# Вступительные тесты для клинических ординаторов

по специальности «Терапия»,

1.Органом-мишенью гипертонической болезни является:

1. печень

2. легкие

3. сердце

4. ЖКТ

5. суставы

2. Развитию атеросклероза способствует:

1. климат

2. географическое место проживания

3. этнический фактор

4. пожилой возраст

5. профессия

3.Органом-мишенью гипертонической болезни является:

1. печень

2. легкие

3. мозг

4. ЖКТ

5. суставы

4. Оптимальным АД считают (мм рт.ст):

1. САД < 95, ДАД <75

2. САД < 100, ДАД < 70 3. САД < 110, ДАД < 78

4. САД <120, ДАД < 80

5. САД <130, ДАД < 100

5. Нормальным АД считают (мм рт.ст.):

1. САД < 95, ДАД <75

2. САД < 100, ДАД < 70

3. САД < 110, ДАД < 78

4. САД <129, ДАД < 84

5. САД <140, ДАД < 90

6. Развитию атеросклероза способствует:

1. климат

2. географическое место проживания

3. этнический фактор

4. дислипидемия

5. профессия

7.Органом-мишенью гипертонической болезни является:

1. печень

2. легкие

3. почки

4. ЖКТ

5. суставы

8. Высоким нормальным АД считают (мм рт.ст.):

1. САД < 95, ДАД <75

2. САД < 100, ДАД < 70

3. САД < 110, ДАД < 78

4. САД <120, ДАД < 80

5. САД <130-139, ДАД < 85-89

9. Развитию атеросклероза коронарных артерий способствуют сочетание следующих факторов:

1. климат, географическое место проживания

2. географическое место проживания, этнический фактор

3. этнический фактор, профессия

4. артериальная гипертония, сахарный диабет, пожилой возраст

5. профессия, климат

10.Органом-мишенью гипертонической болезни является:

1. печень

2. легкие

3. сосуды

4. ЖКТ

5. суставы

11. В диагностике атеросклероза обязательно исследование:

1. общего анализа крови

2. определение типов гиперлипидемии

3. определение липопротеидов высокой плотности

4. определение печеночных тестов (билирубина)

5. определение белка и белковых фракций

12. Гипертоническую болезнь I ст.устанавливают при значениях АД (мм рт.ст.)

1. САД - 130-135, ДАД < 89

2. САД - 140-159, ДАД - 90-99

3. САД - 160-179, ДАД - 100-109

4. САД > 180, ДАД > 110

5. САД > 210, ДАД > 120

13. Органом-мишенью гипертонической болезни является:

1. печень

2. легкие

3. глаза

4. ЖКТ

5. суставы

14. В патогенезе гипертонической болезни прессорным гормоном является:

1. ангиотензиноген

2. альбумин

3. ангиотензин II

4. протромбин

5. ангиотензин I

15. Критерием типичной стенокардии напряжения является:

1. если боль локализуется в правой половине грудной клетки;

2. локализуется в эпигастрии;

3. если боль провоцируется приемом пищи;

4. загрудинная боль или дискомфорт, возникающие при физ.нагрузке

или эмоциональном стрессе, проходящая в покое и\или после приема нитроглицерина

5. боль сопровождается изжогой

16. Диагноз вероятной стабильной стенокардии напряжения устанавливают:

1. если боль локализуется в правой половине грудной клетки;

2. если боль локализуется в эпигастрии;

3. если боль провоцируется приемом пищи;

4. если боль сопровождается изжогой

5. при наличии 2-х из 3-х признаков: загрудинная боль или дискомфорт, возникающие при физ.нагрузке и\или эмоциональном стрессе, проходящая в покое и\или после приема нитроглицерина

17. Диагноз стенокардии может быть с уверенностью исключен:

1. загрудинная боль, возникающая при эмоциональном стрессе

2. ощущение дискомфорта за грудиной

3. загрудинная боль, возникающая при физ.нагрузке

4. 1 или ни одного из 3-х признаков: загрудинная боль или дискомфорт, возникающие при физ.нагрузке и\или эмоциональном стрессе, проходящая в покое и\или после приема нитроглицерина

5. если боль за грудиной исчезает в покое или после приема нитроглицерина

18. В комбинированной терапии гипертонической болезни нежелательно сочетание препаратов:

1. бета блокатора + антагониста кальция

2. ингибитора АПФ+сартанов

3. сартанов + антагониста кальция

4. ингибитора АПФ+ тиазидного диуретика

5. диуретика + антагониста кальция

19. Гипертоническую болезнь II ст.устанавливают при значениях АД (мм рт.ст.):

1. САД - 130-135, ДАД < 89

2. САД - 140-159, ДАД - 90-99

3. САД - 160-179, ДАД - 100-109

4. САД > 180, ДАД > 110

5. САД > 210, ДАД > 120

20. На ЭКГ у больного стенокардией (вне приступа) может регистрироваться:

1. нормальная ЭКГ

2. патологический зубец Q

3. транзиторное горизонтальное или косонисходящее смещение ST и уплощение Т

4. изменение внутрижелудочковой проводимости

5. внеочередное сокращение

21. На ЭКГ у больного стенокардией (во время приступа) может регистрироваться:

1. нормальная ЭКГ

2. патологический зубец Q

3. транзиторное горизонтальное или косонисходящее смещение интервала ST и уплощение зубца Т

4. изменение внутрижелудочковой проводимости

5. внеочередное сокращение

22. К одним из проявлений острого коронарного синдрома относят:

1. впервые возникшую стенокардию

2. стабильную типичную стенокардию напряжения

3. стабильную атипичную стенокардию напряжения

4. вероятную стенокардию напряжения

5. нарушение ритма сердца

23. Понятие «Острый коронарный синдром» исключает:

1. впервые возникшую стенокардию

2. прогрессирующую стенокардию

3. стенокардию покоя с длительными (более15-20мин) приступами, в т.ч. спонтанную (вариантную) стенокардию

4. стабильную стенокардию напряжения

5. инфаркт миокарда

24. К острому коронарному синдрому относят:

1. дистрофию миокарда

2. стенокардию покоя с длительными (более15-20мин) приступами, в т.ч. спонтанную (вариантную) стенокардию

3. стабильную атипичную стенокардию напряжения

4. вероятную стенокардию напряжения

5. стабильную типичную стенокардию напряжения

25. Гипертоническую болезнь III ст. устанавливают при значениях АД (мм рт.ст.)

1. САД - 130-135, ДАД < 89

2. САД - 140-159, ДАД - 90-99

3. САД - 160-179, ДАД - 100-109

4. САД > 180, ДАД > 110

5. САД > 210, ДАД > 120

26. Одной из форм острого коронарного синдрома является:

1. дистрофия миокарда

2. прогрессирующая стенокардия

3. гипертрофия желудочков

4. стабильная стенокардия напряжения

5. постинфарктный кардиосклероз

27. Тактика ведения больного с нестабильной стенокардией подразумевает:

1. лечения не требует

2. срочную госпитализацию в ПИТ

3. плановую госпитализацию

4. амбулаторное лечение

5. санаторное лечение

28. Механизм действия нитратов при стенокардии:

1. анальгетическое

2. противовоспалительное

3. системная вазодилятация, снижающая напряжение миокарда и его

потребность в кислороде

4. антиагрегантное действие

5. тромболитическое действие

28. Наличие зубца Q в отведениях V1-V2 и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны:

1. для инфаркта миокарда передней части межжелудочковой перегородки;

2. для инфаркта миокарда задней стенки;

3. для инфаркта нижней стенки.

4.для инфаркта боковой стенки

5. для инфаркта правого желудочка

29. Наличие зубца Q в отведениях I, AVL и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны:

1. для инфаркта миокарда передней стенки ЛЖ;

2. для инфаркта миокарда: высокий боковой отдел ЛЖ

3. для инфаркта нижней стенки ЛЖ.

4.для инфаркта боковой стенки ЛЖ

5. для инфаркта правого желудочка

30. Наличие зубца Q в отведениях V3-V4 и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны:

1. для инфаркта миокарда передней стенки ЛЖ;

2. для инфаркта миокарда задней стенки ЛЖ;

3. для инфаркта нижней стенки ЛЖ.

4.для инфаркта боковой стенки ЛЖ

5. для инфаркта нижней стенки ЛЖ

31. Наличие зубца Q в отведениях V5-V6 и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны:

1. для инфаркта миокарда- передней стенки ЛЖ

2. для инфаркта миокарда -задней стенки ЛЖ

3. для инфаркта миокарда- нижней стенки ЛЖ

4.для инфаркта миокарда боковой стенки ЛЖ

5. для инфаркта миокарда правого желудочка

32. Наличие зубца Q в отведениях II, III, AVF и подъем сегмента ST в этих отведениях наиболее характерны:

1. для инфаркта миокарда передней стенки ЛЖ

2. для инфаркта миокарда задней стенки ЛЖ;

3. для инфаркта нижней стенки ЛЖ

4.для инфаркта боковой стенки ЛЖ

5. для инфаркта правого желудочка

33. Патофизиологическим механизмом развития острого коронарного синдрома является:

1. атеросклероз коронарных артерий без окклюзии и разрыва бляшек

2. кратковременный спазм коронарных артерий

3. атеросклеротический кардиосклероз

4. тромбоз коронарных артерий на фоне разрыва атеросклеротических бляшек

5. гипертрофия миокарда

34. Какое морфологическое изменение характерно для острейшего периода инфаркта миокарда через 60мин после прекращения кровотока?

1. очаг некроза

2. распад хроматина ядер и выраженная контрактура саркомеров

3. кардиосклероз

4. атеросклероз коронарных артерий без окклюзии и разрыва бляшек

5. кратковременная преходящая гипоксия миокарда

35. Морфологически острый период инфаркта миокарда спустя 18-24ч после прекращения кровотока проявляется:

1. распадом хроматина ядер и выраженная контрактура саркомеров

2. кардиосклерозом

3. очагом некроза

4. атеросклероомз коронарных артерий без окклюзии и разрыва бляшек

5. кратковременной преходящей гипоксией миокарда

36. Рецидивом инфаркта миокарда (ИМ) считают:

1. очаг некроза при отсутствии на ЭКГ рубцовых изменений

2. распад хроматина ядер и выраженная контрактура саркомеров

3. кардиосклероз

4. атеросклероз коронарных артерий без окклюзии и разрыва бляшек

5. формирование новых очагов некроза в сроки от 3суток до 2мес после развития ИМ

37. Распространением инфаркта миокарда (ИМ) считают:

1. очаг некроза при отсутствии на ЭКГ рубцовых изменений

2. распад хроматина ядер и выраженная контрактура саркомеров

3. кардиосклероз

4. атеросклероз коронарных артерий без окклюзии и разрыва бляшек

5. формирование новых очагов некроза через 2мес после развития ИМ

38. Острейший период при инфаркте миокарда (ИМ) длится:

1. от начала ИМ и до 3 суток

2. от 2ч и до 7 сут

3. с 7 сут до 28 сут

4. после 29 сут

5. от начала ИМ и до 2ч

39. Острый период при инфаркте миокарда (ИМ) длится:

1. от начала ИМ и до 3 суток

2. от 2ч и до 7 сут

3. с 7 сут до 28 сут

4. после 29 сут

5. от начала ИМ и до 2ч

40. Подострый период при инфаркте миокарда (ИМ) длится:

1. от начала ИМ и до 3 суток

2. от 2ч и до 7 сут

3. с 7 сут до 28 сут

4. после 29 сут

5. от начала ИМ и до 2ч

41. Постинфарктный период при инфаркте миокарда (ИМ) начинается:

1. от начала ИМ и до 3 суток

2. от 2ч и до 7 сут

3. с 7 сут до 28 сут

4. после 29 сут

5. от начала ИМ и до 2ч

42. Специфичным лабораторным маркером инфаркта миокарда (ИМ) является:

1. шелочная фосфатаза
2. липаза
3. кардиотропонины I и T
4. альдолаза
5. стрептокиназа

43. Какой уровень тропонина I и T является показателем некроза кардиомиоцитов?

1. Выше 0,01нг\мл
2. Выше 0,2нг\мл
3. Выше 0,3нг\мл
4. Выше 0,4нг\мл
5. Выше 0,5нг\мл

44. Какой уровень МВ-КФК является показателем инфаркта миокарда?

1. Выше 0,1 ед\л
2. Выше 1,0 ед\л
3. Выше 3 ед\л
4. Выше 5 ед\л
5. Выше 10-13 ед\л

45. Клиническое предположение о межпредсердном дефекте может подтвердить:

1. томография сердца;

2. радионуклидная ангиография;

3. эхокардиография с доплерографией;

4. коронароартериография

5. велоэргометрия

46. Типичным ЭКГ признаком мерцательной аритмии является:

1. преждевременное сокращение с изменением формы или полярности зубца Р при нормальном QRS, наличие компенсаторной паузы

2. расширение желудочкового комплекса

3. изменение формы желудочкового комплекса

4. исчезновение зубца Р, появление волн f

5. тахикардия с ЧСС более 140 в мин с одинаковыми расстояниями R-R

47. Типичным ЭКГ признаком атриовентрикулярного ритма является:

1. преждевременное сокращение с изменением формы или полярности зубца Р при нормальном QRS, наличие компенсаторной паузы

2. расширение желудочкового комплекса

3. изменение формы желудочкового комплекса

4. волны f

5. отсутствие Р впереди неизмененного QR S или смещение отрицательного Р за QRS, ЧСС – менее 60 до 40 в мин

48. Для недостаточности митралього клапана характерно:

1. ослабление II тона и систолический шум на аорте

2. акцент II тона на легочной артерии

3. ослабление I тона и систолический шум на верхушке

4. усиление I тона и диастолический шум на верхушке

5. ослабление I тона и систолический шум на основании мечевидного отростка

49. Расширение каких отделов сердца и появление каких пульсаций характерно для аортальной недостаточности?

1. усиление сердечного толчка, эпигастральная пульсация

2. расширение границ сердца вправо, + сердечный толчок

3. эпигастральная пульсация, смещение влево левой границы

4. расширение левой границы, подчеркнутая талия седца

5. расширение верхней границы влево, сглаживание талии сердца

50 . Гипертрофия каких отделов сердца характерна для митрального стеноза:

1. гипертрофия левого предсердия и правого желудочка

2. гипертрофия левого желудочка

3. гипертрофия правого предсердия

4. расширение IV дуги сердца на рентгене

5. расширение и смещение влево верхушечного толчка

51. Укажите рентгенологический симптом, относящийся к стенозу устья аорты:

1. смещение влево II и III дуг

2. расширение границ сердца вправо;

3. расширение III и IV дуг слева

4. расширение IV дуги слева на рентгене

5. расширение III дуги сердца слева на рентгене

52. Критерием недостаточности 3-х створчатого клапана является:

1. гипертрофия и дилатация левого предсердия;

2. гипертрофия и дилатация левого желудочка

3. гипертрофия и дилатация левого желудочка и левого предсердия

4. гипертрофия и дилатация правого желудочка и правого предсердия

5. гипертрофия и дилатация правого предсердия

53. Для недостаточности митрального клапана характерно:

1. «положительный венный пульс»

2. двойной тон Траубе

3. двойной шум Дюрозье

4. «скачущий» и быстрый пульс

5. «капиллярный» пульс

54. Гипертрофии и перегрузки каких отделов сердца характерны для дефекта

межжелудочковой перегородкиа?

1. гипертрофия левого предсердия и правого желудочка

2. гипертрофия левого желудочка и левого предсердия

3. гипертрофия и перегрузка правого предсердия и правого желудочка

4. гипертрофия левого желудочка и правого предсердия

5. гипертрофия межжелудочковой перегородки

55. Какие из гипертрофий отделов сердца характерны для митральной недостаточности:

1. гипертрофия левого предсердия и правого желудочка

2. гипертрофия левого желудочка и левого предсердия

3. гипертрофия правого предсердия

4. гипертрофия правого предсердия и правого желудочка

5. гипертрофия правого желудочка

56. Укажите рентгенологические изменения, характерные для митрального стеноза:

4. расширение IV дуги сердца слева

2. увеличение I дуги слева

3. расширение I дуги справа

1. расширение III дуги слева, сглаживание талии сердца

5. расширение и смещение влево III и IV дуг слева

57. Какой микроб является причиной первичной типичной внебольничной пневмонии?

1. микоплазма

2. вирусы

3. легионеллы

4. хламидии

4. пневмококк

58. Какие критерии тяжелого течения пневмонии является?

1. повышение температуры выше 390С, спутанность сознания, тахипноэ более 30 в мин
2. частота дыхания менее 30 в мин
3. АД более 90\60, ЧСС менее 110 в мин
4. повышение температуры не выше 380С
5. ясное сознание, слабая интоксикация

59. Какая особенность пневмонии, вызванной пневмококком:

1. острое начало с высокой температурой и респираторными жалобами

2. эпидемические вспышки в коллективах

3. стертое течение

3. связь с земляными работами и с кондиционером

4. диарея, лимфоаденопатия

60.Какой возбудитель является причиной внутрибольничной пневмонии:

1. микоплазма

2. клебсиелла

3. легионеллы

4. хламидии

4. стрептококки

61. Критерием легкого течения пневмонии является:

1. повышение температуры выше 390С, спутанность сознания
2. тахипное выше 30 в мин
3. снижение АД ниже 90\60
4. многодолевое поражение
5. повышение температуры не выше 380С, ЧД менее 30, ясное сознание

62. Причиной пневмонии, обусловленной СПИДом, является:

1. микоплазма

2. пневмококк

3. легионеллы

4. хламидии

5. пневмоциста

63. Что является критерием средне-тяжелого течения бронхиальной астмы:

1. дневные приступы удушья реже 1 раз в неделю;

2. пиковая скорость выдоха (ПСВ) > 80% от должной величины;

3. ночные приступы удушья более 1 раза в неделю, вариабельность ПСВ более 30%;

4. постоянные приступы удушья днем и ночью

5.ночные приступы реже 2 раз в месяц

64. Критерий хронического легочного сердца при ХОБЛ:

1. гипертрофия правого желудочка
2. гипертрофия левого желудочка
3. гипертрофия левого предсердия
4. гипертрофия левого и правого желудочков

5. снижение легочного АД

65. Лечение бронхиальной астмы средне-тяжелого течения:

1. ингаляционные бета2-агонисты по потребности

2. ингаляционные бета2-агонисты по потребности,

беклометазон 250-500 мг/сут. или модификаторы лейкотриенов,

3. пролонгированные бета2-агонисты, беклометазон 500-1000 мг/сут, или сочетание беклометазона низких доз с модификаторами лейкотриенов (или теофиллин),

3. беклометазона 1000-2000 мг/сут и пролонгированные бета2-агонисты ,

4. беклометазона 000 мг/сут. и дополнительно системные кортикостероиды 2,5-5мг сут.

5. системные кортикостероиды – преднизолон в\в\ в больших дозах

66. Какой препарат используют для купирования приступа удушья при бронхиальной астме?

1. интал;

2. кетотифен;

3. бекотид;

4. сальбутамол

5. флютиказон

67. Ведущим синдромом типичной внебольничной пневмонии является:

1. экссудата в плевральной полости

2. воздуха в плевральной полости

3. полости в легком

4. бронхиальной обструкции

5. уплотнения легочной ткани воспалительного генеза

68. Абсцесс легкого проявляется синдромом:

1. уплотнения легочной ткани

2. бронхиальной обструкции воспалительного генеза

3. полости в легком

4. экссудата в полости плевры

5. воздуха в плевральной полости

69. Экссудативный плеврит проявляется синдромом:

1. уплотнения легочной ткани воспалительного генеза

2. бронхиальной обструкции воспалительного генеза

3. полости в легком

4. экссудата в полости плевры

5. воздуха в плевральной полости

70. Назовите ведущий синдром ХОБЛ:

1. уплотнения легочной ткани

2. бронхиальной обструкции воспалительного генеза

3. полости в легком

4. экссудата в полости плевры

5. воздуха в плевральной полости

71. Пожилой мужчина поступил со следующими жалобами: продуктивный кашель с гнойной мокротой с неприятным запахом, повышение температуры до 400С , ознобы, боли в грудной клетке.. Болен в течение 7 дней. Страдает эпилептичес­кими приступами с детства. На рентгенограмме легких кольцевидная тень с уровнем жидкости в верхнем сегмен­те справа.

Ваш диагноз?

1. пневмония

2. экссудативный плеврит

3. сухой плеврит

4. абсцесс легкого

5. ХОБЛ

72. Патогенетический механизм развития пневмоний:

1. гиперплазия слизистой стенки бронхов

2.аллергический отек слизистой бронхов

3. бронхоспазм

4. утолщение сосудов легких в виде панваскулита

5. микробное воспаление и уплотнение терминальных отделов дыхательных путей

73. Деструкцию легочной тка­ни определенно характеризует наличие в мокроте:

1. слизи в мокроте

2. крови в мокроте

3. эозинофилов в мокроте

4. эластических волокон в мокроте;

5. лейкоцитов в мокроте

74. Выберите антибиотик для лечения внутрибольничной пневмонии, вызванной синегнойной палочкой:

1. пенициллин
2. макролиды;
3. цефаперазон
4. цефазолин
5. ампициллин

75.Больной Б., 44 лет, водитель большой грузовой машины, длительно (более 20 лет ) и постоянно курит и каш­ляет. Последние 3 года стал отмечать усиление каш­ля, мокрота тягучая, слизистого характера, отделяется с трудом. Об-но: экспираторная одышка. Бочкообразная грудная клетка. Над легкими выслушиваются рассеянные высокотональные сухие хрипы. Рентген грудной клетки: легочные поля прозрачные. МСВ – 50% от должной величины. Суточная вариабельность МСВ – 0 %. Ваш диагноз?

1. туберкулез

2. бронхиальная астма

3. трахеобронхит

4. ХОБЛ тяжелой ст.

5. пневмония

76. При объективном осмотре у больного55л. выявлены диффуз­ный цианоз, перкуторно - легочной звук с коробоч­ным оттенком, дыхание жесткое, выдох удлинен, сухие свистящие хрипы. Выставлен предварительный диагноз: ХОБЛ. Какой из методов обследования поможет Вам определить стадию болезни?

1. развернутый анализ крови;
2. электролиты в крови
3. флюорография органов грудной клетки
4. спирометрия
5. общий анализ мокроты

77. Назовите показатель, харак­теризующий объем легких:

1. объем форсированного выдоха за 1 сек.

2. пиковая скорость выдоха

3. жизненная емкость легких

4. индекс Тиффно

5. форсированная жизненная емкость легких

78. Если при спирометрическом исследовании, проведенном после ингаляции астмопента, через 10-30 мин. про­изошел прирост более 20% пиковой скорости выдоха, то в механизме бронхиальной об­струкции следует полагать наличие:

1. воспалительного (микробного) отека слизистой оболочки бронхов;

2. гиперсекреции и дискринии желез бронхов;

3. бронхоспазма

4. склеротических изменений бронхов

5.гиперплазии слизистой бронхов за счет воспаления

198. Критериями тяжелого течения бронхиальной астмы является наличие:

1. дневных приступов удушья реже 1раза в неделю;

2. пиковой скорости выдоха (ПСВ)> 80% от должной ве­личины;

3. ночных приступов удушья реже 2-х раз в месяц;

4. пиковой скорости выдоха <60% от должной величины.

5.суточная вариабельность < 20 %

79. Механизм бронхиальной обструкции при бронхиальной астме связан с:

1. дефектом диффузионной способности легких

2. гиперреактивностью бронхов

3. первичным дефицитом альфа -1 –антитрипсина

4. угнетением центра дыхания;

5. альвеолярной гипервентиляцией.

80. Механизм развития гипоксемии во время прис­тупа бронхиальной астмы связан с:

1. дефектом диффузной способности легких (альвео­лярно-капиллярный блок);

2. бронхиальной обструкцией

3. анатомическими шунтами вследствие большого коли­чества микроателектазов;

4. альвеолярной гипервентиляцией;

5.пропотеванием воспалительной жидкости и форменных элементов в просвет альвеол

81. Какой из препаратов может ухудшить течение болезни у пациентов с аспирин-зависимой формой бронхиаль­ной астмой?

1. эуфиллин

2. полькортолон

3. НПВС

4. интал

5.бекламетазон.

82. Какой прирост показателя объема форсированного выдоха за 1 секунду при бронходилатационной пробе является критериальным в определении бронхоспастического компонента при бронхиальной астме?

1. > 10%;

2. > 20%;

3. < 10%;

4. <5%;

5. 0%

255. Атипичные пневмонии вызываются:

1. хламидиями

2. кишечной палрочкой;

3. синегнойной палочкой

4 . пневмококками.

5. золотистым стафилококком

83. У больного на 5 день пребывания в стационаре по по­воду желчнокаменной болезни (проведена холецистэктомия) повысилась температура тела, появился кашель с мокротой, нарастают симптомы интоксикации.Рентгенологи­чески выявлены очаги инфильтрации в нижней до­ле правого легкого. Ваш диагноз?

1. атипичная пневмония;

2. госпитальная пневмония;

3. аспирационная пневмония;

4. пневмония Фридлендера;

5. внебольничная пневмония

84. Рентгенологическим проявлением II стадии ревма­тоидного артрита является:

1. околосуставный остеопороз;

2. остеопороз и сужение суставной щели, единичные узуры;

3. остеопороз, сужение суставной щели, множествен­ные узуры;

4. остеофиты

5. костные анкилозы

279. Рентгенологическим проявлением III стадии ревма­тоидного артрита является:

1. околосуставный остеопороз;

2. остеопороз и сужение суставной щели, единичные узуры;

3. остеопороз, сужение суставной щели, множествен­ные узуры;

4. остеофиты

5. костные анкилозы

85. Рентгенологическим проявлением IV стадии ревма­тоидного артрита является:

1. околосуставный остеопороз;

2. остеопороз , сужение суставной щели,

3. остеопороз, сужение суставной щели, единич­ные узуры;

4. множествен­ные узуры

5. остеопороз, сужение суставной щели, множествен­ные узуры, костные анкилозы

86. Особенность артралгий при ревматоидном артрите:

1. ноющая боль, множественность, симметричность поражения суставов

2. «механический» ритм боли

3. «стартовые» боли

4. острый приступ боли в I плюснефаланговом суставе

5. асимметричный, «лестничный» характер боли

87. Диагностический критерий остеоартрита один из признаков:

1. постоянные боли, симметричность поражения, утренняя скованность более 2 ч;

2. «механический» ритм боли

3. тофусы

4. острый приступ боли в I плюснефаланговом суставе

5.асимметричный, «лестничный» характер боли с суставах нижних конечностей

88. Критерием системной красной волчанки (СКВ) является:

1. высыпания (эритема) в скуловой области
2. эрозивный артрит
3. дисфагия
4. склеродактилия
5. миастения

89. Диагностическим критерием СКВ является:

1. гиперкреатининемия
2. повышение титров АСЛО
3. повышенные титры антител к нативной ДНК или анти-SM-антител
4. повышение титров антистрептокинказы
5. тромбоцитоз

90. При пиелонефрите беременных назначают:

1 бисептол;

2 амоксиклав

3 левомицетин.

4 гентамицин;

5. нитроксалин

91. Диагностическим критерием хронического пиело­нефрита является:

1. выраженные отеки

2. гипотония

3. деформация чашечно-лоханочной системы

4. высокая протеинурия > 5г/сут;

5. гипоальбумиемия

92. Для терминальной стадии хронической болезни почек (С5) характерно:

1. гипокалиемия

2. креатининемия 110 мкмоль/л

3. удельный вес мочи менее 1018

4. снижение скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин

5. протеинурия более 5 г\л

93. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью желудка, появились жалобы на отрыжку “тухлым яйцом”, рвоту с принятой накануне пищей. Какое осложнение вероятнее всего возникло у больного?

1. пенетрация;

2. перфорация;

3. кровотечение;

4. стеноз привратника;

5. малигнизация

94. Какая фракция билирубина повышается при при циррозе печени?

1. гипербилирубинемией за счет прямой фракции

2. повышением непрямого билирубина в крови;

3. асцитом

4. варикозным расширением вен пищевода

5. темным калом

95. Признаком портальной гипертензии при циррозе печени является:

1. желтуха
2. кожный зуд
3. гипербилирубинемия
4. варикозное расширение вен пищевода, желудка, геморроидальных вен;
5. кома

96. Какая диета рекомендуется при язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки?

1. Диета №1
2. Диета №2
3. Диета №3
4. Диета №4
5. Диета №5

97.Противопоказанием для назначения спиронолактона при СН является:

1. уровень калия в крови менее 5 ммольл
2. уровень калия в крови более 5 ммольл
3. уровень креатинина в крови менее 200 ммольл
4. уровень натрия в крови менее 130 ммольл
5. уровень натрия в крови более 130 ммольл

98.Выберите оптимальный комплекс препаратов для лечения сердечной недостаточности 1 стадии (ФК 1):

1. диуретики и ингибиторы АПФ
2. диуретики, сердечные гликозиды и милринон
3. бета -блокаторы и добутамин
4. бета --блокаторы, сердечные гликозиды и лидокаин
5. кордарон, антагонисты кальция и сердечные гликозиды

99.Выберите вариант тактики лечения для пациента 57 лет, с уровнем АД 140/90 мм.рт.ст., с наличием гипертрофии левого желудочка, с наследственной отягощенностью по АГ:

1. Изменение образа жизни
2. Изменение образа жизни + немедикаментозная терапия в течение 6 месяцев
3. Изменение образа жизни + немедикаментозная терапия в течение 12 месяцев
4. Изменение образа жизни + медикаментозная терапия
5. медикаментозная терапия

100. Женщина, 44лет, поступает в клинику с жалобами на остро возникшее затрудненное дыхание. Страдает заболеванием сердца и эмфиземой. До 3 часов ночи чувствовала себя неплохо, проснулась от выраженной одышки. Болей в грудной клетке не было, но появился кашель с розовой мокротой. При осмотре: ЧДД- 36 в минуту, АД- 200/110 мм.рт.ст. Пульс 110 в минуту. Температура тела -38 С. В легких с обеих сторон влажные хрипы до уровня лопаток. Со стороны сердца - ритм галопа. На ЭКГ - тахикардия. Рентгенологически - увеличение сердца и двустороннее усиление альвеолярного рисунка. Ваш диагноз:

1.Эмфизема, осложнившаяся пневмоний

2.Эмболия легочной артерии

3.Респираторный дистресс-синдром взрослых

4.Острая левожелудочковая недостаточность

5.Гипертонический криз