроме
а) карбоната лития
б) верошпирона
в) мерказолила
г) глюкокортикоидов
д) b-адреноблокаторов

038. Основным методом лечения больных с узловым токсическим зобом моложе 30 лет является
а) оперативное лечение
б) лечение 131J
в) лечение мерказолилом
г) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами

039. Для аутоиммунного тиреоидита характерно 1) повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы 2) равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы 3) увеличение шейных лимфатических узлов 4) повышение температуры тела
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4

г) верно 1, 3
д) верно 2, 4

040. Для подострого тиреоидита характерно все перечисленное, кроме
а) выраженного болевого синдрома
б) лейкоцитоза, увеличения СОЭ
в) повышения температуры тела
г) экзофтальма
д) повышения титра антител к тиреоидным гормонам

041. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются 1) определение белково-связанного йода в крови (СБИ) 2) определение основного обмена 3) определение трийодтиронина (Т3) 4) определение тироксина (Т4) 5) определение тиреотропного гормона (ТТГ)
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 3, 5
д) верно 2, 4, 5

042. Тиреотоксическая аденома характеризуется 1) наличием узлового зоба 2) эндокринной офтальмопатией 3) высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) 4) сочетанием с миастенией 5) снижением уровня ТТГ
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 1, 5
д) верно 4, 5

043. Для гипотиреоза характерно все перечисленное, кроме
а) сухости кожных покровов
б) склонности к запорам
в) сонливости
г) брадикардии
д) потери массы тела

044. Для лечения гипотиреоза применяют все перечисленное, кроме
а) тиреоидина
б) мерказолила
в) трийодтиронина
г) тироксина

045. Для диагностики феохромоцитомы применяют все перечисленное, кроме
а) исследования катехоламинов в суточной моче
б) сканирования надпочечников
в) аортографии
г) исследования катехоламинов в венозной крови
д) пробы с АКТГ

046. Для болезни Иценко - Кушинга характерно все перечисленное, кроме
а) истончения конечностей
б) атрофии мышц ягодичной области
в) наличия стрий
г) появления климактерического горбика
д) выпадения волос на лобке и в подмышечных областях

047. Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко - Кушинга и кортикостеромы 1) определение суточного ритма кортизола 2) определение суммарного количества 17-кетостероидов в крови 3) сканирование надпочечников 4) проба с дексаметазоном 5) проба с АКТГ
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 3, 4
д) верно 2, 4, 5

048. Соматотропный гормон не обладает
а) диабетогенным действием
б) жиромобилизующим действием
в) анаболическим действием
г) катаболическим действием

049. Для активной стадии акромегалии характерно
а) нарушение углеводного обмена
б) повышение уровня соматомедина С в крови
в) артропатия
г) гипертрофия мягких тканей
д) все перечисленное

050. Причиной возникновения церебрально-гипофизарной недостаточности может быть
а) травма черепа с последующим кровоизлиянием
б) опухоль турецкого седла
в) туберкулез
г) менингоэнцефалит
д) все перечисленное

051. Для церебрально-гипофизарной недостаточности характерно все перечисленное, кроме
а) гипогликемии
б) гипергликемии
в) гипогликемии натощак
г) повышенной чувствительности к инсулину
д) снижения гликемии при проведении стандартного теста толерантности к глюкозе

052. Для синдрома Шихена (Шиена) характерны 1) недостаточность функции щитовидной железы 2) недостаточность функции надпочечников 3) сахарный диабет 4) кахексия 5) снижение функции половых желез
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 2, 5
д) верно 2, 3, 5

053. Церебрально-гипофизарную недостаточность необходимо дифференцировать
а) с неврогенной анорексией
б) с аддисоновой болезнью
в) с первичным гипотиреозом
г) с первичным гипогонадизмом
д) со всем перечисленным

054. При церебрально-гипофизарной недостаточности снижается выработка
а) адренокортикотропного гормона (АКТГ) , соматотропного гормона (СТГ)
б) тиреотропного гормона (ТТГ)
в) лютеинизирующего гормона (ЛГ) , фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
г) пролактина
д) всех перечисленных гормонов

055. Для аддисоновой болезни характерны 1) пигментация 2) аменорея 3) похудание 4) артериальная гипотензия 5) повышение основного обмена
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 3, 4
д) верно 2, 4, 5

056. Первичный гипокортицизм необходимо дифференцировать со всем перечисленным, кроме
а) гемохроматоза
б) диффузного токсического зоба
в) склеродермии
г) гипотиреоза

д) хронического энтерита

057. При сочетании аддисоновой болезни с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки предпочтительнее назначение
а) ДОКСА
б) дексаметазона
в) преднизолона
г) кортизола

058. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать все перечисленное, кроме
а) гидрокортизона сукцината (внутривенно)
б) ДОКСА (внутримышечно)
в) физиологического раствора с глюкозой (внутривенно)
г) ДОКСА (сублингвально)

059. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение
а) ДОКСА
б) кортизона
в) преднизолона
г) триамсинолона
д) дексаметазона

060. Для первичного альдостеронизма характерны 1) положительная проба с верошпироном 2) гиперкалиемия 3) отсутствие изменений на ЭКГ 4) гипокалиемия
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 1, 4
г) верно 2, 4
д) верно 1, 3

061. Наиболее часто встречающиеся клинические формы врожденной вирилизирующей гиперплазии коры надпочечников 1) сольтеряющая без выраженной вирилизации 2) простая вирильная форма (неосложненная) 3) гипертоническая 4) сольтеряющая 5) протекающая с гипогликемией
а) верно 1, 2
б) верно 3, 4
в) верно 4, 5
г) верно 2, 4
д) верно 3, 5

062. Для адреногенитального синдрома у взрослых женщин характерно все перечисленное, кроме
а) гермафродитного строения наружных гениталий
б) изменения кровяного давления
в) нарушения менструаций (гипоаменореи)
г) высокорослости
д) гирсутизма

063. Климактерический период характеризуется всем перечисленным, кроме
а) вегетативно-сосудистых нарушений
б) нейропсихических расстройств
в) кожных высыпаний

064. Климактерический период может сопровождаться всем перечисленным, кроме
а) приливов
б) ознобов с высокой температурой
в) болей в сердце
г) чувства нехватки воздуха
д) диэнцефальных кризов

065. Для лечения вегетативно-сосудистых нарушений климактерического периода применяют все перечисленное, кроме
а) седативных средств
б) препаратов, снижающих тонус симпатической нервной системы
в) блокаторов функции щитовидной железы

г) малых доз эстрогенов или андрогенов

066. При лечении климактерической кардиопатии может быть эффективным применение
а) индерала
б) эрготамина
в) препаратов калия
г) климактерина
д) всех перечисленных средств

067. Для выведения из гипогликемической комы назначают
а) внутривенное вливание 40% раствора глюкозы
б) подкожное введение 5% раствора глюкозы
в) прием внутрь 2-3 кусочков сахара

068. Для синдрома галактореи-аменореи характерно
а) гипертрихоз
б) бесплодие
в) избыточная масса тела
г) лактореа
д) все перечисленное

069. Ятрогенная галактореа развивается при длительном применении
а) нейролептиков
б) антидепрессантов
в) оральных контрацептивов
г) всех перечисленных средств

070. Для инсулин-независимого сахарного диабета характерно
а) гликемия натощак 5. 5 ммоль/л
б) гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л
в) отсутствие глюкозурии
г) отсутствие ацетонурии
д) все перечисленное

071. Для тяжелой формы болезни Иценко - Кушинга характерно
а) прогрессирующая мышечная слабость
б) патологические переломы костей
в) сердечно-легочная недостаточность
г) тяжелые психические расстройства
д) все перечисленное

072. Для острой недостаточности надпочечников характерно
а) гипонатриемия
б) гипохлоремия
в) гиперкалиемия
г) гипогликемия
д) все перечисленное

073. Сахаропонижающее действие препаратов сульфанилмочевины связано
а) с повышением секреции эндогенного инсулина
б) с потенцированием действия инсулина
в) с нейтрализацией действия антагонистов инсулина
г) с улучшением утилизации глюкозы
д) со всем перечисленным

074. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны 1) дыхание типа Куссмауля 2) кетоацидоз 3) гипернатриемия 4) гиперосмолярность 5) гипергликемия
а) верно 1, 3, 4
б) верно 2, 3, 5
в) верно 1, 2, 4
г) верно 3, 4, 5
д) верно 2, 4, 5

075. Для синдрома Шерешевского - Тернера характерны 1) гипогонадизм 2) опережение костного возраста 3) соматические нарушения 4) низкий рост 5) гирсутизм
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 3, 4
в) верно 1, 4, 5
г) верно 2, 3, 4
д) верно 3, 4, 5

076. В патогенезе болезни Иценко - Кушинга играет роль все перечисленное, кроме
а) снижения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
б) гиперкалиемии
в) повышения уровня серотонина
г) повышения уровня АКТГ
д) повышения уровня кортизола

077. Тяжелая форма болезни Иценко - Кушинга характеризуется всем перечисленным, кроме
а) прогрессирующей мышечной слабости
б) патологических переломов костей
в) сердечно-легочной недостаточности
г) тяжелых психических расстройств
д) сохраненного менструального цикла

078. При острой недостаточности коры надпочечников наблюдается все перечисленное, кроме
а) гипонатриемии
б) гипохлоремии
в) гиперкалиемии
г) гипокалиемии
д) низкого уровня сахара в крови

079. Стойкая тахикардия у больных инсулинозависимым сахарным диабетом может быть обусловлена всем перечисленным, кроме
а) сочетания с токсическим зобом
б) сердечной недостаточности
в) гипохромной анемии
г) автономной сердечной нейропатии
д) гиперинсулинемии

080. Механизм сахаропонижающего действия препаратов сульфанилмочевины обусловлен всем перечисленным, кроме
а) повышения секреции эндогенного инсулина
б) потенцирования действия инсулина
в) нейтрализации действия антагонистов инсулина
г) улучшения утилизации глюкозы
д) повышения глюконеогенеза

081. Для синдрома галактореи-аменореи характерно все перечисленное, кроме
а) гипертрихоза
б) бесплодия
в) избыточной массы тела
г) повышения артериального давления
д) лактореи

082. Лактorея может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
а) феохромоцитомы
б) синдрома персистирующей галактореи-аменореи
в) гипотиреоза
г) акромегалии
д) синдрома Штейна - Левенталя

083. Ятрогенная галактorея развивается при длительном применении всех перечисленных препаратов, кроме
а) нейролептиков
б) антидепрессантов

в) резерпина и его производных
г) оральных контрацептивов
д) тиреоидных препаратов

084. Гипертонический криз при первичном альдостеронизме характеризуется всем перечисленным, кроме
а) резкой головной боли
б) тошноты, рвоты
в) отсутствия тетании, преходящих параличей
г) снижения или потери зрения
д) резкого повышения артериального давления, особенно диастолического

085. Для диабетической ретинопатии II стадии характерно все перечисленное, кроме
а) точечных кровоизлияний в сетчатку
б) микроаневризм
в) уменьшения диаметра венул
г) наличия мягких экссудатов
д) отсутствия неоваскуляризации

Эталоны ответов к тестам:

001-В	002-В	003-В	004-В	005-Г	006-А	007-А
008-Д	009-Д	010-Г	011-Г	012-В	013-Д	014-А
015-Б	016-Г	017-Д	018-Г	019-Г	020-Б	021-А
022-Г	023-Г	024-Д	025-Г	026-Г	027-Г	028-А
029-Г	030-В	031-Г	032-Б	033-В	034-Б	035-А
036-Д	037-Б	038-А	039-А	040-Г	041-В	042-Г
043-Д	044-Б	045-Д	046-Д	047-Г	048-Г	049-Д
050-Д	051-Б	052-Г	053-Д	054-Д	055-Г	056-Г
057-А	058-Г	059-Г	060-В	061-Г	062-Г	063-В
064-Б	065-В	066-Д	067-А	068-Д	069-Г	070-Д
071-Д	072-Д	073-Д	074-Г	075-Б	076-Б	077-Д
078-Г	079-Д	080-Д	081-Г	082-А	083-Д	084-В
085-В						

6. Тема: Неотложные состояния в гематологии.

001. Из перечисленных клеток в нормальном лимфоузле присутствуют
а) только миелоидные клетки
б) только В-лимфоциты
в) только Т-лимфоциты
г) В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а также клетки циркулирующей крови

002. К функциям селезенки относятся
а) выработка антител
б) секвестрация клеток крови
в) торможение костномозгового кроветворения
г) все перечисленные функции

003. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют
а) нейтрофилы
б) эозинофилы
в) базофилы
г) моноциты
д) все перечисленные клетки

004. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют
а) эритроциты
б) лимфоциты
в) тромбоциты
г) ни один из перечисленных клеточных элементов

005. Из перечисленных компонентов плазмы в осуществлении неспецифической иммунной защиты участвуют

а) иммуноглобулины
б) альбумины
в) компоненты комплемента
г) фибриноген

006. Из перечисленных компонентов плазмы в осуществлении неспецифической иммунной защиты участвуют
а) фибронектин
б) лизоцим
в) интерфероны
г) все перечисленные компоненты
д) верно б) и в)

007. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют
а) эритроциты
б) гранулоциты
в) Т-лимфоциты
г) В-лимфоциты
д) тромбоциты

008. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ
а) иммуноглобулины G
б) иммуноглобулины A
в) иммуноглобулины M
г) иммуноглобулины D
д) иммуноглобулины E

009. Система комплемента является
а) частью специфического иммунитета
б) неспецифическим фактором иммунной защиты
в) частью системы гемостаза
г) регулятором гемопоэза

010. Морфологической основой гуморального иммунитета являются
а) макрофаги
б) Т-лимфоциты
в) В-лимфоциты
г) плазмоциты
д) все перечисленные клетки

011. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются
а) Т-лимфоциты
б) В-лимфоциты
в) плазмоциты
г) макрофаги
д) все перечисленные клетки

012. Нормальный иммунный ответ всегда
а) поликлональный
б) моноклональный
в) поли- и моноклональный
г) диклональный

013. Нормальный первичный иммунный ответ достигает максимума после антигенного воздействия
а) через несколько часов
б) через 3-4 дня
в) на второй неделе
г) через 1 месяц

014. Нормальный вторичный иммунный ответ достигает максимума после антигенного воздействия
а) через несколько часов
б) через 3-4 дня
в) на второй неделе

г) через 1 месяц

015. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза
а) резекцией желудка
б) большим количеством детей (родов)
в) нефрэктомией
г) гипосекреторным гастритом

016. Грифельно-серый цвет кожи характерен
а) для эритремии
б) для множественной миеломы
в) для болезни Гоше
г) для синдрома Гудпасчера

017. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна
а) для эритремии
б) для множественной миеломы
в) для болезни Гоше
г) для геморрагического васкулита

018. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна
а) для множественной миеломы
б) для СПИДа
в) для геморрагического васкулита
г) для системной красной волчанки

019. Выраженное похудание характерно
а) для лимфопролиферативных заболеваний
б) для миелопролиферативных заболеваний
в) для болезни Кули
г) для мегалобластной анемии

020. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания
а) резкая болезненность
б) "деревянная" плотность
в) плотноэластическая консистенция
г) спаянность с кожей и между собой

021. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно
а) для гемолитических анемий
б) для железодефицитных анемий
в) для множественной миеломы
г) для болезни тяжелых цепей

022. Артралгический синдром нередко бывает самым ранним проявлением
а) гемолитической анемии
б) множественной миеломы
в) острой порфирии
г) эритремии

023. Ранний инфаркт миокарда может быть следствием
а) иммунокомплексной патологии
б) дефицита антитромбинов
в) присутствия волчаночного фактора
г) парапротеинемии

024. Для железодефицитной анемии характерны
а) тошнота, рвота
б) жжение в языке
в) афтозный стоматит
г) тяга к острой пище

025. Ярко-красный язык нередко наблюдается
а) при амилоидозе
б) при тромбоцитопении
в) при мегалобластной анемии
г) при болезни Гоше

026. Увеличение и уплотнение печени в ранней стадии заболевания наблюдается
а) при хроническом миелолейкозе
б) при множественной миеломе
в) при болезни тяжелых цепей
г) при геморрагическом васкулите

027. Шум плеска и умеренная болезненность при пальпации кишечника характерны
а) для лимфогранулематоза
б) для эритремии
в) для некротичесой энтеропатии
г) для амилоидоза (при множественной миеломе)

028. Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны
а) для выраженной анемии
б) для нейролейкоза
в) для амилоидоза
г) для эритремии

029. Рецидивирующий Herpes labialis характерен
а) для множественной миеломы
б) для мегалобластной анемии
в) для апластической анемии
г) для лимфопролиферативных заболеваний
д) для всего перечисленного

030. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать
а) о криоглобулинемии
б) о болезни Гоше
в) об эритроцитозе
г) о талассемии
д) верно б) и в)

031. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно
а) для внутриклеточного гемолиза
б) для внутрисосудистого гемолиза
в) для терминальной стадии хронической почечной недостаточности
г) для геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном

032. Исследование пунктата опухолевого образования достаточно для постановки диагноза
а) лимфогранулематоза
б) гистиоцитоза
в) фибромы
г) ни одного из перечисленных заболеваний

033. Стертый рисунок лимфатического узла в гистологическом препарате характерен
а) для лимфосаркомы
б) для лимфаденопатии при люпоидном гепатите
в) для инфекционного мононуклеоза
г) для инфекционного лимфаденита

034. Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать
а) для установления варианта лимфогранулематоза
б) для диагностики лимфаденитов
в) для установления цитохимического варианта острого лейкоза
г) для диагностики метастазов рака
д) для всего перечисленного

035. Внутривенная урография противопоказана
а) при апластической анемии
б) при синдроме Гудпасчера
в) при множественной миеломе
г) при эритремии
д) при всем перечисленном

036. Факторами, вызывающими мутации генов, являются
а) инфракрасное излучение
б) ионизирующее излучение
в) алкилирующие химические препараты
г) тяжелые металлы
д) верно б) и в)

037. В начале ВИЧ-инфекции развивается дефект иммунитета
а) клеточного
б) гуморального
в) и того, и другого одновременно

038. В основе патогенеза СПИДа лежит
а) паралич фагоцитарной активности
б) прогрессирующее снижение уровня СД-8 клеток
в) прогрессирующее снижение уровня СД-4 клеток
г) депрессия IgM
д) все перечисленное

039. Типичные проявления СПИДа
а) исхудание, лихорадка
б) депрессия
в) головная боль
г) нарушение мозгового кровообращения
д) все перечисленные

040. Диагностика СПИДа основывается
а) на данных клинической картины
б) на бактериологическом исследовании испражнений
в) на результатах посева крови
г) на иммунохимическом исследовании
д) на исследовании субвариантов лимфоцитов

041. Наиболее характерным диагностическим признаком СПИДа является
а) снижение массы тела
б) лихорадка
в) лимфаденопатия
г) снижение уровня ОКТ-4 в крови

042. Группа крови по системе АВО устанавливается
а) только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти- А и анти-В реагентами
б) только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов сывороткой исследуемой крови
г) по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке
д) по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке

043. При определении группы крови по системе АВО используются
а) реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках
б) конглютинация с желатином
в) конглютинация с альбумином
г) непрямой антиглобулиновый метод

044. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится
а) для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору
б) для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО

в) для выявления аутосенсибилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора
г) для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента
д) верно б) и г)

045. "Антиген" - это
а) бактерии или вирусы
б) белки
в) любое вещество, вызывающее иммунный ответ
г) полисахариды

046. Реакция Кумбса - это агглютинация эритроцитов
а) покрытых неполными антителами, в среде с желатином
б) кроличьей сывороткой против эритроцитов человека
в) лектинами
г) покрытых неполными антителами, с помощью кроличьей сыворотки против иммуноглобулинов человека
д) полными аутоиммунными антителами

047. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют
а) ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке
б) С-реактивный белок
в) аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела
г) сенсибилизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
д) верно в) и г)

048. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления
а) иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус- антигенов
б) аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител
в) антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток
г) сенсибилизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе

049. Наследственность имеет решающее причинное значение
а) при хроническом миелолейкозе
б) при хроническом лимфолейкозе
в) при лимфосаркоме
г) при остром лимфобластном лейкозе
д) верно а) и г)

050. Ионизирующая радиация имеет основное причинное значение
а) при хроническом лимфолейкозе
б) при лимфосаркоме
в) при лимфогранулематозе
г) при остром миелобластном лейкозе
д) верно б) и в)

051. Классификация лейкозов основана
а) на клинической картине заболевания
б) на анамнестических данных
в) на степени зрелости клеточного субстрата заболевания
г) на продолжительности жизни больного
д) на эффективности проводимой терапии

052. Решающее отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит
а) в темпе увеличения массы опухоли
б) в секреции аномальных белков
в) в наличии метастазов
г) в наличии опухолевой прогрессии

053. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить
а) биопсию лимфоузла
б) стернальную пункцию
в) пункцию селезенки
г) подсчет ретикулоцитов

054. В основе подразделения лейкозов на острые и хронические лежит
а) характер течения заболевания
б) возраст больных
в) степень угнетения нормальных ростков кроветворения
г) степень анаплазии элементов кроветворной ткани

055. Понятие "опухолевая прогрессия" лейкозов означает
а) более злокачественное течение
б) прогрессирование процесса
в) появление новых автономных, более патологических клонов клеток
г) все перечисленное

056. Лечение острых лейкозов включает
а) мероприятия, направленные на индукцию ремиссии
б) мероприятия, направленные на консолидацию достигнутой ремиссии
в) непрерывную поддерживающую терапию
г) курсы реиндукционной терапии
д) все перечисленное

057. Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
а) высокой лихорадки
б) диареи
в) шума плеска и урчания при пальпации в илеоцекальной области
г) тенезмов
д) развития на фоне агранулоцитоза

058. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются
а) увеличение числа лимфоцитов
б) сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов
в) базофильно-эозинофильная ассоциация
г) появление клеток типа плазмобластов
д) верно б) и в)

059. Остеодеструктивный процесс
а) является обязательным симптомом множественной миеломы
б) не является обязательным симптомом множественной миеломы
в) развивается только на поздних стадиях заболевания
г) развивается только у стариков

060. Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому
а) исключает полностью диагноз заболевания
б) не исключает полностью диагноз заболевания
в) исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов
г) исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания

061. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны
а) повышение температуры тела
б) похудание
в) костные боли и полинейропатия
г) снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия
д) верно а) и б)

062. Режим больных с множественной миеломой предполагает
а) ограничение движений
б) максимальную физическую активность
в) лечебную физкультуру
г) ношение корсета
д) верно в) и г)

063. Трансплантация костного мозга применяется

а) в фазе индукции ремиссии острых миелоидных лейкозов
б) в фазе ремиссии после первого рецидива острого лимфобластного лейкоза у детей
в) в фазе ремиссии после первой атаки острого миелоидного лейкоза (первая ремиссия)
г) верно а) и б)
д) верно б) и в)

064. К специфическим для лимфогранулематоза проявлениям относятся
а) слабость, потливость, одышка
б) кровоточивость
в) гепатолиенальный синдром
г) нервно-психические нарушения
д) ничего из перечисленного

065. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются
а) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование)
б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани
в) сцинтиграфия
г) лимфография
д) компьютерная и ЯМР-томография

066. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен
а) увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости
б) тромбоцитозом
в) нарушением функциональных свойств тромбоцитов
г) всеми перечисленными факторами

067. Парапротеинемические гемобластозы характеризуются
а) происхождением из В-лимфоцитов
б) происхождением из Т-лимфоцитов
в) секрецией моноклональных иммуноглобулинов
г) высокой эозинофилией
д) верно а) и в)

068. У больных хроническим лимфолейкозом может наблюдаться
а) криоглобулинемия
б) парапротеинемия
в) дефицит а1-антитрипсина
г) верно а) и б)
д) верно а) и в)

069. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является
а) спленомегалия
б) анемический синдром
в) портальная гипертензия
г) тромботические осложнения
д) прогрессирующее похудание

070. Поражение средостения чаще наблюдается при следующем варианте лимфогранулематоза
а) лимфогистиоцитарном
б) склеронодулярном
в) смешанно-клеточном
г) лимфоидного истощения

071. Синонимами названия "миеломная болезнь" являются
а) солитарная плазмоцитома
б) болезнь Педжета
в) болезнь Рустицкого - Калера
г) генерализованная плазмоцитома
д) верно в) и г)

072. В патогенезе лимфогранулематоза существенную роль играют
а) аллергия
б) стресс

в) инфекция
г) клеточный иммунодефицит
д) гуморальный иммунодефицит

073. Основное количество железа в организме человека всасывается
а) в желудке
б) в нисходящем отделе ободочной кишки
в) в двенадцатиперстной и тощей кишках
г) в подвздошной кишке
д) верно а) и в)

074. Железо всасывается лучше всего
а) в форме ферритина
б) в форме гемосидерина
в) в форме гема
г) с виде свободного трехвалентного железа
д) с виде свободного двухвалентного железа

075. За сутки железа может всосаться не более
а) 0. 5-1. 0 г
б) 2. 0-2. 5 г
в) 4. 0-4. 5 г
г) 10. 0-12. 0 г

076. Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть все перечисленное, за исключением
а) обильных и длительных менструальных кровопотерь
б) болезни Рандю - Ослера
в) геморроя
г) опухоли желудочно-кишечного тракта
д) хронического гастрита с пониженной секреторной функцией

077. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является
а) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
б) гломусные опухоли
в) алкогольный гепатит
г) гематурическая форма гломерулонефрита
д) верно а) и б)

078. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является
а) проба Грегерсена
б) проба Вебера
в) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома
г) определение уровня железа в кале

079. Причину постгеморрагической анемии, связанной с кровопотерей из желудочно-кишечного тракта, диагностируют с помощью
а) эндоскопического и рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта
б) селективной ангиографии чревного ствола и мезентериальных артерий
в) ревизии органов брюшной полости при диагностической лапаротомии
г) всех перечисленных методов

080. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует
а) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь
б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно
в) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу
г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально

081. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть
а) имевшийся ранее латентный дефицит железа
б) многоплодная беременность
в) несовместимость с мужем по системе АВО
082. Типичными ошибками при определении содержания железа в сыворотке крови являются

а) использование обычной лабораторной посуды и однократно перегнанной дистиллированной воды
б) осуществление исследования в период лечения препаратами железа
в) использование дважды перегнанной дистиллированной воды
г) осуществление исследования спустя неделю после последнего приема препарата железа
д) верно а) и б)

083. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся
а) к своевременному переливанию цельной крови
б) к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
в) к ликвидации причины железодефицита, т. е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно
г) к назначению препаратов железа перорально на длительный срок
д) верно в) и г)

084. Для лечения дефицита железа следует назначить
а) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой
б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно
в) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой
г) препараты железа внутрь на длительный срок

085. Правильными рекомендациями по лечению железодефицитной анемии являются
а) вегетарианская диета с обилием яблок, моркови, гранатов, орехов
б) необходимость в ежедневном приеме икры, мяса, птицы, белой рыбы
в) ежедневное употребление в пищу 300 г паштета из говяжьей печени
г) длительный прием препаратов железа внутрь

086. Необходимость в срочном переливании эритроцитарной массы возникает
а) при острой массивной кровопотере
б) при угрозе анемической комы у лиц пожилого возраста с В12-дефицитной анемией
в) при анемии (гемоглобин 60 г/л) у женщины с повторной многоплодной беременностью
г) при анемии (гемоглобин 50 г/л) у женщины, готовящейся к ампутации матки по поводу фибромиомы
д) верно а) и б)

087. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует
а) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью
б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь
в) перелить эритроцитарную массу перед родами
г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek

088. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является
а) желтуха
б) серая кайма на деснах
в) кровь в кале
г) почечная колика

089. Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит
а) гиперхромия эритроцитов
б) высокий ретикулоцитоз
в) базофильная пунктация эритроцитов
г) появление шизоцитов

090. При свинцовом отравлении назначают
а) плазмаферез
б) комплексоны
в) гипотензивные и мочегонные средства
г) соли калия
д) верно а) и б)

091. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии
а) гиперхромия эритроцитов
б) микроцитоз эритроцитов
в) глюкозурия
г) гиперурикемия

092. Наиболее вероятной причиной В12-дефицитной анемии может являться
а) инвазия широким лентецом
б) инвазия острицами
в) язвенная болезнь желудка
г) катаракта

093. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться
а) алкоголизм и недоедание
б) кровопотери
в) злоупотребление табаком
г) цирроз печени

094. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается
а) через 1 месяц
б) через полтора года
в) через 5 лет
г) через неделю

095. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией
а) хромота
б) боли за грудиной
в) жжение языка
г) близорукость

096. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является
а) гипертромбоцитоз
б) лейкоцитоз
в) увеличение СОЭ
г) высокий цветной показатель

097. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить
а) всю жизнь
б) до нормализации уровня гемоглобина
в) 1 год
г) 3 месяца

098. Среди гемолитических анемий различают
а) наследственные
б) приобретенные
в) симптоматические
г) идиопатические
д) все перечисленные

099. Аутоиммунная гемолитическая анемия развивается вследствие
а) срыва иммунологической толерантности
б) выработки антител против измененных антигенов эритроцитов
в) дефицита ферментов эритроцитов
г) неэффективного эритропоэза

100. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение
а) лимфопролиферативного синдрома
б) диффузных болезней соединительной ткани
в) острой пневмонии
г) инфаркта миокарда
д) верно а) и б)

101. Аутоиммунная гемолитическая анемия, обусловленная тепловыми гемолизинами, может развиться
а) при дефиците ферментов мембраны эритроцитов
б) при дефекте структуры цепей глобина
в) при изменении структуры эритроцитарных антигенов
г) при наличии в сыворотке больного веществ, обусловливающих лизис эритроцитов
102. Причиной порфирии может быть

а) дефицит ферментов эритроцитов
б) выработка эритроцитарных антител
в) дефект мембраны эритроцитов
г) нарушения синтеза гема

103. Этиологическими факторами цитостатической болезни являются
а) g-радиация
б) b- и а-лучи
в) антиметаболиты
г) глюкокортикостероиды
д) верно а) и в)

104. В основе патогенеза цитостатической болезни лежит
а) иммунный конфликт
б) острый цитолиз
в) торможение клоногенных предшественников
г) все перечисленное

105. Компоненты гематологического синдрома цитостатической болезни включают
а) нейтропению
б) тромбоцитопению
в) панцитопению
г) анемию
д) верно а) и б)

106. К типичным инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся
а) флебиты
б) пневмонии
в) грибковый сепсис
г) милиарный туберкулез
д) все перечисленные

107. Для апластической анемии характерно
а) кровоточивость
б) присоединение инфекции
в) проливные поты
г) кожный зуд
д) верно а) и б)

108. У больного апластической анемией
а) лимфатические узлы увеличены
б) печень и селезенка увеличены
в) лимфоузлы не пальпируются
г) печень и селезенка не увеличены
д) верно в) и г)

109. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся
а) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
б) определение протромбинового времени
в) проба Айви
г) определение тромбинового времени
д) определение уровня фибронектина

110. К методам исследования резистентности микрососудов относятся
а) проба Кончаловского
б) проба Дьюка
в) определение времени по Ли - Уайту
г) определение времени Квика (протромбинового времени)
д) определение свертывания крови с ядом эфы

111. К методам определения дефицита факторов свертывания крови относятся
а) тесты смешивания плазмы крови больного с плазмой, в которой отмечается дефицит заведомо известного фактора, на базе тестов АЧТВ или протромбинового времени

б) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
в) определение протромбинового индекса
г) определение уровня фибриногена

112. К методам экспресс-диагностики ДВС-синдрома не относятся
а) количественное определение фибрин-мономерных комплексов
б) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
в) определение протромбинового индекса
г) определение эуглобулинового лизиса
д) определение уровня тромбоспондина

113. К средствам, влияющим на сосудистый компонент гемостаза, относятся
а) аминокапроновая кислота
б) стрептокиназа
в) коринфар
г) свежезамороженная плазма
д) тромбоцитная масса

114. К антикоагулянтам прямого действия относится
а) фенилин
б) гепарин
в) свежезамороженная плазма
г) тиклид
д) аминокапроновая кислота

115. К антикоагулянтам непрямого действия относятся
а) фенилин
б) гепарин
в) свежезамороженная плазма
г) тиклид
д) аминокапроновая кислота

116. К антиагрегантам относятся
а) фенилин
б) гепарин
в) тиклид и трентал
г) аминокапроновая кислота

117. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся
а) гепарин
б) рекомбинантный антитромбин III
в) аминокапроновая кислота
г) тиклид
д) фибринолизин

118. Патогенетическими механизмами развития идиопатической тромбоцитопенической пурпуры являются
а) активация системы комплемента
б) иммунокомплексный синдром
в) появление аутоантител к тромбоцитам
г) дефицит тромбомодулина
д) наследственный дефицит С3в-субкомпонента комплемента

119. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови
а) X
б) IX
в) VIII
г) VII
д) V

120. При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови
а) X
б) IX
в) VIII

г) VII
д) V

121. Вирусные геморрагические лихорадки характеризуются всем перечисленным, за исключением
а) инфекционно-токсического поражения ЦНС
б) геморрагического капилляротоксикоза
в) двустороннего интерстициального серозно-геморрагического нефрита
г) синтеза аутоантител к эндотелию сосудов

122. Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна - Геноха) свойственно
а) развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции
б) наличие антитромбоцитарных антител
в) упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно
г) развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно- положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК
д) верно а) и в)

123. Для узловатой эритемы характерно все перечисленное, за исключением
а) фибриноидных изменений стенок сосудов подкожной клетчатки
б) аллергического микротромбоваскулита с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов
в) типичной локализации на коже передне-боковой поверхности голеней, бедер и ягодиц
г) развития на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани
д) использования нестероидных противовоспалительных препаратов, преднизолона, хинолиновых производных

124. Патогенетическими факторами ДВС-синдрома (диссеминированного внутрисосудистого свертывания) являются
а) высвобождение и активация тканевого тромбопластина при клеточном распаде
б) появление антител против VIII и IX факторов свертывания крови
в) развитие феномена паракоагуляции
г) верно а) и б)
д) верно б) и в)

125. Патогенетическими факторами ДВС-синдрома являются
а) развитие тромбоцитопении и тромбоцитопатии потребления
б) нарушение g-карбоксилирования факторов протромбинового комплекса в печени
в) активация и истощение гуморального звена гемостаза, калликреин-кининовой системы и системы комплемента
г) все перечисленные
д) верно а) и в)

126. Клиническая картина ДВС-синдрома на различных стадиях течения характеризуется всем перечисленным, за исключением
а) гемокоагуляционного шока
б) преобладания гематомного типа кровоточивости
в) недостаточности функции различных органов (почечной, печеночной и т. д.)
г) развития респираторного дистресс-синдрома

127. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром
а) терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования
б) диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки
в) диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК)
г) верно все перечисленное
д) верно б) и в)

128. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана
а) на положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг- тестах
б) на развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов
в) на повышении кофакторной активности фактора Виллебранда
г) на всем перечисленном

д) верно а) и в)

129. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся
а) к рациональному применению антибиотиков при септических состояниях
б) к снижению травматичности оперативных вмешательств
в) к предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами
г) к рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами
д) ко всему перечисленному

130. При проведении терапии ДВС-синдрома необходимо следить за всеми перечисленными показателями, за исключением
а) уровня физиологических антикоагулянтов - антитромбина III, протеина С и протеина S (при использовании гепарина)
б) состояния системы фибринолиза по величине эуглобулинового лизиса, XIIa- зависимого лизиса и АЧТВ
в) величины протромбинового индекса (при терапии викасолом)
г) тромбоцитарного звена гемостаза по агрегации тромбоцитов под действием АДФ, коллагена и ристомицина
д) концентрации продуктов паракоагуляции

131. При лечении свежезамороженной плазмой необходимо придерживаться следующих принципов
а) вводить свежезамороженную плазму внутривенно, медленно, капельно
б) вводить свежезамороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального венозного давления, до 2000 мл/сут
в) размороженную и неиспользованную свежезамороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному при необходимости
г) использование гепарина в комплексе со свежезамороженной плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов
д) верно б) и г)

132. Принципы профилактики, патологии гемостаза в хирургической и акушерско-гинекологической практике включают в себя все перечисленное, за исключением
а) противошоковых мероприятий
б) профилактического введения викасола и глюконата кальция
в) профилактики и рациональной терапии хирургической инфекции
г) предупреждения гипоксии и внутриутробной гибели плода

133. Диагностика тромбофилических состояний основывается на всем перечисленном, за исключением
а) исследования скорости эуглобулинового лизиса
б) определения содержания антитромбоцитарных антител и концентрации плазминогена
в) выявления волчаночного антикоагулянта
г) исследования уровня физиологических антикоагулянтов
д) исследования ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов

134. Диагностика тромбофилических состояний основывается
а) на использовании фибринолитических препаратов
б) на назначении непрямых антикоагулянтов
в) на использовании свежезамороженной плазмы при дефиците физиологических антикоагулянтов и истощении калликреин-кининовой системы
г) верно а) и в)
д) верно б) и в)

135. Этиопатогенетическими факторами венозных тромбозов являются все перечисленные, за исключением
а) замедления тока крови
б) синтеза циркулирующих иммунных комплексов
в) нарушения реологических свойств крови
г) травматического воздействия на стенку венозного сосуда

136. Венозному тромбозу способствует
а) использование пероральных контрацептивов
б) венозный стаз в сосудах малого таза при беременности
в) верно а) и б)
137. Клиническая картина венозных тромбозов характеризуется

а) болями в икроножных мышцах, усиливающимися при пальпации и движении (при тромбозе глубоких вен голеней)
б) болями в пояснично-крестцовой области, отеком нижней конечности и передней брюшной стенки (при подвздошно-бедренном тромбозе)
в) нестерпимыми болями в пораженной конечности, усиливающимися при ее возвышенном положении
г) частым осложнением гангреной конечностей и сепсисом
д) верно а) и б)

138. Для лечения венозных тромбозов могут быть применены все перечисленные методы, кроме
а) гепаринотерапии
б) введения свежезамороженной плазмы с целью профилактики дефицита физиологических антикоагулянтов
в) введения в пораженную вену склерозирующих препаратов
г) введения непрямых антикоагулянтов под контролем протромбинового времени
д) введения фибринолитических препаратов

139. Основные принципы профилактики венозных тромбозов включают
а) нормализацию реологических показателей крови
б) соблюдение строго постельного режима при обширных инфарктах миокарда в течение длительного времени
в) рациональную лечебную физкультуру
г) длительную иммобилизацию конечностей при переломах длинных трубчатых костей
д) верно а) и в)

140. Классификация тромбоэмболий артериальной системы основана
а) на степени ишемии конечностей
б) на тяжести болевого синдрома
в) на сопутствующей ишемии неврологической симптоматике
г) на состоянии коллатерального кровообращения
д) верно а) и в)

141. Лечение тромбозов и эмболий артериальной системы включает все перечисленное, кроме
а) назначения спазмолитиков
б) гепаринотерапии
в) назначения препаратов фибриногена
г) назначения фибринолитиков под контролем калликреин-кининовой системы

142. Лечение тромбозов и эмболий артериальной системы включает
а) переливание свежезамороженной плазмы с целью восполнения дефицита физиологических антикоагулянтов и плазминогена
б) эмболэктомию
в) протезирование пораженного участка артерии
г) все перечисленное

143. К патогенетическим факторам послеоперационных тромбозов и эмболий относятся
а) высвобождение тканевого тромбопластина при травматических оперативных вмешательствах на паренхиматозных органах, сосудах
б) появление иммунных ингибиторов факторов свертывания крови
в) механический гемолиз при использовании аппарата искусственного кровообращения
г) все перечисленные
д) верно а) и б)

144. К патогенетическим факторам послеродовых тромбозов и эмболий относятся все перечисленные, кроме
а) геморрагической болезни новорожденных
б) преждевременной отслойки плаценты
в) эмболии околоплодными водами
г) внутриутробной гибели плода

145. Диагностика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий основывается на всем перечисленном, за исключением
а) определения активного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и аутокоагуляционного теста
б) исследования агрегации тромбоцитов под действием ристомицина и уровня иммуноглобулинов на поверхности тромбоцитов

в) исследования агрегации тромбоцитов под действием АДФ, коллагена и серотонина
г) исследования состояния фибринолитической системы

146. Лечение и профилактика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий включает все перечисленное, кроме
а) ранней физической активизации в послеоперационном и послеродовом периодах
б) профилактического назначения ацетилсалициловой кислоты
в) рациональной антибиотикотерапии при септических осложнениях
г) профилактики респираторного дистресс-синдрома

147. К патогенетическим факторам кровотечений при ДВС-синдроме, тромбозе при атеросклерозе, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни относятся
а) турбулентный ток крови в области атеросклеротической бляшки
б) синтез антитромбоцитарных антител
в) высвобождение тканевого тромбопластина при распаде атеросклеротической бляшки
г) все перечисленные
д) верно б) и в)

148. К патогенетическим факторам кровотечений при ДВС-синдроме, тромбозе при атеросклерозе, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни относится все перечисленное, кроме
а) местной активации тромбоцитов
б) дефицита физиологических антикоагулянтов
в) синтеза волчаночного антикоагулянта
г) гиалиноза стенки сосудов (при гипертонической болезни)

149. Решающим признаком лейкемоидных реакций является
а) непродолжительность
б) доброкачественность течения
в) спонтанное выздоровление
г) все перечисленное

150. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при всех перечисленных состояниях, кроме
а) сепсиса
б) острого воздействия радиации
в) синдрома Лайелла (эпидермального токсического некролиза)
г) острого лейкоза

151. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять
а) 10-12%
б) 20-40%
в) 40-60%
г) 60-80%

152. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять
а) 10-12%
б) 20-40%
в) 40-60%
г) 60-80%

153. К признакам, не характерным для инфекционного мононуклеоза, относятся 1) увеличение селезенки 2) увеличение печени 3) тромбоцитопения 4) сдвиг в формуле крови влево 5) нейтропения 6) анемия
а) верно 1, 2, 3
б) верно 3, 4, 5
в) верно 1, 3, 5
г) верно 1, 4, 6
д) верно 2, 4, 6

154. Для болезни Хенда - Шюллера - Крисчена характерно
а) поражение сердца
б) лимфаденопатия
в) почечная недостаточность
г) гепатоспленомегалия
д) верно б) и г)

155. Количество лейкоцитов при системной красной волчанке составляет
а) 5¦109/л - 6¦109/л
б) 3¦109/л - 4¦109/л
в) 2¦109/л - 3¦109/л
г) 2¦109/л

156. Диспротеинемия при нефротическом синдроме включает
а) гипоальбуминемию
б) гипер-а2-глобулинемию
в) гипо-а2-глобулинемию
г) гипер-b-глобулинемию
д) верно а) и б)

157. При иммунобластном лимфадените наиболее важным методом диагностики является
а) цитологическое исследование биоптата лимфатического узла
б) лимфография
в) ЯМР-томография

158. Лечение иммунобластного лимфаденита включает
а) пульс-терапию
б) плазмаферез
в) этиотропное лечение
г) спленэктомию
д) лучевую терапию

159. Небольшую цитопению могут вызвать
а) сульфаниламиды
б) мерказолил
в) миорелаксанты
г) антибиотики

160. Причиной анемической комы могут быть
а) аутоиммунные гемолитические анемии
б) дизэритропоэтическая анемия
в) лимфогранулематоз
г) В12-дефицитная анемия
д) верно а) и г)

161. Клиническими симптомами анемической комы являются
а) отеки
б) снижение артериального давления
в) желтушность кожи
г) тахикардия

162. Первостепенным вмешательством при анемической коме независимо от ее этиологии является
а) трансфузия свежезамороженной плазмы
б) переливание эритроцитной массы
в) назначение стероидов
г) трансфузия коллоидов

163. Наиболее правильная последовательность переливания трансфузионных средств при острой кровопотере
а) цельная кровь, полиглюкин, кристаллоиды, раствор гидрокарбоната натрия
б) эритроциты, альбумин, тромбоциты, кристаллоиды
в) декстраны, кристаллоиды, эритроциты, тромбоциты
г) кристаллоиды, декстраны, цельная кровь, альбумин

164. В основе патогенеза острого ДВС-синдрома лежит
а) генерализованное повреждение эндотелия микрососудов
б) повреждение адгезивных свойств тромбоцитов
в) истощение и дефицит простоциклина
г) блокада продукции тромбоксана А2

д) выработка антител к тромбоцитам

165. Клинические проявления ДВС-синдрома
а) геморрагический синдром ангиоматозного типа
б) геморрагический синдром гематомно-петехиального типа
в) геморрагический синдром петехиально-синячкового типа
г) признаки тромбозов
д) верно б) и г)

166. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется
а) признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза
б) тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена
в) гипертромбоцитозом
г) отсутствием ристомицин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина
д) верно а) и б)

167. В лечении ДВС-синдрома используются
а) аминокапроновая кислота и фенилин
б) стрептокиназа
в) свежезамороженная плазма
г) гепарин
д) верно в) и г)

168. Ведущими критериями диагностики геморрагических васкулитов являются
а) особенности клинической картины
б) результаты гистологического исследования кожи
в) общий анализ крови и коагулограмма
г) уровень иммунных комплексов в крови
д) верно а) и б)

169. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся
а) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже 0. 7¦109/л
б) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже 1. 0¦109/л
в) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 20¦109/л
г) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже 5¦109/л
д) быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже 0. 05¦109/л

170. В основе острого агранулоцитоза лежит все перечисленное, кроме
а) аутоиммунных процессов
б) гаптенового процесса
в) иммунокомплексного синдрома и аллергической реакции
г) вытеснения гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет воздействия опухоли, цитостатиков и др.

171. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются
а) повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов
б) нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма
в) появление иммунных комплексов и реагинов в крови
г) вирусная инфекция
д) верно а) и б)

172. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает все перечисленное, за исключением
а) слабости
б) лихорадки
в) инфекционных процессов
г) геморрагического синдрома петехиального или гематомного типа

173. Характерными для гаптенового агранулоцитоза гематологическими признаками являются
а) тромбоцитопения
б) панцитопения
в) ретикулоцитопения
г) абсолютная нейтропения
д) все перечисленное

174. Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования
а) трепанобиопсию
б) стернальную пункцию
в) компьютерную томографию
г) лимфографию
д) верно а) и б)

175. В лечении агранулоцитозов применяют
а) пульс-терапию
б) лейкомакс
в) нуклеинат натрия
г) карбонат лития
д) верно б) и г)

176. Наиболее ранними симптомами некротической энтеропатии являются
а) диарея
б) артериальная гипотензия
в) высокая лихорадка
г) все перечисленные

177. Показаниями для перевода больного агранулоцитозом в стерильную палату являются
а) присоединение бактериальной инфекции
б) присоединение вирусной инфекции
в) затянувшийся агранулоцитоз
г) лейкопения ниже 0. 75¦109/л
д) нейтропения ниже 0. 75¦109/л

178. Профилактика осложнений цитостатической болезни включает
а) стерилизацию кишечника
б) назначение антибиотиков
в) плазмаферез
г) верно а) и б)
д) все перечисленное

179. Острыми тромбоцитопениями называют состояния, при которых число тромбоцитов в крови быстро снижается
а) до 20¦109/л
б) до 50¦109/л
в) до 100¦109/л
г) до 150¦109/л
д) до 190¦109/л и ниже

180. Причиной острой тромбоцитопении может быть
а) повышенное разрушение тромбоцитов в организме
б) резкое снижение продукции тромбоцитов в костном мозге
в) уменьшение продолжительности жизни тромбоцитов до 5-6 суток
г) гиперплазия мегакариоцитарного ростка
д) верно а) и б)

181. Этиологическим фактором развития острой тромбоцитопении является
а) появление иммунных комплексов в крови
б) появление аутоантител к тромбоцитам и гаптена в крови и фиксация его на поверхности тромбоцитов
в) микробная инфекция
г) вирусная инфекция

182. В развитии острой аплазии костного мозга имеет значение
а) прямое иммунное разрушение гемопоэтических структур и цитостатическое подавление гемопоэза
б) гиперплазия тромбоцитарного ростка
в) ДВС-синдром
г) иммунокомплексный синдром
д) все перечисленное

183. Проявлениями острой аплазии костного мозга может быть все перечисленное, кроме
а) анемического, геморрагического и лихорадочного синдромов
б) панцитопении с отсутствием ретикулоцитов (в крови)
в) картины "жирового костного мозга" при исследовании биоптата костного мозга
г) картины лимфопролиферации при исследовании костного мозга одновременно с наличием мегакариоцитов и повышенного числа лимфоцитов в периферической крови

184. Гемолитический криз может развиться при всех указанных состояниях, кроме
а) аутоиммунной гемолитической анемии
б) аплазии костного мозга
в) ферментопатии эритроцитов
г) хронического лимфолейкоза

185. К клиническим признакам гемолитического криза относятся
а) желтушность кожи
б) отеки
в) сухость во рту
г) потемнение мочи

186. Результатами лабораторных исследований, подтверждающих гемолитический криз, являются
а) ретикулоцитоз
б) снижение гематокрита
в) повышение уровня непрямого билирубина в крови
г) снижение уровня сывороточного железа
д) верно а) и б)

Эталоны ответов к тестам:

001-Г	002-Г	003-Д	004-Г	005-В	006-Г	007-Г
008-В	009-Б	010-В	011-А	012-А	013-В	014-Б
015-Б	016-Г	017-А	018-Б	019-А	020-В	021-А
022-А	023-Б	024-Г	025-В	026-А	027-В	028-Г
029-Г	030-В	031-Б	032-Г	033-А	034-Г	035-В
036-Д	037-А	038-В	039-Д	040-Д	041-Г	042-Г
043-А	044-Д	045-В	046-Г	047-Д	048-А	049-Б
050-Г	051-В	052-Г	053-Б	054-Г	055-Г	056-Д
057-Г	058-Д	059-Б	060-Б	061-Д	062-Д	063-Д
064-Д	065-Б	066-Г	067-Д	068-Г	069-А	070-Б
071-Д	072-Г	073-В	074-В	075-Б	076-Д	077-А
078-В	079-Г	080-Г	081-А	082-Д	083-Д	084-Г
085-Г	086-Д	087-А	088-Б	089-В	090-Д	091-А
092-А	093-А	094-Б	095-В	096-Г	097-А	098-Д
099-А	100-Д	101-Г	102-Г	103-Д	104-В	105-Д
106-Д	107-Д	108-Д	109-В	110-А	111-А	112-Д
113-В	114-А	115-Б	116-В	117-В	118-В	119-В
120-Б	121-Г	122-Д	123-Б	124-Г	125-Д	126-Б
127-Г	128-Г	129-Д	130-В	131-Д	132-Б	133-Б
134-Г	135-Б	136-В	137-В	138-Д	139-Д	140-Д
141-В	142-Г	143-Д	144-А	145-Б	146-Б	147-Б
148-В	149-Б	150-Б	151-В	152-Г	153-Д	154-Д
155-В	156-Д	157-А	158-В	159-Б	160-Д	161-Б
162-Б	163-В	164-А	165-Д	166-Д	167-Д	168-Д
169-А	170-В	171-Д	172-Г	173-Г	174-Д	175-Д
176-В	177-Д	178-Г	179-Д	180-Д	181-Б	182-А
183-Г	184-Б	185-А	186-Д			

7. Тема: Неотложные состояния в ревматологии.

001. Ревматизм (болезнь Сокольского - Буйо) - это системное воспалительное заболевание соединительной ткани, наиболее характерными признаками которого являются 1) преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы 2) частое поражение суставов, ЦНС, кожи 3) наличие генетически обусловленного дефекта иммунной системы 4) инфицирование b-гемолитическим стрептококком группы А 5) прямое токсическое действие стрептококка на миокард 6) опосредованное действие стрептококка на организм через токсины
а) верно 1, 3, 6

б) верно 1, 2, 3, 5
в) верно 1, 3, 4, 6
г) верно 2, 5, 6
д) верно все перечисленное

002. В связи с малой выраженностью неспецифического экссудативно-аллергического компонента болезни клиническая картина может быть стертой
а) при первичном ревматизме
б) при возвратном ревматизме
в) и в том, и в другом случае

003. Ведущая роль b-гемолитического стрептококка в этиологии ревматизма подтверждается 1) связью между перенесенной ангиной (или фарингитом) и началом заболевания 2) обнаружением стрептококковой бактериемии 3) повышением титра антистрептококковых антител (антистрептолизин-0, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа) 4) возможностью создания экспериментальной модели ревматизма 5) профилактикой обострений ревматизма с помощью антибиотиков 6) схожестью антигенного строения стрептококка и соединительной ткани сердца, что приводит к перекрестным, в том числе аутоиммунным, реакциям
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 5
в) верно 1, 5
г) верно 4, 5, 6
д) верно все перечисленное

004. Среди путей распространения стрептококковой инфекции можно выделить
а) контактно-капельный
б) через белье
в) через посуду
г) через молочные продукты
д) все перечисленные

005. Ведущими механизмами патогенеза ревматизма являются
а) изменение гуморального иммунитета
б) изменение клеточного иммунитета по отношению к стрептококковым и некоторым тканевым антигенам
в) высокая кардиотропность антигенов стрептококка
г) все перечисленные

006. Повреждающее действие стрептококка на соединительную ткань опосредовано через
а) токсины стрептококка
б) накопление большого количества иммунных комплексов
в) реакции гиперчувствительности немедленного типа (гуморальный иммунитет)
г) реакции гиперчувствительности замедленного типа (клеточный иммунитет) с образованием антикардиальных антител
д) все перечисленные механизмы

007. Прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани при ревматизме проходит стадии
а) альтеративно-экссудативную
б) гранулематозную
в) склеротическую
г) все перечисленные

008. Цикл развития гранулемы Ашоф - Талалаева при ревматизме составляет
а) 10-14 дней
б) 1 месяц
в) 2 месяца
г) 4-6 месяцев
д) 1 год и более

009. О наличии иммуно-генетического предрасположения судят по антигенам HLA системы. Носительство B27-антигенов HLA свойственно 1) ревматоидному артриту 2) болезни Бехтерева 3) синдрому Рейтера 4) дерматомиозиту
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3

в) верно 3, 4
г) верно 1, 4

010. К типичным симптомам первичного ревматизма не относится
а) воспаление миокарда (миокардит)
б) хорея
в) артрит
г) нефрит
д) подкожные узелки

011. К осложнениям первичного ревматизма нельзя отнести
а) экстрасистолию
б) кольцевую эритему
в) эндокардит
г) атриовентрикулярную блокаду
д) все перечисленное

012. В пользу первичного ревмокардита может свидетельствовать 1) нарастание интенсивности сердечных шумов в динамике заболевания 2) обнаружение порока сердца в самом начале заболевания 3) выявление клинической симптоматики клапанного поражения через 4-6 месяцев от начала болезни 4) возраст 60 лет 5) возраст 10 лет
а) верно 2, 4, 5
б) верно 1, 2, 3
в) верно 1, 3, 5
г) верно 5

013. В возникновении диффузных заболеваний соединительной ткани играют роль
а) инфекция
б) наследственная предрасположенность
в) нарушения половых регуляций иммунитета
г) микробная мимикрия с феноменом перекрестно-реагирующих антител
д) все перечисленное

014. Маркером системной красной волчанки является
а) ревматоидный фактор
б) антинуклеарные антитела
в) все перечисленное

015. Из перечисленных положений правильными являются
а) аутоиммунные заболевания развиваются в результате генетически детерминированного предрасположения с особой реакцией на инфекцию
б) образование и выведение циркулирующих иммунных комплексов контролируются эстрогенами
в) потеря иммунологической толерантности к собственным антигенам связана с иммуно-генетическими дефектами, гиперпродукцией интерлейкина-I, В-клеточной активацией
г) патогенез аутоиммунных заболеваний соединительной ткани - многофакторный
д) все перечисленные

016. Активная фаза ревматизма может иметь несколько вариантов течения 1) острое 2) подострое 3) затяжное 4) непрерывно рецидивирующее 5) латентное
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 3, 4, 5
д) все перечисленное

017. Цитостатик, наиболее эффективный при системной красной волчанке
а) азатиоприн
б) метотрексат
в) циклофосфан

018. Цитостатик, наиболее эффективный при ревматоидном артрите
а) азатиоприн
б) метотрексат

в) циклофосфан

019. Цитостатик, наиболее эффективный при синдроме Вегенера и узелковом периартериите
а) азатиоприн
б) метотрексат
в) циклофосфан

020. Признаки, характерные для дерматомиозита 1) "бабочка" на лице 2) супраорбитальные отеки и гиперемия кожи около глаз 3) остеолиз ногтевых фаланг 4) резкая мышечная слабость 5) деформация суставов 6) высокая температура
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 4, 6
в) верно 3, 5, 6

021. Затяжное течение ревматизма отличается всем перечисленным, кроме
а) монотонного хронического течения
б) отсутствия ремиссий
в) отсутствия клинических проявлений
г) незначительного изменения лабораторных показателей

022. В лечении дерматомиозита основное значение имеет
а) преднизолон в высоких дозах
б) преднизолон в средних дозах
в) антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты
г) циклофосфан
д) плазмаферез

023. Характерным признаком ревматизма, позволяющим поставить диагноз, является
а) связь заболевания с перенесенной носоглоточной инфекцией
б) наличие латентного периода длительностью 2-4 недели
в) появление первых признаков заболевания в детском возрасте
г) все перечисленное

024. Для ревматизма характерно все перечисленное, кроме
а) полисиндромности клинических проявлений с преимущественным поражением кожи и серозных оболочек
б) отсутствия жалоб, отражающих поражение сердца, в начале заболевания
в) склонности к рецидивам
г) изменения лабораторных показателей (высокого содержания фибриногена, повышения содержания С-реактивного белка и др.)

025. Для ревматического полиартрита характерно все перечисленное, кроме
а) острого синовита
б) сопутствующей лихорадки
в) "летучего" характера поражения суставов
г) преимущественного поражения мелких и средних суставов

026. У больной 45 лет наблюдаются синдром Рейно вплоть до некротических изменений пальцев, нарушение глотания, легочная гипертензия, затрудненное сгибание пальцев рук, уплотнение кожи в области кистей, укорочение пальцев за счет лизиса концевых фаланг. Правильный диагноз
а) системная красная волчанка
б) ревматоидный артрит
в) системная склеродермия
г) узелковый периартериит
д) тромбангиит Бюргера

027. К основным диагностическим критериям ревматизма относят
а) кардит
б) полиартрит
в) хорею
г) подкожные ревматические узелки
д) кольцевидную эритему
е) все перечисленное

028. При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить 1) преднизолон в высоких дозах 2) D-пеницилламин в средних и больших дозах 3) цитостатики 4) вазодилататоры 5) средства, корригирующие нарушенный гемостаз
а) верно 1, 3, 5
б) верно 2, 4, 5
в) верно 1, 2, 4
г) верно 3, 4, 5

029. Симптомы, наиболее соответствующие диагнозу первичного ревматизма
а) симметричный отек и неподвижность сначала мелких, а затем и крупных суставов
б) острый миокардит
в) декальцификация пораженных суставов
г) воспаление радужки

030. При ревматоидном артрите ранее всего поражаются суставы
а) локтевые
б) позвоночные
в) крестцово-подвздошные
г) проксимальные межфаланговые и суставы кистей
д) коленные

031. Показанием к цитостатической терапии при системной красной волчанке является все перечисленное, кроме
а) волчаночного гломерулонефрита
б) "бабочки" на лице
в) отсутствия эффекта от традиционной терапии преднизолоном
г) волчаночного васкулита

032. Пульс-терапия метипредом показана при системной красной волчанке в следующих случаях 1) при волчаночном гломерулонефрите 2) при волчаночном поражении ЦНС 3) при тяжелой полисистемной форме заболевания 4) во всех случаях системной красной волчанки 5) только в детском возрасте
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 3, 5
в) верно 4
г) верно 1, 2, 3, 5

033. Для ревматоидного артрита длительного течения характерно осложнение
а) общий атеросклероз сосудов
б) нарушения углеводного обмена
в) амилоидоз
г) микоз
д) порфирия

034. Плазмаферез при системной красной волчанке должен обязательно применяться
а) при криоглобулинемическом васкулите
б) во всех случаях
в) при волчаночном полиартрите
г) при волчаночном миокардите

035. Осложнениями пульс-терапии метипредом являются все перечисленные, кроме
а) нарушения ритма сердца
б) иммунной депрессии и инфекционных осложнений
в) гипергликемии
г) азотемии
д) асептического некроза шейки бедра

036. Показаниями для первичной профилактики ревматизма являются 1) стрептококковая инфекция у здорового до этого подростка 2) стрептококковая инфекция у лиц, предрасположенных к ревматизму 3) ангина, вызванная ревматогенными штаммами стрептококка, у лиц, не предрасположенных к ревматизму 4) предрасположение к ревматизму, даже без стрептококковой инфекции 5) любое ОРВИ у лиц, предрасположенных к ревматизму
а) верно 1, 2

б) верно 2, 5
в) верно 2, 3, 5
г) верно 4
д) верно 5

037. Для ревматоидного артрита наиболее характерным является
а) положительный латекс-тест и реакция Ваалер - Роуза
б) наличие LE-клеток
в) высокий титр антистрептолизина-0
г) наличие моноклонального белка
д) высокий уровень мочевой кислоты в сыворотке крови

038. Контрактура кистей, синдром Рейно, микростомия, эзофагосклероз, атрофия кожи являются признаками
а) ревматоидного артрита
б) дерматомиозита
в) склеродермии
г) микседемы
д) сифилиса

039. Выберите метод лечения для больной ревматоидным артритом, если у нее отсутствуют повышение температуры, висцериты и васкулиты, имеется выпот в коленных суставах; СОЭ - 35 мм/ч; продолжительность заболевания - 6 мес, прежде не лечилась
а) только нестероидные противовоспалительные средства
б) их комбинация с внутрисуставным введением кеналога
в) препараты золота
г) D-пеницилламин
д) цитостатики

040. Вторичная профилактика ревматизма после активного ревмокардита и формирования порока сердца проводится обязательно в течение
а) 1 года
б) 3 лет
в) 5 лет

041. При лечении тяжело протекающей системной красной волчанки плазмаферез и пульс-терапия преднизолоном
а) сочетаются
б) не сочетаются

042. Показанием к комбинированному применению циклофосфана и пульс-терапии преднизолоном являются 1) тяжелое течение системной красной волчанки, не поддающееся лечению преднизолоном 2) тяжело протекающий узелковый периартериит 3) системная красная волчанка с доброкачественным течением 4) склеродермия 5) дерматомиозит, не поддающийся традиционной терапии преднизолоном
а) верно 1, 2, 4
б) верно 2, 4, 5
в) верно 1, 2, 5
г) верно 3, 4, 5

043. Тяжелую аллергию при системной красной волчанке вызывает
а) гентамицин
б) пенициллин
в) цефалоспорины
г) бенемицин
д) эритромицин

044. Высокая инфицированность вирусом гепатита В характерна
а) для системной красной волчанки
б) для ревматоидного артрита
в) для узелкового периартериита
г) для системной склеродермии
д) для ревматизма

045. Предрасположение к ревматизму имеет в своей основе 1) несостоятельность иммунитета к нескольким факторам внешней среды 2) несостоятельность иммунитета именно по отношению к инфекции ревматогенными штаммами гемолитического стрептококка 3) нарушение фагоцитоза и других систем противоинфекционной защиты 4) наличие в качестве фона иммунодефицитного состояния 5) нарушение санационной функции организма в отношении циркулирующих иммунных комплексов
а) верно 1, 3, 4
б) верно 2, 3, 5
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 2, 4

046. При ревматизме наиболее часто (не считая сердца) поражаются
а) суставы
б) центральная нервная система
в) почки
г) кожа

047. К основным осложнениям, вызываемым иммунодепрессантами (лейкераном, иммураном, циклофосфамидом) , относятся все перечисленные, кроме
а) инфекционных
б) панцитопении
в) урикозурии

048. К осложнениям стероидной терапии относится
а) присоединение вторичной инфекции
б) мышечная слабость
в) гипергликемия
г) угнетение функции коры надпочечников
д) все перечисленное

049. Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) чаще поражает
а) детей
б) стариков
в) подростков и молодых мужчин (15-30 лет)
г) женщин в климактерическом периоде
д) молодых девушек

050. При болезни Бехтерева (анкилозирующем спондилоартрите) чаще возникает
а) митральный стеноз
б) недостаточность митрального клапана
в) стеноз устья аорты
г) аортальная недостаточность
д) недостаточность трикуспидального клапана

051. Главным показателем аутоиммунной природы ревматического артрита является
а) LE-клетки
б) ревматоидный фактор
в) высокий титр антистрептолизина-0
г) антитела к гладкой мускулатуре

052. При синдроме Рейтера может наблюдаться 1) асимметричный полиартрит 2) поливисцерит 3) увеит 4) анкилозирующий спондилит 5) уретрит
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2, 4
в) верно 1, 3, 5
г) верно 1, 4, 5
д) верно все перечисленное

053. Для синдрома Шегрена характерно 1) преимущественное поражение суставов с быстрым развитием деформаций 2) сухость слизистых оболочек 3) поражение эпителиальной ткани в целом 4) злокачественные лимфомы как осложнение заболевания 5) множественные висцериты
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 1, 3, 5

г) верно 2, 4, 5

054. В лабораторной диагностике ревматоидного артрита имеет значение все перечисленное, кроме
а) g-глобулинемии и увеличения СОЭ
б) обнаружения фагоцитов в синовиальном выпоте
в) высокого цитоза в синовиальной жидкости
г) ревматоидного фактора
д) антител к фосфолипидам

055. Диагноз системной красной волчанки подтверждают все перечисленные лабораторные показатели, кроме
а) LE-клеток
б) противоядерных антител
в) ревматоидного фактора
г) g-глобулинемии
д) антител к фосфолипидам

056. Для волчаночного полиартрита характерно все перечисленное, кроме
а) постепенного начала
б) симметричности поражения
в) утренней скованности, превышающей по продолжительности 30 мин
г) редкости значительных деформаций
д) сочетания с внесуставной симптоматикой

057. Для ревматического полиартрита наиболее характерны следующие изменения суставов 1) моноартрит 2) полиартрит с утренней скованностью и деформациями мелких суставов 3) острые боли в суставах летучего характера, не оставляющие деформаций 4) быстрый регресс воспалительных изменений суставов при приеме антиревматических средств 5) преимущественное поражение мелких суставов
а) верно 1, 2, 5
б) верно 3, 4
в) верно 5
г) верно 3, 5
д) верно 2, 5

058. Такие явления как лихорадка, полиневрит, артериальная гипертензия, бронхообтурационный синдром наиболее характерны
а) для системной красной волчанки
б) для дерматомиозита
в) для узелкового периартериита
г) для острого ревматизма
д) для инфекционного эндокардита

059. Эозинофилия чаще всего сопутствует
а) ревматоидному артриту
б) узелковому периартериту
в) склеродермии
г) системной красной волчанке
д) подагре

060. Женщина 65 лет два года болеет ревматоидным артритом. Выражены боли в суставах, отмечается субфебрильная температура; склонна к аллергии. Перенесла хронический пиелонефрит. В анализе мочи остается небольшая протеинурия. Вольтарен мало эффективен. Выберите препараты для лечения 1) индометацин 2) делагил 3) препараты золота 4) метотрексат 5) преднизолон
а) верно 1, 2
б) верно 1, 3
в) верно 1, 5
г) верно 1, 2, 4
д) верно 1, 4

061. Выберите правильное лечение для больной ревматоидным артритом, 55 лет; заболевание протекает с васкулитом, миокардитом и лихорадкой 1) салицилаты и другие нестероидные противовоспалительные препараты 2) преднизолон 3) метотрексат 4) препараты золота 5) D-пеницилламин
а) верно 1, 3, 4

б) верно 1, 2, 3
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 3
д) верно 1, 5

062. Показанием для назначения плазмафереза при ревматоидном артрите является 1) неэффективность обычной противовоспалительной и базисной терапии 2) любое течение болезни 3) осложнение криоглобулинемическим васкулитом 4) осложнение амилоидозом 5) осложнение гемолитической анемией, вызванной антителами к эритропоэтину
а) верно 1, 2
б) верно 1, 3, 5
в) верно 2
г) верно 1, 4
д) верно 3, 4, 5

063. Высокое содержание противострептококковых антител у больного с хроническим тонзиллитом и подозрением на ревматизм при отсутствии порока сердца и миокардита (анализ крови не изменен) может свидетельствовать 1) об активном ревматизме 2) об отсутствии активного ревматизма 3) об инфицированности стрептококком 4) о наличии показаний к антибиотикотерапии
а) верно 1, 3, 4
б) верно 2, 3, 4
в) верно 1, 4
г) верно 1, 3, 4

064. В пользу диагноза возвратного ревмокардита затяжного течения свидетельствуют 1) увеличение СОЭ до 30 мм/ч и более 2) высокое содержание гликозаминогликанов в крови 3) высокие титры антистрептокиназы 4) длительность атаки 6 мес 5) увеличение активности ЛДГ-1, ЛДГ-2 и кислых фосфатаз в крови
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 4, 5
в) верно 3, 4, 5
г) верно все перечисленное

065. Гебердеповские узелки - это
а) одна из разновидностей наследственных дегенеративных заболеваний
б) явление, сопутствующее ревматоидному артриту
в) отложения мочевой кислоты при подагре
г) фиброзные изменения после тендовагинита
д) проявление особой реакции организма при бронхитах и бронхоэктазах

066. Из перечисленных положений, имеющих отношение к этиологии ревматизма, правильными являются 1) ревматизмом заболевают только при наследственном предрасположении к данному заболеванию 2) ревматизм у предрасположенных лиц могут вызвать только особые ревматогенные штаммы стрептококка 3) ревматизм могут вызвать любые штаммы стрептококка 4) заболеванию способствует дополнительное инфицирование вирусом Коксаки В4 5) стрептококки вообще не имеют отношения к происхождению заболевания
а) верно 1, 2
б) верно 1, 3, 4
в) верно 3, 4
г) верно 1, 5
д) верно 1, 4, 5

067. Развитию ревматизма способствуют 1) низкий социальный уровень жизни 2) урогенитальная инфекция 3) частые охлаждения 4) женский пол 5) хронический тонзиллит у нескольких членов семьи, проживающих вместе
а) верно 1, 3, 4, 5
б) верно 1, 2, 3
в) верно 2, 3, 4
г) верно 1, 2, 4, 5
д) верно 2, 3, 5

068. В комплексной терапии активного ревматизма широко применяют антибиотики, цель назначения которых 1) подавление активности текущего процесса 2) санация организма от стрептококковой инфекции

3) вторичная профилактика обострений ревматизма 4) положительное влияние на ревматический полиартрит
а) верно 1, 4
б) верно 2, 3
в) верно 1, 2, 4
г) верно 2, 3, 4

069. Дополнительным показанием к более активной антибиотикотерапии при ревматизме является все перечисленное, кроме
а) хронического тонзиллита с частыми обострениями
б) осложнения вторичным бактериальным эндокардитом
в) латентного течения процесса
г) высоких титров противострептококковых антител
д) наличия в организме других очагов хронической инфекции

070. Причиной неэффективности вторичной бициллинопрофилактики ревматизма может быть 1) недостаточность дозы пенициллина в бициллине-5 2) слишком длинный интервал (4 недели) между инъекциями, который необходимо сократить до 3 недель 3) устойчивость стрептококка к пенициллину 4) необоснованность ее назначения в отдельных случаях
а) верно 1, 3,
б) верно 2, 4
в) верно все перечисленное
г) верно 2

071. Выберите из перечисленных антиревматических препаратов 3 наиболее эффективных и с наименьшим побочным действием, которые в настоящее время являются средством выбора в лечении ревматизма и других ревматических заболеваний 1) аспирин 2) напроксен 3) вольтарен 4) индометацин 5) ибупрофен 6) салициловая кислота
а) верно 3, 4, 5
б) верно 1, 6, 4
в) верно 6, 2, 4
г) верно 2, 3, 6
д) верно 1, 3, 4, 5

072. Выберите 2 наиболее подходящих препарата для лечения больного с активным возвратным часто рецидивирующим ревмокардитом, протекающим, однако, с минимальными сдвигами лабораторных показателей 1) преднизолон 2) делагил (хлорохин) 3) вольтарен 4) пенициллин 5) цитостатики
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 4, 5

073. Традиционными показателями лабораторных исследований, облегчающими диагностику активного ревматизма острого и подострого течения, являются 1) нейтрофильный лейкоцитоз 2) увеличение СОЭ свыше 30 мм/ч 3) увеличение содержания в крови серомукоида, С-реактивного белка, сиаловых кислот, ДФА 4) диспротеинемия в виде а2-глобулинемии, изредка g-глобулинемии 5) анемия 6) высокий титр антистрептолизина-0
а) верно 1, 2, 3
б) верно все перечисленное
в) верно 2, 3, 4, 6
г) верно 1, 2, 4, 6
д) верно 2, 3, 4

074. Показанием для назначения глюкокортикостероидов при активном ревматизме является 1) первичный и возвратный ревмокардит с острым и подострым течением 2) наличие декомпенсации сердечной деятельности у больного с возвратным ревмокардитом II степени активности 3) латентный (сомнительный) ревмокардит у больного, имевшего сложный порок сердца и декомпенсацию сердечной деятельности 4) активный ревматизм в каждом случае 5) глюкокортикостероиды при ревматизме не назначаются вообще
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 4, 5
г) верно 3, 4, 5
д) верно 1, 2, 3, 4

075. Остеолиз ногтевых фаланг кистей является ранним симптомом
а) саркоидоза
б) костно-суставного туберкулеза
в) склеродермии
г) подагрической артропатии
д) ревматоидного артрита

076. Для болезни Шегрена характерно 1) артрит 2) высокий титр ревматоидного фактора в сыворотке крови 3) лейкопения 4) увеличение языка
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

077. Для синдрома Стилла характерны 1) начало лихорадки и других системных проявлений после возникновения артрита 2) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора 3) развитие недостаточности аортального клапана 4) лейкоцитоз
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

078. Узловая эритема типична 1) для иерсиниоза 2) для саркоидоза 3) для синдрома Бехчета 4) для ревматизма
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

079. Сакроилеит не встречается 1) при синдроме Рейтера 2) при ювенильном ревматоидном артрите 3) при псориатическом артрите 4) при ревматоидном артрите
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

080. Для синдрома Бехчета характерно 1) афтозный стоматит 2) генитальные афты 3) ирит 4) тромбофлебит
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

081. Синдром Шегрена встречается 1) при системной склеродермии 2) при полимиозите 3) при системной красной волчанке 4) при ревматоидном артрите
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

082. Для остеоартроза кисти характерно поражение 1) пястно-фалангового сустава I пальца 2) дистальных межфаланговых суставов 3) I запястно-пястного сустава 4) проксимальных межфаланговых суставов II-V пальцев
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

083. Применение хинолиновых производных обосновано при лечении 1) ревматической полимиалгии 2) болезни Бехтерева 3) псориатического артрита 4) ревматоидного артрита
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно 2, 4
г) верно 4
д) верно все перечисленное
е) все перечисленное неверно

084. Для оценки тяжести митрального стеноза важными являются все перечисленные показатели, кроме
а) площади митрального отверстия по данным эхокардиографии
б) максимального трансмитрального диастолического градиента давления
в) конечно-диастолического размера желудочка
г) времени уменьшения вдвое максимального трансмитрального градиента давления

085. Для митральной регургитации характерно
а) длительный период компенсации
б) признаки левожелудочковой недостаточности
в) тромбоэмболические осложнения
г) все перечисленное

086. По данным эхокардиографии у больных с митральной регургитацией могут быть выявлены
а) дилатация левого желудочка
б) дилатация левого предсердия
в) расширение корня аорты

087. Эхокардиографическими признаками тяжелого миоперикардита являются все перечисленные, кроме
а) дилатации левого желудочка со снижением сократительной способности миокарда
б) образования между перикардом и эпикардом эхо-свободного пространства
в) гиперкинезии и пародоксального движения стенок сердца
г) тромбоза желудочков сердца
д) аортальной регургитации

088. Эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются все перечисленные, кроме
а) куполообразного диастолического изгиба передней митральной створки
б) однонаправленного движения митральных створок
в) уменьшения площади митрального отверстия
г) дилатации правого желудочка
д) патологического трансмитрального диастолического градиента давления

089. Среди положений, относящихся к показаниям и противопоказаниям к хирургическому лечению митральной регургитации, укажите неправильное
а) применяется редко, при митральной регургитации, развившейся вследствие дилатации левого желудочка
б) применяется при неэффективности консервативных методов
в) применяется при митральной регургитации средней тяжести
г) применяется в срочном порядке при острой митральной регургитации
д) не показано при хронической митральной регургитации
090. Электрокардиографическими признаками аортального стеноза являются все перечисленные, кроме
а) гипертрофии левого желудочка
б) гипертрофии левого предсердия
в) атриовентрикулярной блокады
г) гипертрофии правого предсердия
д) блокады левой ножки пучка Гиса

е) мерцательной аритмии на поздних стадиях порока

091. Электрокардиографическими признаками митрального стеноза являются все перечисленные, кроме
а) гипертрофии левого предсердия
б) мерцательной аритмии
в) гипертрофии правого желудочка
г) гипертрофии левого желудочка
д) поворота электрической оси сердца вправо

092. Фонокардиографическими признаками сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза являются все перечисленные, кроме
а) усиления I тона
б) наличия "тона открытия митрального клапана"
в) наличия III тона
г) наличия IV тона
д) апикального систолического шума, связанного с I тоном
е) мезодиастолического шума

093. Фонокардиографическими признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются все перечисленные, кроме
а) ослабления I и II тонов сердца
б) непрерывного систоло-диастолического шума
в) наличия III тона
г) наличия IV тона
д) наличия аортального тона изгнания
е) систолического и протодиастолического шумов

094. Основными методами диагностики многоклапанных пороков сердца являются все перечисленные, кроме
а) эхокардиографии
б) фонокардиографии
в) рентгенографии
г) катетеризации сердца
д) сфигмографии

095. Ультразвуковая допплерография используется в диагностике поражений сосудов при первичных и вторичных васкулитах с целью
а) определения артериальных окклюзий
б) определения окклюзий коллатералей сосудов
в) определения венозного тромбоза
г) оценки состояния брахиоцефальных сосудов
д) всего перечисленного

096. Среди положений, относящихся к термографическому исследованию в ревматологической практике, укажите неверное
а) проводится с помощью тепловизора
б) проводится с помощью жидких кристаллов
в) позволяет количественно характеризовать воспалительный процесс во внутренних органах или суставах
г) термографические показатели не зависят от температуры помещения, в котором проводится исследование

097. Среди положений, касающихся ультразвуковой диагностики патологии суставов, укажите неверное
а) позволяет обнаружить выпот в полости сустава даже при отсутствии клинической картины синовита
б) позволяет уточнить локализацию выпота и его объем
в) неблагоприятно влияет на организм больного
г) позволяет определить толщину синовиальной оболочки
д) позволяет определить характер изменений в синовиальной оболочке

098. Обнаружение ревматоидного фактора для диагноза ревматоидного артрита
а) предполагает обязательно
б) не предполагает

099. Для системной красной волчанки характерно обнаружение в сыворотке крови антител
а) к нативной ДНК

б) к центромерам
в) к цитоплазменным антигенам нейтрофилов

100. Наиболее высокие титры ревматоидного фактора наблюдаются
а) при ревматоидном артрите
б) при системной склеродермии
в) при системной красной волчанке
г) при болезни Шегрена

101. Истинные LE-клетки представляют собой
а) сегментоядерные лейкоциты, содержащие ядра других клеток
б) сегментоядерные лейкоциты, содержащие лимфоциты
в) моноциты, содержащие ядра других клеток
г) моноциты, образующие "розетки" с эритроцитами
д) гематоксилиновые тельца

102. Ревматоидный фактор - это антитела класса IgM, которые реагируют
а) с частицами латекса
б) с агрегированным g-глобулином человека
в) с частицами бентонита
г) с эритроцитами барана

103. Ревматоидный фактор представляет собой
а) b-макроглобулин
б) антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM
в) антитело к агрегированному альбумину
г) простагландин

104. Определение общего количества и субпопуляций Т-лимфоцитов целесообразно
а) при проведении дифференциального диагноза ревматических заболеваний
б) при оценке тяжести патологического процесса
в) при выявлении сопутствующего иммунодефицита

105. Определение компонентов комплемента С3, С4 и его общего уровня по СН50 показано
а) при оценке тяжести состояния больного любым воспалительным заболеванием суставов
б) при определении возможности развития или прогрессирования нефрита у больных системной красной волчанкой
в) при опасности развития "склеродермической почки" у больных системной склеродермией

106. Существенное увеличение С-реактивного белка наблюдается
а) при системной красной волчанке
б) при переломе костей
в) при ревматоидном артрите

107. Для ревматической лихорадки характерны следующие показатели
а) умеренный лейкоцитоз
б) моноцитоз
в) повышенные титры антистрептолизина-0
г) повышение уровня фибриногена
д) все перечисленные

108. При системной красной волчанке обычно наблюдается
а) лейкоцитоз
б) лейкопения

109. Для системной красной волчанки характерно
а) гемолитическая анемия
б) макроцитарная анемия

110. Тромбоцитопения при системной красной волчанке проявлением побочного действия цитостатиков
а) является
б) не является

111. При болезни Бехтерева лабораторные показатели отражают активность воспалительного процесса
а) адекватно
б) не адекватно

112. При болезни Бехтерева частота выявления антигена гистосовместимости HLA B27 составляет
а) менее 50%
б) 50%
в) свыше 70%

113. При болезни Рейтера установить наличие хламидийной инфекции
а) удается всегда
б) удается не всегда

114. Наиболее чувствительный метод обнаружения хламидийной инфекции
а) выявление антител к хламидиям
б) исследование на хламидии соскобов из уретры или цервикального канала
в) метод культуры ткани

115. При болезни Рейтера СОЭ, превышающая 50 мм/ч, наблюдается
а) редко
б) часто

116. При дерматомиозите высокие значения СОЭ встречаются
а) редко
б) часто

117. Диагностическое значение при дерматомиозите имеет
а) повышение уровня острофазовых белков
б) высокая активность креатинфосфокиназы
в) умеренный лейкоцитоз
г) наличие гемолитической анемии

118. Значительное увеличение СОЭ наименее характерно
а) для системной красной волчанки
б) для ревматоидного артрита
в) для ревматической полимиалгии
г) для активного ревматизма

119. Иммунологическими маркерами антифосфолипидного синдрома являются
а) антитела к кардиолипину
б) волчаночный антикоагулянт
в) ложноположительная реакция Вассермана
г) все перечисленные

120. Верхняя граница нормы уровня мочевой кислоты в крови у женщин составляет
а) 0. 30 ммоль/л
б) 0. 36 ммоль/л
в) 0. 42 ммоль/л

121. Для ревматоидного артрита характерны следующие изменения синовиальной жидкости
а) снижение вязкости
б) содержание лейкоцитов, превышающее 5¦109/л
в) наличие ревматоидного фактора
г) наличие рагоцитов
д) все перечисленные

122. Синовиальная жидкость при хондрокальцинозе характеризуется
а) снижением вязкости
б) высоким содержанием клеточных элементов
в) наличием рагоцитов
г) наличием кристаллов пирофосфата кальция
д) всем перечисленным

123. При ревматизме наблюдаются изменения следующих лабораторных параметров
а) содержания фибриногена
б) активности трансаминаз
в) показателя дифениламиновой реакции
г) снижение клубочковой фильтрации
д) всех перечисленных
е) верно а) и в)

124. Для верификации острого моноартрита наиболее важны следующие параметры синовиальной жидкости
а) тест муцинового сгустка
б) содержание глюкозы
в) уровень комплемента
г) данные микроскопического исследования
д) все перечисленные
е) верно б) и г)

125. При болезни Шегрена часто выявляется
а) лейкопения
б) антитела к ДНК
в) антинуклеарные антитела
г) Ro/La антитела
д) все перечисленное

Эталоны ответов к тестам:

001-В	002-В	003-Д	004-Д	005-Г	006-Д	007-Г
008-Г	009-Б	010-Г	011-Д	012-В	013-Д	014-Б
015-Д	016-Г	017-А	018-Б	019-В	020-Б	021-В
022-А	023-Г	024-А	025-Г	026-В	027-Е	028-Б
029-Б	030-Г	031-Б	032-А	033-В	034-А	035-Г
036-В	037-А	038-В	039-Б	040-В	041-А	042-В
043-Б	044-В	045-Б	046-А	047-В	048-Д	049-В
050-Г	051-Б	052-Д	053-Б	054-Д	055-В	056-В
057-Б	058-В	059-Б	060-Д	061-Б	062-Б	063-Б
064-Б	065-А	066-А	067-А	068-Б	069-В	070-Б
071-А	072-Б	073-В	074-Б	075-В	076-А	077-Г
078-А	079-А	080-Д	081-Д	082-В	083-Г	084-В
085-Г	086-В	087-Д	088-Г	089-Д	090-Г	091-Г
092-Г	093-Б	094-Д	095-Д	096-Г	097-В	098-Б
099-А	100-Г	101-А	102-Б	103-Б	104-В	105-Б
106-В	107-Д	108-А	109-А	110-Б	111-Б	112-В
113-Б	114-В	115-А	116-А	117-Б	118-Г	119-Г
120-Б	121-Д	122-Г	123-Е	124-Е	125-Д	

8. Тема: Неотложные состояния в аллергологии.

001. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является
а) аллергическая реакция немедленного типа
б) аллергическая реакция замедленного типа
в) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа
г) аутоиммунный механизм

002. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают
а) альвеолярные макрофаги
б) лимфоциты
в) эозинофилы
г) плазматические клетки

003. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы не характерно
а) бронхоспазм
б) отек стенки бронха
в) гиперсекреция

г) острое вздутие легких

004. Реагиновый механизм атопической бронхиальной астмы может быть доказан с помощью всех перечисленных методов, кроме
а) кожных аллергических проб
б) провокационных аллергических тестов
в) реакции преципитации
г) реакции Прауснитца - Кюстнера

005. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является все перечисленное, кроме
а) бронхоспазма
б) усиленной вентиляции легких
в) гиперсекреции
г) отека слизистой оболочки бронхиального дерева

006. Показанием к ингаляции интала является
а) лечение астматического статуса
б) лечение острого приступа бронхиальной астмы
в) профилактика приступа бронхиальной астмы
г) лечение острых инфекций верхних дыхательных путей

007. Адреномиметики, стимулирующие b2-адренорецепторы короткого действия, назначаются с целью
а) купирования острого приступа удушья
б) длительной профилактики приступов бронхиальной астмы
в) лечения астматического состояния
г) всего перечисленного

008. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны
а) для купирования острого приступа удушья
б) для профилактики приступов удушья
в) для лечения астматического состояния
г) для всего перечисленного

009. К методам специфической диагностики атопической бронхиальной астмы относятся все перечисленные, кроме
а) скарификационных проб
б) провокационных тестов
в) определения специфических антител
г) определения уровня общего IgE

010. Дитек может быть использован
а) для терапии астматического состояния
б) для терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести
в) для профилактики приступов бронхиальной астмы
г) для терапии хронического бронхита

011. Для атопической бронхиальной астмы характерно
а) эффект элиминации
б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда
в) рецидивирующий полипоз носа
г) постепенное развитие приступа

012. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится
а) ацетилхолин
б) гистамин
в) лейкотриены
г) серотонин

013. Из бронхов больных инфекционной бронхиальной астмой часто высеваются все перечисленные возбудители, кроме
а) стафилококков
б) клебсиеллы

в) нейссерии
г) зеленящего стрептококка

014. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является
а) домашняя пыль
б) споры плесневых грибов
в) продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе
г) гельминты

015. Признаками аллергии немедленного типа при атопической бронхиальной астме являются все перечисленные, кроме
а) волдырного типа кожной реакции
б) эффективности специфической иммунотерапии бактериальными аллергенами
в) положительного провокационного теста в течение 1 часа после ингаляции аллергена
г) положительной реакции Прауснитца - Кюстнера

016. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит
а) в связывании свободного гистамина
б) в высвобождении гистамина
в) в конкурентном действии с гистамином за Н1-рецепторы
г) в торможении образования гистамина

017. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагинам соответствует
а) IgE
б) IgD
в) IgM

018. Методами диагностики контактной аллергии в клинической практике являются
а) скарификационные кожные пробы
б) внутрикожные пробы
в) реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ)
г) аппликационный тест

019. В понятие пищевой аллергии входит
а) аллергические реакции на пищевые аллергены
б) токсическое действие пищевых продуктов
в) непереносимость пищевых продуктов
г) токсико-аллергическое действие пищевых продуктов

020. К облигатным пищевым аллергенам относят все перечисленные, кроме
а) яиц
б) шоколада
в) мяса
г) рыбы

021. При аллергии к образующим парааминобензойную кислоту сульфаниламидам нельзя назначать
а) пенициллин
б) аспирин
в) новокаин
г) лидокаин

022. Специфическая диагностика пищевой аллергии основывается на всем перечисленном, кроме
а) аллергического анамнеза
б) элиминационной диеты
в) электрогастрографии
г) кожных аллергических проб

023. Неспецифическая диагностика пищевой аллергии основывается
а) на провокационном тесте с пищевым аллергеном
б) на эндоскопическом исследовании желудочно-кишечного тракта
в) на кожных пробах
г) на радиоаллергосорбентном тесте (РАСТ)

024. К наиболее частым клиническим проявлениям немедленной аллергии на пищевые аллергены относятся все перечисленные, кроме
а) острой и хронической крапивницы
б) поражения нервной системы
в) поражения желудочно-кишечного тракта
г) ангионевротического отека Квинке

025. Специфическим гипосенсибилизирующим методом лечения пищевой аллергии является
а) назначение антигистаминных препаратов
б) элиминационные диеты
в) назначение гистоглобулина

026. Понятие о сывороточной болезни включает
а) аллергическую реакцию на медикаменты
б) токсическую реакцию на медикаменты
в) токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки
г) аллергическую реакцию на белок чужеродной сыворотки

027. В механизме развития сывороточной болезни принимает участие
а) IgG
б) IgE
в) комплементарная система
г) IgG, IgM, IgE, комплементарная система

028. Наиболее частыми проявлениями сывороточной болезни являются все перечисленные, кроме
а) гастрита
б) температурной реакции
в) лимфаденопатии
г) острой крапивницы

029. К средствам, подавляющим иммунитет (иммуносупрессорам) , относятся все перечисленные, кроме
а) левамизола
б) производных хинолинового ряда
в) антиметаболитов пуриновых и пиримидиновых оснований нуклеиновых кислот
г) глюкокортикоидов

030. К иммуностимуляторам относятся
а) декарис
б) левомицетин
в) антагонисты фолиевой кислоты
г) алкилирующие соединения

031. Действие этимизола состоит
а) в стимуляции надпочечников
б) в активации адренокортикотропной функции гипофиза
в) в стимуляции Т-лимфоцитов-супрессоров
г) в подавлении Т-лимфоцитов-супрессоров

032. Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией
а) к аспирину и пиразолоновым производным
б) к сульфаниламидным препаратам
в) к препаратам фенотиазинового ряда
г) к лекарствам растительного происхождения

033. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия
а) к молоку и молочным продуктам
б) к мясу птицы
в) к рыбе
г) к меду

034. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно
а) обострение в зимнее время года
б) круглогодичное течение процесса

в) обострение при уборке квартиры
г) обострение в весенне-летнее время года

035. При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена
а) все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются
б) сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года
в) сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода
г) сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу

036. Наиболее эффективным методом профилактики обострений поллиноза является
а) иглорефлексотерапия
б) назначение антимедиаторных препаратов
в) назначение глюкокортикостероидов
г) специфическая иммунотерапия

037. В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие
а) неиммунных механизмов
б) IgA
в) сенсибилизированных лимфоцитов
г) IgE

038. В патогенезе хронической аллергической крапивницы и отека Квинке имеют значение
а) сенсибилизированные лимфоциты
б) неиммунные механизмы
в) наследственный дефект в системе комплемента
г) IgE

039. Патогенез псевдоаллергических форм отека Квинке и крапивницы обусловлен
а) участием IgE, IgM
б) участием сенсибилизированных лимфоцитов
в) участием Т-зависимых и В-зависимых аллергических реакций
г) нарушениями в системе комплемента

040. Наследственный ангионевротический отек Квинке связан со следующими дефектами системы комплемента
а) недостаточностью С4
б) недостаточностью С2
в) недостаточностью С1 ингибитора

041. При рецидиве наследственного ангионевротического отека Квинке в плазме обнаруживаются следующие изменения в системе комплемента
а) антивирусный С1
б) взаимодействие С1 с С4 и С2
в) все вышеперечисленные факторы
г) уменьшение С2, С4

042. При неспецифическом лечении холинергической крапивницы наиболее эффективны
а) антигистаминные препараты
б) глюкокортикостероидные препараты
в) гистоглобулин
г) холинолитические препараты

Эталоны ответов к тестам:

001-А	002-В	003-В	004-В	005-Б	006-В	007-А
008-Б	009-Г	010-В	011-А	012-В	013-Б	014-А
015-Б	016-А	017-А	018-Г	019-А	020-В	021-В
022-В	023-Б	024-Б	025-Б	026-Г	027-Г	028-А
029-А	030-А	031-Б	032-Г	033-Г	034-Г	035-А
036-Г	037-Г	038-Г	039-Г	040-В	041-Г	042-Г

Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней»

001. Исход реанимации является наиболее благоприятным
а) при первичной остановке кровообращения
б) при первичной остановке дыхания
в) при первичном поражении центральной нервной системы
г) при первичном поражении нейроэндокринной сферы
д) при остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы

002. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти 1) 3-4 мин при гипертермии 2) 3-4 мин при нормотермии 3) 5-6 мин при нормотермии 4) 20-30 мин при понижении температуры тела до 31-32 С
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 2, 4
д) верно 1, 3

003. К преимуществам проведения искусственной вентиляции легких методом "рот в рот" относится все перечисленное, кроме
а) возможности применения этого метода в любых условиях
б) нервно-рефлекторной стимуляции дыхательного центра
в) нервно-рефлекторной стимуляции сердечно-сосудистого центра
г) обеспечения дыхательного объема, превышающего нормальный в 2-3 раза

004. При неэффективности искусственной легочной вентиляции следует
а) запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия
б) опустить головной конец
в) приподнять головной конец
г) позвать другого реаниматора

005. При проведении искусственной вентиляции легких методом "рот в рот" могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме
а) вывиха нижней челюсти
б) фибрилляции желудочков
в) регургитации
г) разрыва альвеол легких, пневмоторакса

006. Основными признаками остановки сердца являются 1) судороги 2) отсутствие пульса на сонной артерии 3) отсутствие самостоятельного дыхания 4) узкие зрачки 5) широкие зрачки
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 2, 3, 5
д) верно 1, 4, 5

007. Перед началом легочно-сердечной реанимации больному следует придать положение
а) горизонтальное на спине
б) на спине с приподнятым головным концом
в) на спине с резко опущенным головным концом

008. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить
а) на верхней трети грудины
б) на границе верхней и средней трети грудины
в) на границе средней и нижней трети грудины
г) в пятом межреберном промежутке слева

009. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме
а) сужения зрачков
б) появления пульса на сонной артерии
в) уменьшения цианоза кожи
г) появления отдельных спонтанных вдохов

д) сухости склеры глазных яблок

010. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из всех перечисленных приемов, кроме
а) обеспечения проходимости дыхательных путей
б) проведения искусственной вентиляции легких
в) восстановления кровообращения
г) промывания желудка

011. Среди перечисленных состояний к прекращению кровообращения не относится
а) асистолия
б) фибрилляция желудочков
в) мерцание предсердий
г) "неэффективное" сердце

012. При лечении асистолии применяют
а) наружный массаж сердца
б) внутривенное введение адреналина
в) внутривенное струйное вливание бикарбоната натрия
г) все перечисленное

013. Фибрилляция желудочков устраняется
а) электрической дефибрилляцией
б) внутривенным введением лидокаина
в) внутривенным введением атропина, хлорида кальция, хлорида калия
г) всем перечисленным

014. При отсутствии самостоятельного дыхания в отсроченную фазу легочно-сердечной реанимации необходимо
а) продолжать искусственную вентиляцию легких
б) ввести цититон
в) наложить трахеостому
г) ввести бемегрид

015. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения 1) ранение внутренней грудной артерии 2) разрыв легкого 3) кровотечение из раны 4) повреждение мышцы сердца 5) кровоизлияние в мышцу сердца
а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 1, 4, 5
д) верно 2, 4, 5

016. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется
а) продолжительностью периода умирания
б) продолжительностью клинической смерти
в) глубиной и длительностью перенесенной гипоксии
г) характером основного заболевания
д) всем перечисленным

017. Синдром низкого сердечного выброса развивается в результате
а) снижения объема циркулирующей крови
б) расстройства различных видов обмена
в) нарушения нейроэндокринной и гуморальной регуляции тонуса сосудов
г) нарушения микроциркуляции

018. Причинами развития синдрома избыточного кровотока мозга могут быть все перечисленные, кроме
а) снижения сопротивления сосудов мозга
б) повышения потребности ткани мозга в кислороде
в) обтурации капиллярной сети
г) повышения давления крови

019. При остановке кровообращения развивается
а) метаболический алкалоз

б) метаболический ацидоз
в) респираторный алкалоз
г) респираторный ацидоз
д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз

020. Насыщение кислородом артериальной крови резко изменяется при гипоксии
а) циркуляторной
б) анемической
в) гипоксической
г) тканевой

021. Выживаемость больного после гипоксемии увеличивают
а) барбитураты
б) эфир
в) фторотан
г) гипертермия
д) гелий-терапия

022. Экстренная трахеостомия показана 1) при переломе шейного позвонка и параличе межреберных мышц 2) при бульбарном полиомиелите 3) при бронхоспазме при анафилактическом шоке 4) при апноэ у больного с фибрилляцией желудочков 5) при астматическом статуса
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 4, 5
д) верно 1, 5

023. Больная бронхиальной астмой в астматическом статусе возбуждена, испытывает чувство страха. Наиболее рациональные назначения 1) 0. 1 мг/кг седуксена 2) 10 мл 2. 4% раствора эуфиллина в 250 мл 10% раствора глюкозы внутривенно 3) амитриптилин перорально 4) 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида подкожно 5) 40 мг лазикса
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4
г) верно 4, 5
д) верно 1, 5

024. При астматическом статусе необходимо
а) реоксигенация подогретым и увлажненным чистым кислородом
б) внутривенное введение раствора бикарбоната натрия
в) внутривенное введение гидрокортизона
г) отсасывание слизи
д) все перечисленное

025. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо
а) искусственная вентиляция легких
б) наружный массаж сердца
в) массивные переливания крови и кровезаменителей
г) введение адреналина и бикарбоната натрия
д) обеспечение гемостаза
е) все перечисленное

026. При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение
а) атропина
б) норадреналина
в) изадрина
г) зонда-электрода в правый желудочек
д) всего перечисленного

027. К признакам шока относятся все перечисленные, кроме
а) бледности кожных покровов
б) гиперемии лица
в) снижения артериального давления

г) похолодания кожных покровов
д) адинамии, заторможенности

028. При анафилактическом шоке показано
а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов
б) подкожное введение аминазина
в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина
г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма
д) дегидратационная терапия

029. Для купирования судорог могут быть использованы следующие из перечисленных препаратов 1) барбитураты 2) седуксен 3) трихлорэтилен 4) мышечные релаксанты 5) дроперидол
а) верно 1, 2, 3, 4
б) верно 2, 3, 4, 5
в) верно 1, 2, 4, 5
г) верно 3, 4

030. При лечении кардиогенного шока на догоспитальном этапе применяют все перечисленное, кроме
а) гипотензивных средств
б) препаратов, повышающих артериальное давление
в) реополиглюкина
г) антикоагулянтов
д) анальгетиков

031. К срочным мероприятиям при тромбоэмболии легочной артерии относятся все перечисленные, кроме
а) обезболивания
б) проведения тромболитической и антикоагулянтной терапии
в) усиления депрессивного влияния блуждающего нерва
г) снятия спазма сосудов (но-шпой, эуфиллином, папаверином)

032. Для инфекционно-токсического шока характерно все перечисленное, кроме
а) малого частого пульса
б) резкой вазодилатации
в) снижения диуреза
г) лихорадки, озноба, поноса
д) бледности и похолодания кожных покровов

033. Интенсивная терапия при инфекционно-токсическом шоке включает 1) плазмаферез 2) искусственную вентиляцию легких 3) дренирование лимфатического протока, лимфодренаж и лимфосорбцию 4) искусственное кровообращение
а) верно 2, 3, 4
б) верно 1, 4
в) верно 1, 2, 3
г) верно 1, 2, 3, 4

034. Осторожность при применении больших доз аскорбиновой кислоты необходимо соблюдать в случаях
а) отравления цианидами
б) гипоксической гипоксии
в) гиперкоагуляции крови
г) септического шока

035. Оценка степени комы по шкале Глазго основана
а) на активности пациента, возможности контакта с ним, открывании глаз
б) на оценке коленного рефлекса
в) на оценке размера зрачка и его реакции на свет
г) на оценке адекватности функции внешнего дыхания

036. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго
а) ясное сознание
б) оглушение
в) сопор

г) кома
д) смерть мозга

037. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго
а) ясное сознание
б) оглушение
в) сопор
г) кома
д) смерть мозга

038. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго
а) ясное сознание
б) оглушение
в) сопор
г) кома
д) смерть мозга

039. У нейрохирургических больных внутривенное введение 5% раствора глюкозы
а) является лучшим методом инфузионной терапии
б) может вызвать чрезмерный диурез
в) может привести к отеку мозга
г) ведет к задержке воды в организме

040. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию
а) снижение АД и учащение пульса
б) снижение АД и урежение пульса
в) повышение АД и учащение пульса
г) повышение АД и урежение пульса

041. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает
а) при кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови
б) при кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови
в) при отравлении фосфорорганическими соединениями
г) при декомпенсации миокарда
д) при тромбоэмболии легочной артерии

042. При предоперационном осмотре выявлено, что при ритмичности пульса частота сердечных сокращений у пациента составляла 44 в мин, а после нагрузки снизилась до 40 в мин. Вероятно, это признак
а) полной поперечной блокады
б) выраженной гипертрофии желудочков
в) ничего не значащий
г) выраженной легочной гипертензии

043. Признаком недостаточности правых отделов сердца является
а) снижение артериального давления
б) повышение центрального венозного давления (ЦВД)
в) снижение ЦВД
г) анемия
д) полицитемия

044. При правожелудочковой недостаточности развивается
а) системный венозный застой
б) снижение центрального венозного давления (ЦВД)
в) артериальная гипертензия
г) отек легких

045. Укажите правильное определение понятия "обморок"
а) постепенно развивающаяся и длительно сохраняющаяся утрата сознания

б) внезапная и кратковременная утрата сознания, часто сопровождающаяся падением
в) внезапно наступившая и длительная потеря сознания
г) верно все перечисленное

046. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока
а) 10-20%
б) 20-30%
в) 30-40%
г) 40-50%

047. Наибольшим "волемическим коэффициентом" (при переливании одного и того же объема увеличивает на большую величину объем циркулирующей крови) обладает
а) полиглюкин
б) реополиглюкин
в) гемодез
г) сухая плазма
д) желатиноль

048. Больной доставлен с ножевым ранением груди в тяжелом состоянии. Беспокоен, кожные покровы цианотичны, тоны сердца глухие, вены шеи переполнены, пульс - 130 в минуту, АД - 70/55 мм рт. ст. Причиной тяжести состояния, вероятно, является
а) ранение легкого
б) геморрагический шок
в) гемоперикард с тампонадой сердца
г) кардиогенный шок

049. Пульсовое давление при кардиогенном шоке
а) увеличивается
б) уменьшается
в) уменьшается, а затем увеличивается
г) остается неизменным

050. Гиповолемический шок в результате травмы сопровождается
а) артериальной гипотензией и брадикардией
б) венозной гипертензией и тахикардией
в) артериальной и венозной гипотензией с тахикардией
г) артериальной гипотензией и венозной гипертензией

051. Пациент поступил через 1 час после травмы, полученной в автокатастрофе. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Тоны сердца не прослушиваются. Пульс - 116 в минуту, АД - 75/40 мм рт. ст. При перкуссии справа над грудной клеткой - тимпанит. При аускультации дыхание справа отсутствует. Ваш диагноз
а) черепномозговая травма
б) внутриплевральное кровотечение справа
в) напряженный превмоторакс справа
г) инфаркт миокарда

052. У пациента на фоне нормального состояния остро развилось стридорозное дыхание. Сознание отсутствует. Выражены симптомы гипоксии. Наиболее вероятная причина
а) приступ бронхиальной астмы
б) острый стенозирующий ларинготрахеит
в) опухоль гортани или трахеи
г) инородное тело гортани или трахеи

053. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса
а) коллапс легкого
б) наличие воздуха в плевральной полости
в) смещение средостения в здоровую сторону
г) повышение прозрачности легочного поля

054. Оксигенотерапия неэффективна при гипоксии
а) гипоксической
б) циркуляторной

в) гемической
г) гистотоксической

055. Для выраженной гипоксической гипоксии характерны все перечисленные симптомы, кроме
а) нарушения сознания
б) цианоза кожных покровов
в) снижения альвеолярного pO2
г) снижение артериального pO2
д) увеличения разницы в содержании кислорода в артериальной и венозной крови

056. Синдром Мендельсона (кислотно-аспирационная пневмония) обусловлен аспирацией
а) крови
б) воды
в) кислого желудочного содержимого
г) гноя

057. В лечении аспирационной пневмонии не рекомендуется
а) лаваж трахеобронхиального дерева большим количеством 0. 5% раствора гидрокарбоната натрия (питьевой соды)
б) назначение кортикостероидов
в) назначение антибиотиков широкого спектра действия
г) искусственная вентиляция легких с положительным давлением на выдохе

058. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее
а) 70%
б) 80%
в) 90%
г) 100%
д) 60%

059. Наиболее выраженные нарушения водно-электролитного обмена возникают при острой кишечной непроходимости на уровне
а) толстого кишечника
б) тощей кишки
в) подвздошной кишки
г) дуоденоеюнального соединения

060. У пациентов с нелеченой кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является
а) только потеря воды
б) только потеря натрия
в) потеря и натрия, и воды
г) гипокалиемия
д) нарушения кислотно-основного состояния

061. Основным буфером внеклеточной жидкости является
а) гидрокарбонатный
б) фосфатный
в) протеиновый
г) гемоглобиновый

062. Респираторный алкалоз может приводить ко всем перечисленным расстройствам, кроме
а) повышения возбудимости миокарда и нарушения ритма сердца
б) увеличения мозгового кровотока
в) нарушения транспорта кислорода к тканям
г) снижения концентрации ионизированного кальция плазмы

063. При поступлении больного с отравлением неизвестным ядом в коме выявлено pH - 7. 02, артериальное pCO2 - 75. 5 мм рт. ст. , избыток оснований (BE) - 14. 5 ммоль/л. Нарушение кислотно-основного состояния заключается
а) в некомпенсированном метаболическом ацидозе
б) в некомпенсированном респираторном ацидозе
в) в смешанном респираторно-метаболическом ацидозе

г) в метаболическом ацидозе средней степени выраженности

064. Гиперкапния вызывает спазм сосудов
а) головного мозга
б) миокарда
в) малого круга кровообращения
г) матки

065. При гипофибриногенемии, сопровождающейся анемией, наиболее показано применение
а) свежей крови
б) фибриногена
в) тромбоцитной массы
г) полиглюкина
д) трасилола

066. При массивных гемотрансфузиях для сохранения коагулирующих свойств крови следует применять
а) теплую кровь
б) глюконат кальция
в) оксигенотерапию
г) кровь двухнедельной давности
д) свежую кровь

067. Во время анафилактической реакции освобождаются все перечисленные вещества, кроме
а) гистамина
б) медленнореагирующей субстанции анафилаксии
в) гепарина
г) адреналина

068. У больной при внутрикожной пробе на пенициллин возникли боли в груди, потеря сознания, судороги, артериальная гипотензия. Ваш вероятный диагноз
а) тромбоэмболия легочной артерии
б) эпилептический припадок
в) анафилактический шок
г) токсикоинфекционный шок

069. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является
а) норадреналин
б) преднизолон
в) хлористый кальций
г) димедрол
д) адреналин

070. После первичной остановки сердца спонтанное дыхание обычно прекращается не позднее, чем через
а) 20 с
б) 30 с
в) 60 с
г) 5 мин

071. После первичной остановки сердца сознание исчезает через
а) 10 с
б) 30 с
в) 60 с
г) 5 мин

072. Перед проведением реанимационных мероприятий при воздушной эмболии артерии целесообразно положить пациента
а) на спину
б) на левый бок
в) на правый бок
г) в любое положение

Эталоны ответов к тестам:

001-Б	002-Г	003-В	004-А	005-Б	006-Г	007-А
008-В	009-Д	010-Г	011-В	012-Г	013-А	014-А
015-Г	016-Д	017-А	018-Б	019-Б	020-В	021-А
022-А	023-А	024-Д	025-Е	026-Г	027-Б	028-А
029-В	030-А	031-В	032-Б	033-Г	034-В	035-А
036-Б	037-В	038-Г	039-В	040-В	041-Б	042-А
043-Б	044-А	045-Б	046-Б	047-Б	048-В	049-Б
050-В	051-В	052-Г	053-Б	054-Г	055-Д	056-В
057-А	058-Б	059-Г	060-Г	061-А	062-Б	063-В
064-В	065-А	066-Д	067-Г	068-В	069-Д	070-В
071-А	072-Б					

Ситуационные задачи для ординаторов по дисциплине
«Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней»

Задача 1.

Больной 60 лет оперирован по поводу острой кишечной непроходимости 5-дневной давности. Во время операции и в послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия кристаллоидными растворами. Всего перелито 7 л кристаллоидных растворов. В 1 сутки послеоперационного периода, в отделении реанимации у больного развилась артериальная гипотензия, дыхательная недостаточность с снижением $PaCO_2$ и PaO_2.

Наиболее вероятный механизм артериальной гипотензии.

Наиболее вероятные изменения электролитного состава плазмы.

Механизм дыхательной недостаточности.

Предполагаемые изменения распределения жидкости в водных секторах.

Какие диагностические мероприятия необходимо провести для уточнения диагноза синдромальных нарушений?

Эталон ответа:

Гиповолемия

Гипонатриемия и гипокалиемия

Интерстициальный отек легких.

Гипергидратация интерстициального пространства, гиповолемия

Оценка амплитуды ФПГ, измерение ЦВД, оценка газового состава крови, рентгенография легких, ЭКГ, при наличии возможности – оценка объема водных секторов.

Задача 2.

Больной 60 лет находится в отделении реанимации после операции по поводу кишечной непроходимости. После окончания операции больной проснулся через 30 минут, но оставался заторможен, ареактивен, кожа теплая, акроцианоза нет, продолжается ИВЛ. Тахикардия с частотой сердечных сокращений 110 в минуту, АД - 120/90 мм. рт. ст. Имеются следующие показатели газообмена и КЩС:

PaO_2 ---------- 75 мм.рт.ст.

$PaCO_2$ ---------- 23 мм.рт.ст.

$FetCO_2$ ---------- 20 мм.рт.ст.

pH ---------- 7,51

BE ---------- (+) 4 ммоль/л

Причина нарушения КЩС

Какой вид нарушений КЩС имеет место?

Причина нарушения сознания.

Как следовало бы изменить ИВЛ?

Какие диагностические методы следовало использовать во время анестезии?

Эталон ответа:

Гипервентиляция

декомпенсированный дыхательный алкалоз.

Ишемия головного мозга на фоне спазма мозговых сосудов в связи с гипокапнией.

Не проводился контроль режима ИВЛ.

Капнометрия, определение газового состава артериальной или капиллярной крови.

Задача 3.

У больного с тяжелой сочетанной травмой груди и нижних конечностей и кровопотерей около 2500 мл при проведении инфузионной терапии кристаллоидными растворами (6 литров) возникло жесткое дыхание в обоих легких, снижение сатурации гемоглобина при дыхании воздухом до 80% (по данным пульсоксиметрии), артериальная гипотензия, нарушения сознания. Больной находится на искусственной вентиляции легких.

О каких синдромальных нарушениях можно думать?

Какие механизмы лежат в основе этих синдромов?

Как диагностировать эти синдромы?

Какие методы интенсивной терапии следует использовать?

Какой мониторинг необходим?

Эталон ответа:

Острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острая церебральная недостаточность.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность – гипоксия и, возможно, отек миокарда; острая дыхательная недостаточность – рестриктивные и диффузионные нарушения (интерстициальный отек легких); острая церебральная недостаточность – отек головного мозга на фоне нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера и большого объема кристаллоидных растворов.

ОССН – АД, ЦВД, ЭКГ, ЭхоКГ, снижение сердечного выброса; ОДН – газовый состав крови, возрастающее давление на вдохе (при проведении ИВЛ), снижение ДО (если больной на самостоятельном дыхании); Шкала комы Глазго (ШКГ), ЭЭГ.

Повышение коллоидно-осмотического давления использованием коллоидных плазмозамещающих растворов, умеренная диуретическая терапия, повышение вдыхаемой фракции кислорода и использование ПДКВ, возвышенное положение головы (10-15°), антиоксидантная терапия, повышение АД.

АД, ЦВД, диурез, внутричерепное давление, сатурация артериальной крови. Контроль: газовый состав крови, артерио-венозная разница по кислороду, ШКГ, КОД плазмы или концентрация белка в плазме.

Задача 4

В отделение реанимации поступил больной с ЧМТ после удаления субдуральной гематомы. В течение последующих 2 суток у больного сохраняется кома I, умеренная артериальная гипертензия, проводится вспомогательная вентиляция легких: P_aCO_2 – 35 мм рт.ст., P_aO_2 – 120 мм рт.ст., субфебрильная температура. Ежедневно больному переливается 2 литра кристаллоидных растворов, 800 мл коллоидных растворов. Суточный диурез 1300 мл.

Какие причины сохранения отека мозга?

Какие диагностические мероприятия следует провести для подтверждения отека мозга?

Как определить объем инфузионной терапии?

Какие лечебные мероприятия следует провести?

Как необходимо изменить терапию?

Эталон ответа:

Избыточная инфузионная терапия

КТ головного мозга

объем инфузий не должен превышать сумму диуреза и неощутимых потерь: с перспирацией, потоотделение.

Снизить объем инфузий

Проводить своевременный мониторинг эффективности инфузионной терапии.

Задача 5

У больного с тяжелой сочетанной травмой груди и нижних конечностей и кровопотерей около 2500 мл при проведении инфузионной терапии кристаллоидными растворами возникло жесткое дыхание в обоих легких, снижение сатурации гемоглобина до 80% (по данным пульсоксиметрии) при дыхании воздухом, артериальная гипотензия, нарушения сознания. Больной находится на искусственной вентиляции легких.

О каких синдромальных нарушениях можно думать?

Какие механизмы лежат в основе этих синдромов?

Как диагностировать эти синдромы?

Какие методы интенсивной терапии следует использовать?

Какой мониторинг необходим?

Эталон ответа:

Острая дыхательная недостаточность, острая левожелудочковая недостаточность.

Острая дыхательная недостаточность: гипергидратация интерстиция легких, острая легочная гипертензия; острая левожелудочковая недостаточность: ушиб сердца.

Рентгенография легких, газовый состав артериальной крови, ЦВД, ЭКГ, фотоплетизмография (ФПГ), измерение сердечного выброса инвазивными или неинвазивными методами.

Изменить тактику инфузионной терапии, начать респираторную поддержку (оксигенотерапия, ИВЛ), использовать инотропные средства.

Газовый состав артериальной крови, ЭКГ, ФПГ, сердечный выброс, АД, ЦВД.

Задача 6.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 2 лет, у которого отмечаются тонико-клонические судороги, температура тела 40° С.

Ваша тактика. Распишите лекарственную терапию.

Эталон ответа:

Купирование гипертермии (физические методы охлаждения + антипиретики)

Седитивные препараты (ГОМК, реланиум).

Оксигенотерапия.
Возможное использование ИВЛ.

Задача 7.

У ребенка 5 лет во время операции и наркоза развилась гипертермия, которая не купируется общепринятыми методами.

Какая форма гипертермии отмечалась у данного больного? Что необходимо предпринять?

Эталон ответа:

Злокачественная гипертермия.
Остановить операцию и наркоз.
100% кислород.
Физические методы охлаждения.
Дантролен внутривенно.

Задача 8.

Вас, дежурного врача-педиатра в 3 часа ночи срочно вызвали к ребенку 3г.6мес. Ребенок в течение 2-х недель находился на лечении в стационаре по поводу пневмонии. За время лечения состояние значительно улучшилось, но за несколько минут до вызова внезапно отмечалось ухудшение: резко усилилась одышка, стал нарастать цианоз.

При осмотре состояние ребенка крайне тяжелое, кожные покровы цианотичные с сероватым оттенком, "ловит воздух ртом", дыхание частое, поверхностное, сознание спутанное. При аускультации слева дыхание проводится, справа значительно ослаблено, над правым легким коробочный оттенок перкуторного звука. pH = 7,21, pCO_2= 52 мм рт.ст., pO_2=46 мм рт.ст., BE – 7 ммоль/л.

Ваш диагноз? Методы обследования. Неотложные мероприятия.

Какие методы респираторной терапии целесообразно использовать в этом случае.

Какая концентрация кислорода при проведении оксигенотерапии считается опасной и почему?

Эталон ответа:

Правосторонний напряженный пневмоторакс
Рентгенография органов грудной клетки
Смешанный ацидоз
Оксигенотерапия (40-60% кислородом) + дренирование плевральной полости
Выше 60% (фибролентарная дисплазия легких и атрофия сетчатки)

Задача 9.

У ребенка М. 1 г.6 мес. после бронхоскопии, выполненной в связи с удалением инородного тела трахеи, отмечено выраженное беспокойство, резкий цианоз кожных покровов, затрудненное, шумное дыхание, с втяжением уступчивых мест грудной клетки, осипший голос. Аускультативно дыхание в легких резко ослаблено.

Ваш диагноз, неотложные мероприятия. Какие методы обеспечения проходимости дыхательных путей можно использовать в подобной ситуации. Какие методы респираторной терапии следует использовать.

Эталон ответа:

Подскладочный отек гортани (синдром крупа).
Интубация трахеи трубкой меньшего, чем возрастной диаметр.
В экстренной ситуации коникотомия.

Задача 10.

Во время прыжков с трамплина мальчик 11 лет упал на бок и потерял сознание. Ребенок доставлен в ближайший стационар.

При осмотре мальчик вялый, дыхание частое, поверхностное, слабый акроцианоз. На коже правой половины грудной клетки в заднебоковых отделах определяется обширная гематома с участками ссадин. Аускультативно дыхание в легких ослаблено, больше справа.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, неотложные мероприятия, тактика.

Перечислите основные методы респираторной терапии, которые могут быть использованы в этом случае.

Эталон ответа:

Травма органов грудной клетки.
Гемо- или пневмоторакс.
Перелом ребер (исключить травму селезенки).

Рентген органов грудной клетки.
Оксигенотерапия (маска, носовые катетеры).

Задача 11.

Вы - дежурный врач. У ребенка 2-х лет, находящегося на лечении в соматическом стационаре по поводу правосторонней инфильтративной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние, появилось беспокойство, дыхание частое, поверхностное, выражен цианоз, акроцианоз. Перкуторно справа - тимпанит, смещение средостения влево, аускультативно дыхание справа не прослушивается.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика. Какие методы оксигенотерапии могут быть использованы у данного больного.

Эталон ответа:

Правосторонний напряженный плевмоторакс.
Рентген органов грудной клетки.
Дренирование плевральной полости.
Оксигенотерапия (маска, носовые катетеры).
Не показано применение ИВЛ.

Задача 12.

Ребенок М., родился в срок, доношенный с оценкой по Апгар 8/9 бал. На 4-й день жизни стал беспокойным, отказывается от груди, появилась одышка, тахикардия, цианоз кожных покровов. Быстро стали увеличиваться границы печени и селезенки. Границы сердца увеличены в размерах больше влево. Тоны сердца приглушены. Пульс 180-200 уд. в мин. В легких жесткое дыхание, появились влажные разнокалиберные хрипы. При рентгенологическом исследовании отмечается увеличение сердечной тени, резко снижена пульсация левого желудочка. На ЭКГ - признаки перегрузки левых отделов сердца. pH = 7,10, pCO_2= 53 мм рт.ст., pO_2 = 55 мм рт.ст., BE – 5,5 ммоль/л.

Поставьте диагноз. Укажите форму заболевания. Как Вы расцениваете прогноз. Ваша предполагаемая тактика обследования и лечения больного.

Эталон ответа:

Острая левожелудочковая сердечная недостаточность (кардиомиопатия).
ЭхоКГ и ЭКГ исследование.
Использование кардиотонической терапии (дигоксин или допамин).
Ограничение жидкости, использование гормональной терапии. Оксигенотерапия
Коррекция ацидоза.

Задача 13.

Ребенок Н., 4 лет, находился в стационаре по поводу гнойно-деструктивной пневмонии. На фоне проводимого консервативного лечения на 8 день заболевания состояние ухудшилось, появились боли в области сердца, усиливающиеся при движении и кашле. Ребенок стал очень беспокойным. Температура стала носить гектический характер, сопровождаясь ознобами и проливными потами. Наросла тахикардия и глухость сердечных тонов. Верхушечный толчок значительно ослаблен и смещен, увеличилась в размере сердечная тупость.

Шейные вены набухшие, увеличилась в размерах печень и селезенка. АД 75/50 мм рт.ст., а ЦВД – 120 мм вод.ст.

При рентгенологическом исследовании определяется расширение сердечно-перикардиальной тени, ателектаз нижней доли левого легкого. На ЭКГ - снижение вольтажа зубцов, S-T смещен вверх, зубец Т - уплощен, зубец Р в I и II стандартных отведениях увеличен в размерах.

Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение. Какой метод исследования по Вашему мнению наиболее информативен.

Эталон ответа:

Тампонада сердца (перикардит)
Пункция перикарда
Ограничение жидкости, кислородотерапия. Антибиотики
Патогомоничный признак – ателектаз и смещение сегмента S- T

Задача 14.

Женщина из соседнего купе в поезде сообщает Вам, что ее трехлетний ребенок во время приема пищи закашлялся, посинел, лежит на полу без сознания. Вы спешите на помощь. Проведите диагностику состояния ребенка. Какими методами восстановления проходимости дыхательных путей Вы можете воспользоваться? Какова последовательность Ваших действий при проведении реанимационных мероприятий? С какой частотой Вы будете проводить искусственную вентиляцию легких и компрессии

грудной клетки этому ребенку? Как оценить эффективность реанимационных мероприятий? Сколько времени Вы будете проводить реанимацию этого ребенка.

Эталон ответа:

Асфиксия (инородное тело дыхательных путей)

30 вдохов и 100- 130 сокращений сердца

Эффективность по экскурсии грудной клетки во время ИВЛ, пульсация шейных и бедренных сосудов при компрессии грудной клетки

20 минут

Задача 15.

Во время вечернего обхода отделения Вы обнаружили, что 12-летний пациент, носитель трахеостомы, наложенной из-за развившегося постинтубационного стеноза трахеи, лежит в кровати без сознания. Кожные покровы резко цианотичные, холодные. Самостоятельное дыхание отсутствует. При аускультации сердечных тонов частота пульса составляет 40 ударов в минуту.

Оцените состояние пациента. Опишите последовательность Ваших действий. Какие лекарственные препараты Вы будете использовать и куда их вводить. Каковы показания к проведению открытого массажа сердца?

Эталон ответа:

Асфиксия, Гипоксия.

Восстановление проходимости дыхательных путей

Внутривенно, возможно интратрахеально

При проникающем ранении грудной клетки в область сердца.

Во время полостных операций.