

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Б.Н. ЕЛЬЦИНА

Кафедра терапии №2 специальности «Лечебное дело»

УТВЕРЖДАЮ

Первый проректор КРСУ им. Б.Н. Ельцина

Г.В. Лоцев

«26» декабря 2023 г.



ПРОГРАММА

государственной итоговой аттестации (ГИА)
выпускников по направлению подготовки
«560001/31.05.01»
Направленность (профиль) – «Лечебное дело»

Уровень высшего образования (специалитет)

Форма обучения (Очная)

Программа ГИА разработана,
обсуждена и одобрена на заседании
кафедры терапии №2 специальности
«Лечебное дело»


Заведующий кафедрой
терапии №2 специальности «Лечебное
дело»

Протокол № 3 от
«8» декабря 2023г.


Саби́ров И.С.
«8» декабря 2023г.

СОГЛАСОВАНО

Декан медицинского факультета


Караева Р.Р.
« 8 » 12 2023г.

Начальник УОП


Сон Н.А.
« 25 » декабря 2023г.

Программа ГИА рассмотрена, одобрена
и рекомендована к использованию
Ученым советом медицинского
факультета

Протокол № 4 от
«13» декабря 2023г.

Председатель Ученого совета
медицинского факультета

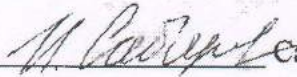

Караева Р.Р.

Визирование РП ГИА для исполнения в очередном учебном году

Программа ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена к использованию в 2020 уч. году

Учебно-методическим профильным комитетом по специальности «Лечебное дело» медицинского факультета

Протокол от « 15 » января 2020 г. № 2

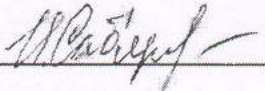
Председатель УМПК «Лечебное дело» медфакультета  Сабиров И.С.

Визирование РП ГИА для исполнения в очередном учебном году

Программа ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена к использованию в 2021 уч. году

Учебно-методическим профильным комитетом по специальности «Лечебное дело» медицинского факультета

Протокол от « 22 » января 2021 г. № 2

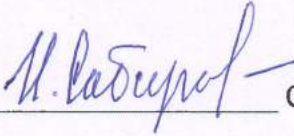
Председатель УМПК «Лечебное дело» медфакультета  Сабиров И.С.

Визирование РП ГИА для исполнения в очередном учебном году

Программа ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена к использованию в 2022 уч. году

Учебно-методическим профильным комитетом по специальности «Лечебное дело» медицинского факультета

Протокол от « 11 » февраль 2022 г. № 2

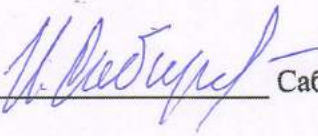
Председатель УМПК «Лечебное дело» медфакультета  Сабиров И.С.

Визирование РП ГИА для исполнения в очередном учебном году

Программа ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена к использованию в 2023 уч. году

Учебно-методическим профильным комитетом по специальности «Лечебное дело» медицинского факультета

Протокол от « 10 » февраль 2023 г. № 3

Председатель УМПК «Лечебное дело» медфакультета  Сабиров И.С.

Содержание

1	Общие положения	<u>5</u>
2	Характеристика выпускника	<u>5</u>
3	Результаты освоения образовательной программы	<u>7</u>
4	Объем, структура и содержание государственной итоговой аттестации	<u>9</u>
5	Фонд оценочных средств для проведения ГИА	<u>9</u>
6	Программа государственного экзамена по междисциплинарной итоговой государственной аттестации по национальному компоненту «История Кыргызстана», «Кыргызский язык в медицине», «География Кыргызстана» и рекомендации обучающимся по подготовке к нему	<u>21</u>
7	Программа итогового междисциплинарного экзамена и рекомендации обучающимся по подготовке к нему	<u>21</u>
8	Образовательные, научно-исследовательские и научно-производственные технологии, используемые при подготовке к ГИА	<u>51</u>
9	Материально-техническое обеспечение ГИА	<u>51</u>
10	Сведения о внесённых изменениях на текущий учебный год	<u>52</u>
11	Приложение 1 (Экзаменационные вопросы)	<u>53</u>
12	Приложение 2 (Ситуационные задачи)	<u>77</u>
13	Приложение 3 (Тесты)	<u>143</u>

1 Общие положения

1.1 Цель государственной итоговой аттестации

Целью государственной итоговой аттестации является установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО), утвержденного приказом Минобрнауки России от «09» февраля 2016 № 95, государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования Кыргызской Республики, утвержденного приказом МОиН КР от «15» сентября 2015 № 1179/1, и основной профессиональной образовательной программы высшего образования (ОПОП ВО), разработанной в КРСУ.

1.2 Состав государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по направлению подготовки 560001 / 31.05.01 «Лечебное дело» включает:

а) Междисциплинарную итоговую государственную аттестацию по национальному компоненту «История Кыргызстана», «Кыргызский язык в медицине», «География Кыргызской Республики»;

б) государственный итоговый междисциплинарный экзамен по специальности (далее - итоговый междисциплинарный экзамен).

1.3 Нормативная база государственной итоговой аттестации

1.3.1 Государственная итоговая аттестация (далее ГИА) осуществляется в соответствии с нормативным документом университета «Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры Кыргызско-Российского Славянского университета» (далее - Порядок). В указанном документе определены и регламентированы:

- общие положения по ГИА;
- правила и порядок организации и процедура проведения ГИА;
- обязанности и ответственность руководителя выпускной квалификационной работы;
- результаты ГИА;
- порядок апелляции ГИА;
- документация по государственной итоговой аттестации.

2. Характеристика выпускника

2.1 Область профессиональной деятельности выпускников включает:

Охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2.2 Объектами профессиональной деятельности выпускников являются:

- Физические лица (пациенты);
- Население;
- Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

2.3 Виды профессиональной деятельности

Основной профессиональной образовательной программой по направлению подготовки 560001 / 31.05.01 «Лечебное дело» предусматривается подготовка выпускников к следующим видам профессиональной деятельности:

- медицинская;
- организационно-управленческая;
- научно-исследовательская.

2.4 Профессиональные задачи

Выпускник, освоивший программу специалитета по специальности 31.05.01/560001 «Лечебное дело» готов решать следующие профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа (табл. 1).

Перечень профессиональных задач программы специалитета «Лечебное дело».

Таблица 1.

Кодовое обозначение	Содержание профессиональных задач
	<i>Медицинская деятельность:</i>
ПЗ-1 ¹	Предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
ПЗ-2	Проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения.
ПЗ-3	Проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.
ПЗ-4	Диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов.
ПЗ-5	Диагностика неотложных состояний.
ПЗ-6	Диагностика беременности.
ПЗ-7	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.
ПЗ-8	Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
ПЗ-9	Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.
ПЗ-10	Участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.
ПЗ-11	Оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.
ПЗ-12	Участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.
ПЗ-13	Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
ПЗ-14	Обучение пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья.
	<i>Организационная, управленческая деятельность:</i>
ПЗ-15	Применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях.
ПЗ-16	Создание в медицинских организациях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала.
ПЗ-17	Ведение медицинской документации в медицинских организациях.
ПЗ-18	Организация проведения медицинской экспертизы.
ПЗ-19	Участие в организации оценки качества оказания медицинской помощи пациентам.
ПЗ-20	Соблюдение основных требований информационной безопасности.
	<i>Научно-исследовательская деятельность</i>

¹ В таблице осуществляется сквозная нумерация задач профессиональной деятельности.

Кодовое обозначение	Содержание профессиональных задач
ПЗ-21	Анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов.
ПЗ-22	Участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

3. Результаты освоения образовательной программы

Результаты освоения ООП ВПО определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

В результате освоения ООП ВО по специальности 31.05.01/560001 «Лечебное дело» у выпускника должны быть сформированы следующие общекультурные компетенции (ОК):

ОК-1: Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

ОК-2: Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции;

ОК-3: Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции;

ОК-4: Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения;

ОК-5: Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала;

ОК-6: Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности;

ОК-7: Готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций;

ОК-8: Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

Выпускник по специальности 31.05.01/560001 «Лечебное дело» должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями (ОПК)**:

ОПК-1: Готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности;

ОПК-2: Готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности;

ОПК-3: Способностью использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности;

ОПК-4: Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;

ОПК-5: Способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок;

ОПК-6: Готовностью к ведению медицинской документации;

ОПК-7: Готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий, и методов при решении профессиональных задач;

ОПК-8: Готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач;

ОПК-9: Способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач;

ОПК-10: Готовностью к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи;

ОПК-11: Готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.

Выпускник по специальности 31.05.01/560001 «Лечебное дело» должен обладать следующими **профессиональными компетенциями (ПК)**:

в медицинской деятельности:

ПК-1: Способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-2: Способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;

ПК-3: Способностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

ПК-4: Способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения;

ПК-5: Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;

ПК-6: Способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989г.;

ПК-7: Готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека;

ПК-8: Способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами;

ПК-9: Готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

ПК-10: Готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

ПК-11: Готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

ПК-12: Готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов;

ПК-13: Готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

ПК-14: Готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

ПК-15: Готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;

ПК-16: Готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни;

в организационно-управленческой деятельности:

ПК-17: Способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

ПК-18: Готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

ПК-19: Способностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;

в научно-исследовательской деятельности:

ПК-20: Готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины;

ПК-21: Способностью к участию в проведении научных исследований;

ПК-22: Готовностью к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан.

4. Объем, структура и содержание государственной итоговой аттестации

Общая трудоемкость государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Распределение объема государственной итоговой аттестации представлено в таблице 2.

Объем государственной итоговой аттестации по составу.

Таблица 2.

Элемент ГИА	Содержание контролируемых результатов	Форма проведения	Трудоемкость (в часах)
Государственный экзамен			
Тест по проверке сформированности ОК по междисциплинарной итоговой государственной аттестации по национальному компоненту «История Кыргызстана», «Кыргызский язык в медицине», «География Кыргызской Республики»	ОК-1, ОК-2, ОК-3	Компьютерное тестирование	36
Тесты, вопросы и практические задания государственного междисциплинарного экзамена	ОК-4,5,6,7,8. ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11. ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17, 18,19,20,21,22.	Компьютерное тестирование, подготовка ответа на теоретические вопросы, выполнение практического задания у постели больного	72
Итого	–	–	108

5. Фонд оценочных средств для проведения ГИА

Паспорт фонда оценочных средств

Таблица 3.

Контролируемые компетенции (шифр компетенции)	Планируемые результаты обучения (знает, умеет, владеет, имеет навык)	Оценочные средства
ОК-1: способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>Знает: основные методы, способы и средства получения, обобщения и анализа научной, справочной, статистической и иной информации</p> <p>Умеет: находить, анализировать, критически оценивать, выбирать и применять информацию в профессиональной деятельности</p> <p>Владеет: методами оценки и анализа информации, её интерпретации, даёт собственную оценку полученным данным, логично и аргументировано обосновывает свои выводы и умозаключения</p>	<i>Компьютерное тестирование</i>
ОК-2. Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции	<p>Знает: основные направления и проблематику современной философии</p> <p>Умеет: отметить практическую ценность определенных философских положений, и выявить основания на которых строится философская концепция или система</p> <p>Владеет: навыками выражения и обоснования собственной позиции относительно современных социогуманитарных проблем и конкретных философских позиций</p>	<i>Компьютерное тестирование</i>
ОК-3. Способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции	<p>Знает: основные этапы развития исторических наук, научные достижения выдающихся ученых, содержание современных дискуссий по проблемам общественного развития</p> <p>Умеет: критически воспринимать, анализировать и оценивать историческую информацию, факторы и механизмы исторических изменений</p> <p>Владеет: навыками уважительного и бережного отношения к историческому наследию и культурным традициям</p>	<i>Компьютерное тестирование</i>
ОК-4. Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	<p>Знает: смысл и меру социальной и этической ответственности, возникающей в случае принятия неверных решений в нестандартных профессиональных ситуациях</p> <p>Умеет: принимать решения в нестандартных ситуациях, соблюдая принципы социальной и этической ответственности</p> <p>Владеет: навыками принятия решений в нестандартных ситуациях, исключая негативные последствия социального и этического характера</p>	<i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>

<p>ОК-5. Готовность к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала</p>	<p>Знает: стратегию, тактику и приемы актуализации творческого потенциала личности</p>	<p><i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: составлять планы саморазвития, самореализации, использования творческого потенциала с учетом особенностей мотивационно-потребностной, познавательной, эмоционально-волевой сфер личности, определять условия и временные перспективы достижения желаемого результата саморазвития, самореализации, использования творческого потенциала</p>	
	<p>Владеет: навыками диагностики актуального уровня саморазвития, самореализации, использования творческого потенциала и оценки своих потенциальных возможностей с помощью соответствующего инструментария, способами актуализации своего творческого потенциала в различных видах деятельности, приемами самооценки уровня саморазвития, самореализации, использования творческого потенциала</p>	
<p>ОК-6. Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности</p>	<p>Знает: предметную область, систему и содержание основ здорового образа жизни, влияние оздоровительных систем физического воспитания на укрепление здоровья</p>	<p><i>Вопросы к государственному экзамену.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: использовать специфику знаний методов и средств физической культуры, организовывать свою жизнь в соответствии с социально значимыми представлениями о здоровом образе жизни для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности</p>	
	<p>Владеет: способностью использовать методы, средства и способы укрепления индивидуального здоровья, повышения функциональных и двигательных возможностей для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности</p>	
<p>ОК-7. Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций</p>	<p>Знает: основы профессиональной деятельности для выработки потребности в обеспечении личной безопасности и безопасности среды обитания</p>	<p><i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: определять риск в различных сферах деятельности человека, находить нестандартные решения и быть готовым работать во внезапно изменившихся условиях</p>	
	<p>Владеет: рефлексивными умениями, развивающими готовность к использованию приемов первой помощи, методов защиты в условиях чрезвычайных ситуаций</p>	

<p>вать основы экономических и правовых знаний в различных сферах жизнедеятельности</p>	<p>зации издержек и прибыли, навыки правового мышления и правового анализа</p>	<p><i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: использовать финансовую и экономическую информацию, необходимую для принятия обоснованных финансовых решений в различных сферах</p>	
	<p>Владеет: способностью использовать методы экономического планирования и реализации основных управленческих функций; способностью самостоятельно принимать правомерные, законопослушные решения</p>	
<p>ОПК-4. Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности</p>	<p>Знает: этико-деонтологические аспекты проблематики современной врачебной деятельности</p>	<p><i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: определить практическую ценность определенных этических и деонтологических принципов работы врача-лечебника</p>	
	<p>Владеет: навыками выражения и обоснования собственной позиции относительно этико-деонтологических принципов работы в педиатрии</p>	
<p>ОПК-5. Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок</p>	<p>Знает: оценку методов диагностики, лечения, возможных ошибок и осложнений</p>	<p><i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок</p>	
	<p>Владеет: навыками оценки методов диагностики, лечения и возможных осложнений заболеваний</p>	
<p>ОПК-6. Готовность к ведению медицинской документации</p>	<p>Знает: нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций</p>	<p><i>Практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i></p>
	<p>Умеет: вести медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях</p>	
	<p>Владеет: методами ведения медицинской документации различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях</p>	
<p>ОПК-7. Готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных</p>	<p>Знает: фундаментальные и прикладные вопросы современной биохимии, такие как: химический состав, структуры, обмен и функции молекулярных и надмолекулярных образований; молекулярные основы физиологических процессов и их нарушений; механизмы обмена энергией и энергообеспечения тканей;</p>	<p><i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на</i></p>

понятий и методов при решении профессиональных задач	механизмы регуляции и интеграции обмена веществ, обеспечивающих метаболический и физиологический гомеостаз организма	<i>дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: объяснять молекулярные механизмы особенностей структуры и функциональной деятельности основных органов и тканей; выполнять лабораторные работы, заполнять протокол исследования, оценивать его результаты; решать тестовые задания и ситуационные задачи на основе теоретических знаний.	
	Владеет: навыками биохимического мышления, применения биохимических знаний к пониманию молекулярных механизмов патогенеза заболеваний; навыками оценки диагностической и прогностической значимости результатов биохимического анализа крови, слюны, мочи; навыками самостоятельной работы со справочной, учебной и научной литературой	
ОПК-8. Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач.	Знает: о направления и проблематику назначений лекарственных препаратов при различных заболеваниях	<i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: назначить лекарственные препараты при различных заболеваниях	
	Владеет: навыками назначения лекарственных препаратов при различных заболеваниях	
ОПК-9. способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Знает: основные пути дифференциации и постановки заключения по результатам оценки морфофункциональных, физиологических процессов и патологических состояний пациента	<i>Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: отметить практическую ценность конкретных морфофункциональных, физиологических процессов и патологических состояний организма человека	
	Владеет: навыками оценки, дифференцировки основных морфофункциональных, физиологических и патологических состояний организма человека и собственного обоснования	
ОПК- 10. Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи	Знает: основные методы организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи.	<i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные во-</i>
	Умеет: отметить практическую ценность конкретных методов организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи.	

санитарной помощи;	Владеет: навыками оценки, дифференцировки основных методов организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи.	<i>просы комиссии.</i>
ОПК-11. Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Знает: применение медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам	<i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курациях у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: применить медицинские изделия, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи пациентам	
	Владеет: навыками применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам	
ПК-1. Способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	Знает: комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование ЗОЖ и факторы, влияющие на здоровье человека	<i>Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курациях у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: устранять причины возникновения и распространения заболеваний	
	Владеет: комплексом мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья и предупреждения заболеваний	
ПК 2. Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	Знает: методы профилактики и виды диспансеризации стоматологических заболеваний	<i>Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курациях у постели больного. Ответы студента на дополнительные во-</i>
	Умеет: проводить диспансеризацию и профилактику основных стоматологических заболеваний	
	Владеет: навыками диспансеризации и профилактики у стоматологических больных	

		<i>просы комиссии.</i>
ПК-3. Способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	Знает: комплекс мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, сохранение и укрепление здоровья и предупреждения заболеваний алгоритмом неотложной медицинской помощи; основными врачебными диагностическими и лечебными	<i>Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: самостоятельно выбирать комплекс мероприятий по формированию ЗОЖ, особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время	
	Владеет: навыками комплексных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и формирование ЗОЖ, проведение противоэпидемических мероприятий, организацию защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	
ПК-4. Способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения.	Знает: показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека и влияние профессиональных, природно-климатических, эндемических факторов на здоровье человека.	<i>Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: проводить оценку условий жизни, по требованиям гигиены, умение проводить сбор социально-гигиенических информации и медико-статистический анализ заболеваемости	
	Владеет: методами санитарно-просветительной работы среди населения по первичной профилактике заболеваний и проводить медико-статистический анализ информации по показателям здоровья	
ПК-5. Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или	Знает: показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования:	<i>Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, решение ситуационных задач, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные во-</i>
	Умеет: использовать методы и средства врачебного осмотра, диагностических мероприятий.	
	Владеет: навыками осмотра пациентов, проведения необходимых диагностических мероприятий, навыками построения клинического диагноза	

установления факта наличия или отсутствия заболевания;		<i>просы комиссии.</i>
ПК-6. Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Знает: основные синдромы поражения органов и систем и их специфику в дифференциальной диагностике различных нозологических формам в соответствии с (МКБ).	<i>Бланочное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, решение ситуационных задач, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов заболеваний	
	Владеет: навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с (МКБ).	
ПК-7. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	Знает: экспертную оценку временной нетрудоспособности до биологической смерти	<i>Бланочное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: дифференцировать временную нетрудоспособность вплоть до констатации биологической смерти	
	Владеет: навыками экспертизы временной нетрудоспособности, до констатации биологической смерти	
ПК-8. Способность к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами	Знает: знать основные направления и проблематику в ведении больных с различными заболеваниями	<i>Бланочное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами	
	Владеет: навыками определения тактики ведения больных с заболеваниями	
ПК-9. Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	Знает: методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<i>Бланочное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
	Владеет: навыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	

	онара	
ПК-10. Готовность к оказанию первичной медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Знает: общие принципы лечения офтальмологических и ЛОР-заболеваний с учетом их этиологии и патогенеза; знание фармакологических групп и их взаимодействие друг с другом	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: уметь оценить стадию заболевания и назначить терапию, соответствующую стадии заболевания	
	Владеет: владеть навыками этиологической и патогенетической терапии при лечении органов зрения и ЛОР-заболеваний в зависимости от степени тяжести заболевания в амбулаторных условиях	
ПК-11. Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знает: алгоритм скорой неотложной медицинской помощи; основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первая помощь, скорая помощь, госпитализация	
	Владеет: комплексом реанимационных мероприятий при острых нарушениях дыхания и кровообращения, при клинической смерти; знать современные методы реанимации и интенсивной терапии при оказании помощи больным и пострадавшим в критических состояниях различной этиологии	
ПК-12. Готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов	Знает: основные признаки патологических состояний во время беременности и в родах; порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерства и гинекологии	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: под руководством врача разработать план и прогноз родов, составить план профилактики осложнений.	
	Владеет: навыками ведения физиологической беременности и приема родов.	
ПК-13. Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных	Знает: алгоритм неотложной медицинской помощи; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания</i>

ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.	угрожающих жизни состояниях в условиях чрезвычайной ситуации	<i>на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: анализировать особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и катастрофах в мирное и военное время	
	Владеет: способностью подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первая помощь, скорая помощь, госпитализация	
ПК-14. Готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знает: навыки оценки эффективности лечебных мероприятий на всех этапах реабилитации пациентов	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, решение ситуационных задач, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: оценить стадию заболевания и способен назначить необходимые реабилитационные комплексы с учетом формы, стадии и фазы заболевания.	
	Владеет: навыками назначения немедикаментозных методов лечения пациентов различного профиля, правильно оценить переносимость, адекватность и эффективность проводимых реабилитационных мероприятий	
ПК 15. Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	Знает: показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека и влияние профессиональных и природно-климатических, эндемических факторов на здоровье человека	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного.</i> <i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: проводить обучение пациентов и их родственников по основным гигиеническим и иммунологическим мероприятиям оздоровительного характера (организация рационального питания, режима труда и отдыха, снижения метеозаболеваний путем занятия физкультурой, закаливанием и т.д.)	
	Владеет: правилами профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, болезней легких, онкоболезней, пищеварительной системы, метеоболезней, профилактическими мероприятиями по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды	
ПК-16. Готовность к просветительской деятельности по устранению факторов	Знает: комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, просветительская деятельность по формированию навыков здорового образа жизни и устранению факторов риска	<i>Компьютерное тестирование.</i> <i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания</i>

риска и формированию навыков здорового образа жизни	Умеет: устранять причины возникновения и распространения заболеваний, готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и навыками здорового образа жизни	на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.
	Владеет: просветительской деятельностью по формированию навыков здорового образа жизни, комплексом мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни	
ПК-17. Способность к применению основных принципов организации и управления в сфере здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	Знает: принципы управления в сфере здоровья граждан, медицинскими организациями и их структурными подразделениями	Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.
	Умеет: применять принципы управления медицинскими организациями и их структурными подразделениями	
	Владеет: основными принципами управления медицинскими организациями и их структурными подразделениями	
ПК-18. Готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знает: анализировать медико-статистические показатели и их интерпретацию	
	Умеет: оценивать качество медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
	Владеет: комплексом мероприятий по оценке качества оказания медицинской помощи с использованием статистических показателей	
ПК-19. Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.	Знает: алгоритм неотложной медицинской помощи; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях в условиях чрезвычайной ситуации	Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.
	Умеет: анализировать особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и катастрофах в мирное и военное время	
	Владеет: способностью подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первая помощь, скорая помощь, госпитализация	
ПК-20. Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации	Знает: основные направления доказательной медицины и применять их в практику	Компьютерное тестирование. Вопросы к государственному экзамену, практические задания
	Умеет: анализировать и публично излагать медицинскую информацию с учетом доказательной медицины	

мации на основе доказательной медицины	Владеет: навыками выражения и обоснования собственной позиции относительно медицинской информации, на основе доказательной медицины	<i>на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
ПК-21. Способность к участию в проведении научных исследований	Знает: различные формы и методы научного познания, математические методы решения интеллектуальных задач	<i>Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; анализировать вопросы общей патологии и современные теоретические концепции и направления в медицине.	
	Владеет: навыками ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений; навыками в исследовательской работе, в работе с первоисточниками и научной литературой	
ПК-22. Готовностью к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	Знает: различные виды и методы обобщения и осмысливания данные различных медицинских наук с общефизиологических и естественно-научных позиций	<i>Вопросы к государственному экзамену, практические задания на курации у постели больного. Ответы студента на дополнительные вопросы комиссии.</i>
	Умеет: использовать умения обобщения и осмысливания данных различных медицинских наук с общефизиологических и естественно-научных позиций	
	Владеет: принципами обобщения и осмысливания данные различных медицинских наук с общефизиологических и естественно-научных позиций	

6. Программа государственного экзамена по междисциплинарной итоговой государственной аттестации по национальному компоненту «История Кыргызстана», «Кыргызский язык в медицине», «География Кыргызстана» и рекомендации обучающимся по подготовке к нему

6.1 Тест по проверке сформированности общекультурных компетенций

Элементом государственного экзамена является тест по проверке сформированности общекультурных компетенций. Проверка общекультурных компетенций проводится в форме тестирования. Тест содержит 30 вопросов. На выполнение теста отводится не более 50 минут.

Максимальное количество баллов – 30. За каждый верный ответ обучающийся получает 1 балл, за неверный – 0 баллов.

6.2 Форма проведения государственного экзамена

Компьютерное тестирование.

6.3 Перечень контрольных заданий или иных материалов, выносимых для проверки на ГЭ

- I. Кыргызы и Кыргызстан в древности и раннем средневековье
- II. Кыргызы и Кыргызстан в X-XVIII вв.

- III. Кыргызстан в составе Российской империи и СССР.
- IV. Суверенная Кыргызская Республика
- V. Кыргызский язык в медицине
- VI. География Кыргызской Республики

6.4 Рекомендации обучающимся по подготовке к ГЭ

При подготовке к экзамену особое внимание следует обратить на следующие моменты: Необходимо изучить фактический материал дисциплины по темам, заучивая даты и выделяя роль исторических личностей в событиях эпохи.

Полезно составить схематический план развития исторического процесса с выделением переломных моментов. Важны знания в области географических особенностей Кыргызской Республики, также внедрение и использование кыргызского языка в медицине.

Выделить следующие проблемы: саки и их борьба с завоевателями, государство усунь, первое упоминание этнонима кыргыз, древние тюрки, великодержавие кыргызов, Караханидский каганат, государство Хайду, этногенез кыргызского народа, Джунгарское ханство, Кокандское ханство, присоединение Кыргызстана к России, восстание 1916 г., советский период, суверенный Кыргызстан, география Кыргызской Республики и применение кыргызского языка в медицинской науке.

Программа междисциплинарной итоговой государственной аттестации по специальности «Лечебное дело»

7. Программа итогового междисциплинарного экзамена и рекомендации обучающимся по подготовке к нему.

Государственный междисциплинарный экзамен по специальностям «Лечебное дело» предусматривает оценку теоретической и практической подготовленности на основе государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника.

7.1 Форма проведения государственного экзамена

Государственный междисциплинарный экзамен по специальности «Лечебное дело» осуществляется поэтапно и включает следующие обязательные аттестационные испытания:

- проверку уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на бланочной или компьютерной основе;
- проверку уровня освоения практических умений;
- оценку способности решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования.

7.2 Перечень контрольных заданий или иных материалов, выносимых для проверки на ГИА.

Элементами итогового междисциплинарного экзамена являются:

1. **Компьютерное тестирование** по проверке сформированности общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

Для **тестирования** используются типовые тестовые задания, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации и дополненные местными тестами, отражающими региональную специфику. Обработка их осуществляется с помощью специальной компьютерной программы, позволявшей методом случайной выборки готовить индивидуальные тестовые задания для каждого из выпускников, а потом оперативно их анализировать. Благодаря этому на этапе тестирования исключается возможность субъективного подхода или технических погрешностей в оценке знаний. Каждый выпускник на тестировании

получает индивидуальное тестовое задание, содержащее 100 вопросов. Критерии оценки тестовых заданий: до 70 баллов – неудовлетворительно, от 71 до 80 – удовлетворительно, от 81 до 90 – хорошо и от 91 до 100 – отлично. Банк тестовых заданий **в приложении №1**.

2. Курация у постели больного по проверке общепрофессиональных и профессиональных компетенций. Практические аттестационные испытания, составляющие итоговый междисциплинарный экзамен, должны проводиться у постели больного, с использованием тренажеров, муляжей, фантомов, инструментов, аппаратуры, модульных и ситуационных клинических задач, ЭКГ, рентгенограмм, лабораторных данных, слайдов, рецептов и демонстрацией одного или нескольких практических умений.

3. Устный опрос по проверке общепрофессиональных и профессиональных компетенций. При проведении итогового междисциплинарного экзамена в устной форме студенты получают экзаменационные билеты, составленные в соответствии с утвержденной программой экзамена, содержащие задания, которые экзаменуемые должны выполнить. Вопросы к итоговому междисциплинарному экзамену **в приложении №2**.

В структуру экзаменационного билета входят вопросы по учебным дисциплинам (модулям), результаты которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников:

- **Внутренние болезни;**
- **Акушерство и гинекология;**
- **Хирургические болезни;**
- **Педиатрия.**

Рекомендуемая литература, раскрывающая содержание экзаменационных вопросов, типовых практических заданий, из различных разделов – дисциплин внутренней медицины, представлена таблице 4.

Рекомендуемая литература при подготовке к ГИА по разделам внутренних болезней.

Таблица 4.

№ вопроса	Содержание вопроса	Рекомендуемая литература
Раздел 1. Внутренние болезни		
1	Пропедевтика внутренних болезней	1. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. М.: Шико 2011. 2. Зудбинов Ю.И. Азбука ЭКГ и Боли в сердце: учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс 2013. 3. Байзаков С.С. Пропедевтика внутренних болезней: Учебное пособие. Бишкек: Изд-во КРСУ 2009. 4. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Реуцкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики: (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). ГЭОТАР-Медиа 2006. 5. Экзаменационный тестовый контроль по пропедевтике внутренних болезней. Под ред. А. В. Струтынского. РГМУ 2011.
2	Факультетская терапия	1. Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах / Под ред. акад. РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. 2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. Учебник. 6-е издание. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. 3. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д., Моисеев С.В. Внутрен-

		ние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией / Под ред. акад. РАМН В.С.Моисеева. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
3	Госпитальная терапия	1. Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах / Под ред. акад. РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. 2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. Учебник. 6-е издание. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. 3. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д., Моисеев С.В. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией / Под ред. акад. РАМН В.С.Моисеева. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
4	Поликлиническая терапия	1. Архангельская Г.С., Бакчеева Р.Ф., Избранные лекции по геронтологии и гериатрии. Учебное пособие. 2013 гриф УМО 2. И.И. Чукаевой, проф. Б.Я. Барта. Поликлиническая терапия. «КиноРус» 2017. 3. И.М.Старовойтова, К.А. Саркисов. Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности, медико- социальная, военно-врачебная экспертиза. ГЭОТАР - Медиа 2010
5	Профессиональные болезни	1. Артамонова В. Г., Шаталов Н. Н. - Профессиональные болезни: Учебник. 2-е изд., перераб. и доп.. – М.: «Медицина», 2007. – 416с. 2. Профессиональные болезни. В.Г.Артамонова, Н.Ф.Измеров, Р.Ф.Афанасьева – Учебник. – М.: «Академия», 2011. – 464с.
6	Эндокринология	1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом/ под редакцией И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. Издание четвертое дополненное, Москва, 2009, 103 с. 2. Заболевания Щитовидной железы в очаге йодного дефицита /Методическое пособие. Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С., Бишкек, 2009, 42 с. 3. Эндокринология. И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, В.В.Фадеев. – М.: «ГЭОТАР Медиа», 2007, 2010.
7.	Клиническая фармакология	1. Кукес В.Г. Клиническая фармакология: Учебник. - ГЭТАР-МЕДИА 2014. 2. Бегг Э. Клиническая фармакология: учебное пособие. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2004. 3. Белоусов Ю.Б., Кукес В.Г., Лепяхин В.К., Петров В.И. Клиническая фармакология. Национальное руководство: Национальное руководство по клинической фармакологии. ГЕОТАР-МЕДИА 2014.
8.	Медицинская генетика	1. Асанов А.Ю. Медицинская генетика: Учебник / Н.П. Бочков, А.Ю. Асанов, Н.А. Жученко; Под ред. Н.П. Бочкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 224 с. 2. Медицинская генетика: Учебник / И.К. Гайнутдинов, Э.Д. Юровская. - М.: Дашков и К, 2013. - 336 с.
9.	Неврология и	1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: в 2 т.:учеб. -

	нейрохирургия	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с. 2. Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. Спб., 2010 г. 3. Топическая диагностика. Учебное пособие по общей неврологии /Составители: Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г, Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И./ - Б: КРСУ, 2014.– 183 с.
10.	Дерматовенерология	1. Дерматовенерология: Учеб. для вузов / Е. В. Соколовский [и др.]; Под ред. Е.В.Соколовского. - М.: Академия, 2005. - 521,[1]с.: ил. - (Высшее профессиональное образование. Медицина) 2. Кожные и венерические болезни: Учеб. для мед. вузов / О. Л. Иванов [и др.]; Под ред. О.Л.Иванова. - М.: Шико, 2002. - 477,[1]с.: ил. - (Учебная литература для студентов медицинских вузов). - Прил.: с.371-377,397-399.
11.	Психиатрия, мед. психология, психотерапия	1. М.В. Коркина, Н.Д. Лакошина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. Психиатрия: Учебник для студ. лечебных и педиатрических фак. мед. вузов. М.: МЕДпресс-информ 2012. 2. Ю.В. Попов, В.Д. Вид. Современная клиническая психиатрия: Новое руководство, основанное на Международной Классификации психических болезней 10 пересмотра (МКБ-10), для подготовки врачей к получению сертификата по психиатрии. СПб.: Речь 2015. 3. Галако Т., Тен В., и др. Психиатрия в практике семейного врача /Учебно-методическое пособие/ Бишкек: ST-art.Ltd., 2008. – 120с. 4. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии. – Бишкек, 2011. – 318с. 5. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник. - СПб.: Питер 2007.
12.	Инфекционные болезни	1. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с. 2. Покровский В.И. Пак С.Г. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
13.	Медреабилитация. Спортивная медицина.	1. Медицинская реабилитация./Под ред. В.М.Боголюбова. Книга 1– Изд.3-е.- М.: Издательство БИНОМ, 2010 – 416с. 2. Медицинская реабилитация./Под ред. В.М.Боголюбова. Книга 2– Изд.3-е.- М.: Издательство БИНОМ, 2010 – 424с. 3. Медицинская реабилитация./Под ред. В.М.Боголюбова. Книга 3– Изд.3-е.- М.: Издательство БИНОМ, 2010 – 368с. 4. Врачебный контроль и основы лечебной физкультуры. Учебное пособие. /Д.А. Алымкулов, Г.М. Саралинова, Р.Д. Алымкулов, О.А Калюжная. – Бишкек, 2012 – 81с.
14.	Фтизиатрия	1. Перельман М.И., Корякин В.А. Богадельникова И.В.

		Фтизиатрия. //Учебник для медицинских институтов. М.: 2015 г., 451с. 2.Туберкулез у детей и подростков. Руководство под редакцией О.И.Король, М.Э.Лозовской, С-Пб. 2005, 424 с.
15.	Лучевая диагностика	1. Линденбрaтен Л.Д., Королук И.П. Медицинская радиология (Основы лучевой диагностики и лучевой терапии): Учебник. - Медицина 2013. 2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Багненко С.С. Лучевая диагностика: Учебник для ВУЗов - ГЭОТАР-Медиа 2016. 3. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике, т. 1, 2. Под ред. Митькова В.В.Москва, «Видар», 1996.
16.	Общий уход за терапевтическими больными	1. В.Н.Ослопов, О.В.Богоявленская. Общий уход за больными в терапевтической клинике. М.: ГЭОТАР МЕДИА 2013. 2. В.Я. Тихомиров, Н.В. Яворская, Н.М. Ахунбаева и др. Основы медицинских знаний: Учебное пособие для студентов немедицинских факультетов. Ч. 2. Бишкек: Изд-во КРСУ 2009.
17.	Геронтология	В.Н.Ярыгина, А.С.Мелентьева. Основы геронтологии. Общая гериатрия. ГОЭТАР-Медиа 2010. 2. Урумбаев Р.К., Джумагулова А.С. Основы геронтологии и гериатрии. Бишкек, 2014.
18	Стандарты диагностики и лечения	1. Б. И. Шулушко, С.В. Макаренко Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней «Э лби-С П б», 2005.
19	Доказательная медицина	1. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д., Моисеев С.В. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией / «ГЭОТАР-Медиа» 2010. 2. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие ГЭОТАР.Медиа 2009. 3. Зурдинов А.З., Зурдинова А.А., Шараева А.Т. Использование лекарственных средств: основы фармакоэпидемиологии, фармакоэкономики и доказательной медицины: Учебное пособие "Айат" 2017. 4. Сорокин А.А. Обучающая среда по доказательной медицине: Виртуальное учебное пособие. 2016.
1.1.Медико-профилактические дисциплины		
20	Гигиена	1. Румянцев Г.И. Общая гигиена: учебный процесс. М: 2009. 2. С.С. Борсокбаева. ГИГИЕНА ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: Гигиена лечебно-профилактических учреждений (учебное пособие). КРСУ Бишкек 2012.
21	Эпидемиология	1. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология – СПб: ООО «Изд-во Фолиант» 2006.

		<p>2. Карагулова С.Т., Тойгомбаева В.С. Общая эпидемиология. Ч. I. и Ч. 2: Учебное пособие Бишкек: Изд-во КРСУ 2010.</p> <p>3. Вопросы прикладной эпидемиологии: методическое пособие/ Под.ред Тойгомбаевой В.С. Ред.отдел "Билим" 2017.</p>
22	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения	<p>1. Касиев Н.К., Болбачан О.А. и др. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник КРСУ 2016</p> <p>2. Болбачан О.А., Розыева Р.С. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие Бишкек: Изд-во КРСУ 2017.</p>
Раздел 2. Хирургические болезни		
1.	Общая хирургия	<p>1. Петров С.В. Общая хирургия: учебник СПб.: Изд-во "Лань" 2015.</p> <p>2. В.К. Гостищев Общая хирургия: Учебник для вузов Москва.: ГЭОТАР-Медиа 2005.</p> <p>3. В.С. Савельев, А.И. Кириенко Хирургические болезни. Учебник: Хирургические болезни. Учебник М.: ГЭОТАР-Медиа 2014.</p> <p>4. Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М. Клиническая хирургия: курс лекций (факультетская хирургия) Бишкек: Изд-во КРСУ 2017.</p>
2	Факультетская хирургия	<p>1. Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко Хирургические болезни: В 2-х т.: Учебник М.: ГЭОТАР-Медиа 2006.</p> <p>Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М.</p> <p>2. Клиническая хирургия: курс лекций (факультетская хирургия) Бишкек: Изд-во КРСУ 2017.</p> <p>3. Шулутко А.М., Семиков В.И., Андрияшкин В.В. Хирургические болезни: Учеб.-метод. пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2011.</p>
3.	Госпитальная хирургия	<p>1. А.Г. Абдулаева Госпитальная хирургия: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2015.</p> <p>2. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство. В 3 т. Т. 2: учебное пособие М.: ГЭОТАР-Медиа 2015.</p> <p>3. В.С. Савельев, А.И. Кириенко Хирургические болезни. Учебник, М.: ГЭОТАР-Медиа 2014.</p> <p>4. В.А. Ступина, В.В. Лаптева Методические рекомендации Острые хирургические заболевания. Москва 2011.</p> <p>5. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М., Кузин М.И. Хирургические болезни: Учебник для студентов мед. вузов Москва: Медицина 2000.</p>
4.	Детская хирургия	<p>1. Омурбеков Т.О., Мыкыев К. с соавт. Учебное пособие «Избранные вопросы детской хирургии», Бишкек. КРСУ, 2015.</p> <p>2. Детская хирургия. Учебник / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p> <p>3. Подкаменев В.В. Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-</p>

		Медиа, 2018.
5.	Урология	1. Учебник «Урология» под ред. Чернецова Г.С., Пугачева А.Г., Усупбаев А.Ч., Чернецов О.Н. г. Бишкек 2009г. 2. Учебник «Урология» Усупбаев А.Ч., г. Бишкек 2015г.
6.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия	1. Краткий курс лекций по топографической анатомии и оперативной хирургии. Габитов В.Х., Акрамов Э.Х., Бейсембаев А.А. Том 1. Бишкек, 2012 2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / Каган И.И., Чемезов С.В. - , 2009. – 672 с.
7.	Оториноларингология	1. В.Т. Пальчун Оториноларингология. Национальное руководство: учебник "ГЭОТАР-Медиа" Москва 2016. 2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Руководство для врачей М.: Медицина 2001.
8.	Офтальмология	1. Федоров С.Н., Ярцева Н.С., Исманкулов А.О. Глазные болезни: Учебник для студентов медицинских вузов М. 2005.
9.	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	1. Анестезиология.: национальное руководство/ Под ред. А.А.Бунатяна, В.М. Мизикова М.: ГЭОТАР-Медиа 2011. 2. Бебезов Х.С., Шерова А.А., Логачева Е.Г. Избранные лекции по реанимации и интенсивной терапии. Учебное пособие 1 и 2 части Бишкек 2007. 3. Сумин С.А., Руденко М.В. «Анестезиология и реаниматология»: Учебное пособие в 2-х томах. МИА, Москва 2010.
10.	Стоматология	Н.Н. Бажанов Стоматология: Учебник для вузов Москва.: ГЭОТАР-МЕД 2001.
11.	Онкология, лучевая терапия	1. З.П. Камарли. Онкология: Учебник Бишкек: Изд-во КРСУ 2013. 2. Камарли З.П., Макимбетов Э.К. Курс лекций по онкоурологии: курс лекций Бишкек: КРСУ 2016.
12.	Травматология, ортопедия	1. Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Н.В. Корнилова Санкт-Петербург: Гиппократ 2008. 2. Г.М. Кавалерский, Л.Л. Силин, А.В. Гаркави и др. Травматология и ортопедия: Учебник для вузов Москва.: Академия 2005. 3. Мирджалилов В.М. Методика обследования травматологических и ортопедических больных: Учебное пособие Бишкек: Изд-во КРСУ 2015.
13.	Общий уход за хирургическими больными	1. Евсеев М.А. Уход за больными в хирургической клинике: учебное пособие для вузов М.: ГЭОТАР-Медиа 2008. 2. В.Я. Тихомиров, Н.В. Яворская, Н.М. Ахунбаева и др. Основы медицинских знаний: Учебное пособие для студентов немедицинских факультетов. Ч. 2 Бишкек: Изд-во КРСУ 2009.

Раздел 3. Акушерство и гинекология

1.	Акушерство и гинекология	<ol style="list-style-type: none">1. Асымбекова Г.У. Акушерство и гинекология. Клинические лекции. Т. 1: Учебник Бишкек: Изд-во КРСУ 2013.2. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов СПб.: СпецЛит 2010.3. Айламазян Э.К. Гинекология: учебник для медицинских вузов СПб.: СпецЛит 2013.4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология: Учебник М.: ГЭОТАР-Медиа 2011.5. Савельева Г.М. Акушерство.: Учебник для студентов мед.вузов. Москва: Медицина 2000.6. Сарымсакова Т.А., Асымбекова Г.У., Терентьева Л.С., Далбаева Б.Ж. Ситуационные задачи по акушерству и гинекологии: Методическое пособие Бишкек: Изд-во КРСУ 2015.
----	--------------------------	---

Раздел 4. Педиатрия

1.	Педиатрия	<ol style="list-style-type: none">1. С.Дж. Боконбаева, Т.Д.Счастливая, Х.М. Сушанло, Н.М. Алдашева. Пропедевтика детских болезней: учебник для педиатрических факультетов медицинских ВУЗов Бишкек 2015.2. Шабалов Н.П Детские болезни: Учебник в 2-х томах Питер 2011.3. Боконбаева С.Дж. Болезни новорожденных детей: Учебник Бишкек: Изд-во КРСУ 2016.4. Шабалов Н.П Неонатология: Учебное пособие в 2-х томах ГЭОТАР-Медиа 2016.5. А.А.Баранова Педиатрия: национальное руководство в 2 томах ГЭОТАР-Медиа 2015.6. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия: учебник: педиатрия: учебник М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2.	Детские инфекции	<ol style="list-style-type: none">1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей: Учебное пособие М.: ГЭОТАР-МЕД 2002.

Структура экзаменационного билета (образец):

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКЗАМЕН

на 2023-2024 учебный год

по специальности лечебное дело

Факультет медицинский

Кафедра Терапевтических дисциплин №2 специальности ЛД

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № __

1. Вопрос по внутренним болезням.
2. Вопрос по акушерству и гинекологии.
3. Вопрос по хирургическим болезням.
4. Междисциплинарная ситуационная задача.

Декан медицинского факультета _____ Караева Р.Р.

Зав. кафедрой терапии №2 специальности ЛД _____ Сабиров И.С.

Пример тестового задания:

Билет № 1001 - ооооо↑↑↑↑↑↑↑↑↑↑
ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Вопрос № 1

Назовите иммунологические сдвиги при постстрептококковом гломерулонефрите?

- 1) высокие титры антител к антигенам стрептококка
- 2) повышение титра почечных аутоантител
- 3) наличие антинуклеарных антител
- 4) высокий уровень комплемента
- 5) повышение IgA в сыворотке крови

Вопрос № 2

К факторам риска развития артериальной гипертензии не относят:

- 1) наследственная предрасположенность
 - 2) избыточная масса тела
 - 3) дислипидемия
 - 4) избыточное потребление белка
-

5) уровень потребления поваренной соли

Вопрос № 3

При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического дренажа с лечебной целью?

- 1) бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
 - 2) хронический гнойный бронхит
 - 3) прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора альфа-1-антитрипсина
 - 4) экзогенный фиброзирующий альвеолит
 - 5) бронхолегочный аспергиллез
-

Вопрос № 4

Что представляет собой синдром Дресслера:

- 1) разрыв межжелудочковой перегородки
 - 2) разрыв межпредсердной перегородки
 - 3) отрыв сосочковой мышцы и развитие недостаточности митрального клапана
 - 4) аутоаллергическая реакция
 - 5) внезапное появление полной атриовентрикулярной блокады
-

Вопрос № 5

Для хронического обструктивного бронхита характерны изменения показателей вентиляции:

- 1) ПСВ (пиковая скорость выдоха) - 68% от должной величины, прирост ПСВ при бронходилатационном тесте - 20%
 - 2) ПСВ - 90% от должной величины, прирост ПСВ при бронходилатационном тесте - 15%
 - 3) ПСВ - 66% от должной величины, - прирост ПСВ при бронходилатационном тесте 8%
 - 4) ПСВ - 78% от должной величины, прирост ПСВ при бронходилатационном тесте - 30%
 - 5) правильные ответы 1 и 3
-

Вопрос № 6

В стадии склеродермического поражения кожи не входит:

- 1) плотный отек
 - 2) рубцовая деформация
 - 3) индурация
 - 4) атрофия
 - 5) -
-

Вопрос № 7

На ЭКГ у больного стенокардией вне приступа может регистрироваться:

- 1) нормальная ЭКГ
 - 2) нарушение реполяризации
 - 3) изменение внутрижелудочковой проводимости
 - 4) экстрасистолы
 - 5) все перечисленное
-

Вопрос № 8

Какое осложнение можно предположить, если у больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились постоянные боли с иррадиацией в спину?

- 1) стеноз привратника
 - 2) пенетрация
 - 3) малигнизация
 - 4) перфорация
 - 5) демпинг-синдром
-

Вопрос № 9

Ревматическому эндокардиту при острой ревматической лихорадке соответствует:

- 1) вальвулит
 - 2) формирование пороков
 - 3) нарушение атриовентрикулярной проводимости
 - 4) деформация суставов
 - 5) отрицательный зубец Т на ЭКГ
-

Вопрос № 10

Осложнениями инфаркта миокарда не являются:

- 1) кардиогенный шок
 - 2) сердечная недостаточность
 - 3) нарушения ритма и проводимости сердца
 - 4) синдром Дресслера
 - 5) синдром Леффлера
-

Вопрос № 11

Что из перечисленного является причиной образования асцита при циррозе печени:

- 1) вторичный гиперальдостеронизм
 - 2) гипоальбуминемия
 - 3) портальная гипертензия
 - 4) тромбоцитопения
 - 5) верно 1, 2, 3
-

Вопрос № 12

Что не характерно для экссудативного перикардита:

- 1) шум трения перикарда
 - 2) одышка
 - 3) тахикардия
 - 4) набухание шейных вен
 - 5) увеличение размеров сердца
-

Вопрос № 13

Для стадии декомпенсации при астматическом статусе не характерно:

- 1) больные в сознании, адекватны
 - 2) больной не может сказать не одной фразы, не переводя дыхания
 - 3) несоответствие шумов, выслушиваемых на расстоянии, аускультативной картине
 - 4) неэффективность бронхолитической терапии
 - 5) гиповентиляция с выраженной гипоксемией
-

Вопрос № 14

Сочетание параорбитального отека, пурпурно-меловой эритемы верхних век и стойкой шелушащейся эритемы над пястно – фаланговыми и проксимальными суставами характерно для:

- 1) системной склеродермии
 - 2) узелкового периартериита
 - 3) острой ревматической лихорадки
 - 4) дерматомиозита
 - 5) системной красной волчанки
-

Вопрос № 15

Выраженная дилатация легочных артерий достигается при назначении:

- 1) нитропруссид натрия
 - 2) хинидина
 - 3) нитроглицерина
 - 4) антагонистов кальция
 - 5) β -блокаторов
-

Вопрос № 16

При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

- 1) число мегакариоцитов в костном мозге увеличено и может возникнуть гипохромная анемия
 - 2) число мегакариоцитов в костном мозге снижено
 - 3) не возникают кровоизлияния в мозг
 - 4) характерно увеличение печени
 - 5) число мегакариоцитов в костном мозге не меняется
-

Вопрос № 17

Для хронического атрофического гастрита рентгенологически характерны:

- 1) рельеф слизистой желудка сглажен
 - 2) утолщение складок слизистой оболочки
 - 3) тонус и перистальтика усилены
 - 4) эвакуация содержимого желудка ускорена
 - 5) конвергенция складок слизистой оболочки
-

Вопрос № 18

При каких заболеваниях почек не показано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)?

- 1) ХГН смешанного вида
 - 2) Амилоидоз почек
 - 3) ХГН гипертонического типа
 - 4) ХГН латентного типа
 - 5) При всех
-

Вопрос № 19

Первичный гиперальдостеронизм характеризуется:

- 1) преходящей протеинурией
 - 2) полиурией
 - 3) никтурией
 - 4) гипоизостенурией
 - 5) всем вышеперечисленным
-

Вопрос № 20

Выделите критерии инфекционного миокардита:

- 1) субфебрильная температура
 - 2) кардиомегалия, сердечная недостаточность
 - 3) грубый систолический шум на верхушке
 - 4) как правило диагноз выставляется *ex juvantibus*
 - 5) увеличение печени и селезенки
-

Вопрос № 21

Укажите типичную локализацию воспалительного процесса в суставах в дебюте ревматоидного артрита:

- 1) II, III проксимальные межфаланговые суставы и пястно-фаланговые суставы кистей
 - 2) тазобедренные
 - 3) плюснефаланговые
 - 4) коленные
 - 5) все верно
-

Вопрос № 22

Клиническая картина хронического холангита характеризуется следующей симптоматикой:

- 1) резкая приступообразная боль в области правого подреберья
 - 2) боль в области правого подреберья на фоне желтухи и лихорадки
 - 3) давящая или распирающая боль в области правого подреберья
 - 4) периодически ноющая боль в области правого подреберья
 - 5) положительные симптомы Ортнера, Василенко, Мерфи
-

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Вопрос № 23

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

- 1) синдроме раздраженной кишки
 - 2) ахлоргидрии
 - 3) истерии
 - 4) гранулематозном колите
 - 5) глютенковой энтеропатии
-

Вопрос № 24

Для язвы какого отдела наиболее характерны ночные, «голодные» боли?

- 1) язва малой кривизны желудка
 - 2) язва тела
 - 3) язва пилорического отдела желудка
 - 4) язва 12-перстной кишки
 - 5) язва толстого кишечника
-

Вопрос № 25

Сроки временной нетрудоспособности при остеоартрите с синовитом составляют:

- 1) 3-5 дней
 - 2) 5-7 дней
 - 3) 7-10 дней
 - 4) 10-12 дней
 - 5) 15-20 дней
-

Вопрос № 26

Этиологией синдрома Морганьи – Эдемса – Стокса не является:

- 1) S-A блокада II степени
 - 2) Высокостепенная A-V блокада
 - 3) A-V блокада I степени
 - 4) Полная A-V блокада
 - 5) Отказ синусового узла
-

Вопрос № 27

Для какого вида кардиомиопатий характерен ангинозный синдром:

- 1) все виды кардиомиопатий
-

- 2) дилатационная кардиомиопатия
 - 3) рестриктивная кардиомиопатия
 - 4) гипертрофическая кардиомиопатия
 - 5) ни для одной из кардиомиопатий
-

Вопрос № 28

Для больного хроническим холециститом в фазе ремиссии характерны:

- 1) горечь во рту
 - 2) частые запоры
 - 3) боли в правом подреберье
 - 4) рвота с желчью
 - 5) ничего из перечисленного
-

Вопрос № 29

Листок нетрудоспособности выдается:

- 1) безработным;
 - 2) работникам из числа граждан КР, работающих в организациях независимо от их форм собственности;
 - 3) военнослужащим;
 - 4) учащимся.
 - 5) -
-

Вопрос № 30

Основным критерием при установлении группы инвалидности при ХСН является:

- 1) функциональный класс СН
 - 2) клинические проявления СН
 - 3) ЭКГ данные
 - 4) рентгенологические данные
 - 5) ничего из вышеперечисленного
-

Вопрос № 31

Противопоказанные условия труда при бронхиальной астме включают:

- 1) запыленность помещения
 - 2) тяжелый физический труд
 - 3) работа на конвейере
 - 4) контакт с аллергеном
 - 5) всё перечисленное
-

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Вопрос № 32

Наиболее часто хориокарцинома возникает после

- 1) абортов
 - 2) пузырного заноса
 - 3) нормальных родов
 - 4) преждевременные роды
 - 5) -
-

Вопрос № 33

Назовите симптом насыщенности эстрогенами при осмотре шейки матки в зеркалах, кроме:

- 1) Симптом арборизации слизи
 - 2) Симптом зрачка
 - 3) Симптом натяжения слизи
-

4) Симптом Шиллера

5) верны 1,3

Вопрос № 34

Что такое разрыв промежности 3 степени:

1) разрыв кожи

2) разрыв кожи и мышц

3) разрыв задней стенки влагалища

4) разрыв кожи, мышц промежности и сфинктера прямой кишки

5) -

Вопрос № 35

Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1) В выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания

2) В локальном воздействии на очаг инфекции

3) В повышении неспецифической активности организма

4) Во всем перечисленном

5) Ни в чем из перечисленного

Вопрос № 36

Наиболее опасным осложнением раннего послеродового периода является, кроме:

1) гипотония матки

2) атония матки

3) послеродовое кровотечение

4) коагулопатическое кровотечение

5) инфекция и субинволюция матки

Вопрос № 37

Наиболее часто хориокарцинома возникает после:

1) Абортов

2) Пузырного заноса

3) Нормальных родов

4) Преждевременных родов

5) Все ответы правильные

Вопрос № 38

Какие положения правильны для предотвращения повторной беременности в послеродовом периоде:

1) не кормящие матери должны начать принимать оральные контрацептивы спустя 4 недели после родов

2) кормящие матери должны начать принимать оральные контрацептивы спустя 5 недель после родов

3) после кесарева сечения матери должны начать прием оральных контрацептивов через 12 месяцев после родов

4) кормящие матери могут не использовать оральные контрацептивы, так как у них резко снижен риск возникновения повторной беременности

5) на 7 день после родов необходимо начать применение оральных контрацептивов всем матерям

Вопрос № 39

В какой фазе менструального цикла частота «пульсации» секреции ЛГ является максимальной

- 1) В фолликулярной
 - 2) В предовуляторном периоде
 - 3) В постовуляторном периоде
 - 4) В лютеиновой фазе
 - 5) верны 3,4
-

Вопрос № 40

Предменструальный синдром встречается у женщин :

- 1) С регулярным менструальным циклом
 - 2) С аменореей
 - 3) С олигоменорей
 - 4) С менометрорагией
 - 5) -
-

Вопрос № 41

Что такое дистракция мышечных волокон:

- 1) сокращения мышечных волокон
 - 2) расслабление мышечных волокон
 - 3) смещение сокращающихся мышечных волокон по отношению друг к другу
 - 4) сокращения продольно расположенных мышечных волокон тела матки растягивают циркулярно расположенные волокна шейки матки
 - 5) -
-

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Вопрос № 42

При какой сосудистой патологии применяется операция поясничной симпатэктомии?

- 1) острый тромбоз подключичной вены;
 - 2) посттромбофлебитический синдром;
 - 3) варикозное расширение вен нижней конечности;
 - 4) облитерирующий эндоартериит;
 - 5) острый тромбоз мезентериальных сосудов.
-

Вопрос № 43

Причинами возникновения тиреотоксического зоба являются следующие, кроме:

- 1) психической травмы;
 - 2) бессонницы;
 - 3) инфекции;
 - 4) приема больших доз йода;
 - 5) перегревания.
-

Вопрос № 44

Основным методом топической диагностики при облитерирующем атеросклерозе является:

- 1) ультразвуковое исследование;
 - 2) компьютерная томография;
 - 3) ангиография;
 - 4) флебография;
 - 5) реовазография;
-

Вопрос № 45

У больного 40 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия:

- 1) наблюдение, операция при ущемлении грыжи
 - 2) оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи
-

- 3) наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки
 - 4) плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи
 - 5) ношение бандажа
-

Вопрос № 46

Перечислите показания к хирургическому лечению хронического абцесса легких:

- а) отхождение большого количества гнойной мокроты
- б) обнаружение «сухости полости» при рентгенологическом исследовании
- в) обширная деструкция легочной ткани при неудовлетворительном дренировании
- г) размеры полости абцесса более 6 см.
- д) интоксикация, сохраняющаяся на фоне консервативной терапии

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, г
 - 2) а, б, д
 - 3) б, в, г
 - 4) в, г, д
 - 5) все ответы правильные
-

Вопрос № 47

Что такое «операция выбора»?

- 1) операция, которую может выбрать больной или хирург
 - 2) лучшая операция для лечения данного заболевания, соответствующая современным научным достижениям
 - 3) операция, которая устранит наиболее тяжелые последствия заболевания
 - 4) операция, отличающаяся технической простотой
 - 5) операция, описанная в большинстве руководств
-

Вопрос № 48

Кишечные свищи подразделяются на следующие, кроме:

- 1) врожденных;
 - 2) деструктивных;
 - 3) приобретенных;
 - 4) огнестрельных;
 - 5) послеоперационных.
-

Вопрос № 49

Какие из перечисленных видов местного обезболивания относятся к проводниковой анестезии?

- а) футлярная анестезия;
- б) анестезия по Оберсту-Лукашевичу;
- в) паранефральная блокада;
- г) блокады нервных сплетений и стволов;
- д) перидуральная анестезия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) б, г, д.
 - 2) а, б, в.
 - 3) б, г.
 - 4) в, г, д.
 - 5) б.
-

Вопрос № 50

С помощью каких методов исследования можно диагностировать рефлюксную болезнь пищевода?

- а) эзофагоскопии
 - б) эзофагоманометрии
 - в) внутривищеводной рН-метрии
 - г) определения пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга
 - д) УЗР пищевода
- 1) а, б, в
 - 2) в, г, д
 - 3) б, в, г, д
 - 4) а, б, в, г
 - 5) все правильно
-

Вопрос № 51

Следующие признаки характерны для начальной стадии странгуляционной кишечной непроходимости, кроме:

- 1) холодного пота;
 - 2) напряжения мышц живота;
 - 3) снижения А/Д;
 - 4) схваткообразных болей в животе;
 - 5) тошноты и рвоты
-

Вопрос № 52

В каком случае четко проявляется тахикардия при тиреотоксикозе?

- 1) в покое;
 - 2) во время сна;
 - 3) при физической нагрузке;
 - 4) при эмоциональной нагрузке;
 - 5) в положении на левом боку.
-

Вопрос № 53

Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

- 1) выраженный диспепсический синдром
 - 2) длительный анамнез
 - 3) сопутствующие изменения печени
 - 4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита
 - 5) наличие конкрементов в желчном пузыре
-

Вопрос № 54

Максимальное время нахождения жгута на конечности зимой?

- 1) 30 мин
 - 2) 1 ч
 - 3) 1,5 ч
 - 4) 2 ч
 - 5) 2,5 ч
-

Вопрос № 55

Основной причиной спонтанного пневмоторакса является:

- 1) буллезные изменения альвеол и кисты легкого
 - 2) парапневмонический абсцесс легкого
 - 3) рак легкого
-

- 4) бронхоэктазы
 - 5) туберкулез легких
-

Вопрос № 56

Назовите нерв, располагающийся в пищеводно-трахеальной борозде:

- 1) n.vagus
 - 2) n.frenicus
 - 3) n.splanchnicus major
 - 4) n.laryngeus recurrens
 - 5) n.hypoglossus
-

Вопрос № 57

У больных с разлитым гнойным перитонитом в послеоперационном периоде для стимуляции перистальтики кишечника целесообразно проводить следующие мероприятия, кроме:

- 1) паранефральной блокады;
 - 2) введения симпатолитических препаратов;
 - 3) введения парасимпатомиметических препаратов;
 - 4) борьбы с гипокалиемией;
 - 5) симпатической и парасимпатической диссекции.
-

Вопрос № 58

Сколько желчи вырабатывается за сутки в норме?

- 1) 100 - 150 мл;
 - 2) 200 - 250 мл;
 - 3) 300 - 500 мл;
 - 4) 700 - 1500 мл;
 - 5) 2000 - 3000 мл.
-

Вопрос № 59

Какой метод лечения является ведущим при лечении риногенных внутричерепных осложнений?

- 1) противовоспалительная терапия
 - 2) дезинтоксикационная терапия
 - 3) дегидратационная терапия
 - 4) хирургический метод
 - 5) симптоматическое лечение
-

Вопрос № 60

Назовите расчетную дозу холинолитика атропина, применяемого у больного в премедикации перед плановым хирургическим вмешательством?

- 1) 0,1 мг\кг м.т.
 - 2) 0,3 мг\кг м.т.
 - 3) 0,03 мг\кг м.т.
 - 4) 0,2 мг\кг м.т.
 - 5) 0,01 мг\кг м.т.
-

Вопрос № 61

Секторальная резекция молочной железы показана:

- 1) при агалактии
 - 2) при диффузной мастопатии
 - 3) при узловой мастопатии
-

4) при раке Педжета

5) при гинекомастии

Вопрос № 62

Больная 60 лет поступила с жалобами на кровотечение из варикозного узла правой голени. Страдает варикозным расширением вен правой нижней конечности в течение 20 лет. Объективно: в нижней трети правой голени на фоне гиперпигментации и индурации кожи имеется трофическая язва, размерами 3х4 см. В зоне язвы имеется варикозный узел, из которого поступает кровь. На голени и бедре выраженные варикозные изменения по ходу ствола большой подкожной вены. Для остановки кровотечения из варикозного узла следует предпринять:

- а) прижать бедренную артерию
- б) придать конечности возвышенное положение
- в) наложить давящую повязку
- г) ввести внутривенно децинон
- д) внутривенно перелить стрептокиназу

Правильным будет

- 1) а, б, в
 - 2) б, в, д
 - 3) а, б, г
 - 4) б, в, г
 - 5) все перечисленное
-

Вопрос № 63

Для периода функциональной недостаточности органов при остром панкреатите характерны следующие осложнения, кроме:

- 1) плевро-пульмональных осложнений: плеврит пневмония;
 - 2) токсической дистрофии печени;
 - 3) парапанкреатического инфильтрата;
 - 4) олигоурии, гематурии, протеинурии, цилиндрурии;
 - 5) панкреатогенного делирия.
-

Вопрос № 64

К разновидностям паховых грыж относятся все, кроме:

- 1) врожденной паховой грыжи;
 - 2) приобретенной паховой грыжи;
 - 3) косой паховой грыжи;
 - 4) прямой паховой грыжи;
 - 5) ложной паховой грыжи
-

Вопрос № 65

Наиболее частым осложнением пенетрирующей язвы желудка является:

- 1) развитие стеноза привратника
 - 2) малигнизация
 - 3) образование межорганного свища
 - 4) профузное кровотечение
 - 5) перфорация
-

Вопрос № 66

Рентгенологический симптом "серпа" (скопление воздуха под диафрагмой) наблюдается при:

- 1) непроходимости кишечника
 - 2) пневмоперитонеуме
-

- 3) перитоните
 - 4)
 - 5) -
-

Вопрос № 67

Какие осложнения могут встретиться при проведении местной анестезии с помощью новокаина?

- а) аллергическая реакция;
- б) острая почечная недостаточность;
- в) случайное интравазальное введение препарата;
- г) коллапс;
- д) остановка дыхания.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, в.
 - 2) д.
 - 3) а, г, д.
 - 4) в, г, д.
 - 5) верно все.
-

СМЕЖНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Вопрос № 68

Основной механизм патогенеза дельтавирусной инфекции:

- 1) Прямое цитопатическое действие на гепатоцит, развитие микст-гепатита
 - 2) Цитолиз гепатоцитов связан с иммунными воздействиями
 - 3) Не оказывает цитопатического действия на гепатоцит
 - 4) Патологическое воздействие вируса связано в основном с мезенхимально-воспалительной реакцией
 - 5) Развитие аллергических реакций
-

Вопрос № 69

Антагонисты кальция - приоритетная группа для лечения ГБ в сочетании с:

- 1) сердечная недостаточность
 - 2) ИБС
 - 3) нарушение сердечного ритма
 - 4) неэффективность монотерапии бета-адреноблокаторами
 - 5) -
-

Вопрос № 70

Какие симптомы не наблюдаются при хронической интоксикации фосфорорганическими (ФОС) ядохимикатами?

- 1) упорные головные боли
 - 2) парестезии
 - 3) зрительные галлюцинации
 - 4) мышечные подергивания
 - 5) протеинурия
-

Вопрос № 71

Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- 1) мозжечковая
 - 2) сенситивная
 - 3) вестибулярная
-

- 4) корковая
- 5) психогенная

Вопрос № 72

Для полинейропатии не характерны:

- 1) дистальные вялые парезы
- 2) патологические стопные рефлексы
- 3) снижение сухожильных рефлексов
- 4) снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей
- 5) вегетативные трофические расстройства

Вопрос № 73

Выберите признак, не характерный для поражения лицевого нерва

- 1) дисфагия;
- 2) сглаженность лобных складок;
- 3) сглаженность носогубных складок;
- 4) симптом Белла;
- 5) симптом ракетки

Вопрос № 74

Беременность у больных туберкулезом

- 1) как правило, приводит к прогрессированию процесса
- 2) как правило, не приводит к прогрессированию процесса
- 3) приводит к прогрессированию процесса при определенных условиях
- 4)
- 5) -

Вопрос № 75

У мальчика 8 лет отмечена потеря сознания 1 час назад. При осмотре: бессознательное состояние, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, язык малиновый и сухой, глазные яблоки мягкие, в легких прослушиваются рассеянные сухие хрипы, печень на 3 см выступает из-под реберного края, остальные органы без явных отклонений от нормы. От больного исходит отчетливый запах ацетона. В анамнезе: перенесенный грипп, в течение 2-3 недель жалобы на жажду, частые мочеиспускания, похудение при удовлетворительном аппетите, вялость, заторможенность; потеря аппетита в течение последних 2-ух дней. Накануне появление тошноты и рвоты. Ваш предварительный диагноз:

- 1) Почечный диабет
- 2) Несахарный диабет
- 3) Диабетическая кетоацидотическая кома
- 4) Нарушение толерантности к углеводам
- 5) Гипогликемическая кома

Вопрос № 76

Для уменьшения диарейного синдрома применяют всё перечисленное, кроме:

- 1) Восстановление водно-электролитного баланса.
- 2) Папаверина, но-шпы.
- 3) Индометацина.
- 4) Имодиума.
- 5) Вяжущих средств.

Вопрос № 77

По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевают заразными формами туберкулеза:

- 1) 3 млн. человек
-

- 2) 8– 9 млн. человек
- 3) 3,5 млн. человек
- 4) 16 – 20 млн. человек
- 5) 2 млрд. человек

Вопрос № 78

Заболевание, требующее особого внимания при лечении ТБ и прежде всего у пациентов с почечной дисфункцией и парестезиями:

- 1) Алкогольная зависимость, наркомания
- 2) ВИЧ инфекция
- 3) Гепатиты
- 4) Сахарный диабет
- 5) Все перечисленное верно

Вопрос № 79

Острый ВГА верифицируется:

- 1) Повышением активности АЛАТ
- 2) Повышением уровня билирубина сыворотки крови
- 3) Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса Ig M
- 4) Повышением активности тимоловой пробы
- 5) Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG

Вопрос № 80

В начальный период болезни для лихорадки Ку характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) Лихорадки
- 2) Гиперемии лица
- 3) Гепатолиенального синдрома
- 4) Менингизма
- 5) Гематурии

Вопрос № 81

Укажите символ, характеризующий интерстициальную форму пневмокозиозов:

- 1) « p »
- 2) « q »
- 3) « s »
- 4) « r »
- 5) « B »

Вопрос № 82

Психические расстройства могут встречаться в общесоматической практике (выбрать правильный ответ)

- 1) Нет
- 2) Достаточно часто
- 3) Только в детской практике
- 4)
- 5) -

Вопрос № 83

Патологически повышенное настроение включает (исключить неверный ответ)

- 1) Дисфорию
 - 2) Манию
-

- 3) Морию эйфорию
- 4)
- 5) -

Вопрос № 84

Органические психические расстройства могут встречаться в общесоматической практике (выбрать правильный ответ)

- 1) Да
- 2) Нет
- 3) только при наличии химической зависимости
- 4)
- 5) -

Вопрос № 85

Рекуррентное депрессивное расстройство заключается в возникновении повторных эпизодов депрессии без упоминаний периодов повышенного настроения (выбрать правильный ответ)

- 1) да
- 2) нет
- 3)
- 4)
- 5) -

Вопрос № 86

Механизм диарейного синдрома при ротавирусном гастроэнтерите включает всё перечисленное, кроме:

- 1) Нарушение всасывания жидкости в тонкой кишке
- 2) Недостаточного синтеза ферментов, расщепляющих дисахариды
- 3) Накопление нерасщепленных дисахаридов и повышение осмотического давления в толстой кишке
- 4) Перераспределение жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки
- 5) Усиление перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки

Вопрос № 87

Основной причиной позднего выявления туберкулеза у детей раннего возраста является

- 1) отсутствие патогномичной клинической симптоматики
- 2) многочисленные "маски" туберкулеза, затрудненный контакт с детьми
- 3) отсутствие кашлевого рефлекса даже при поражении бронхов и лихорадки при генерализованных процессах
- 4) анатомо-физиологические особенности органов грудной клетки, затрудняющие распознавание процесса на рентгенограмме
- 5) все перечисленное

Вопрос № 88

При поражении мозжечка не встречается:

- 1) мышечная гипотония
- 2) миоклонии
- 3) скандированная речь
- 4) интенционный тремор
- 5) атаксия

Вопрос № 89

Характерные симптомы желтушного периода острого гепатита Д у носителей Hbs-антигена:

- 1) Выраженная интоксикация
-

- 2) Отечно-асцитический синдром
- 3) Лихорадка в течение 3-5 дней от начала желтухи
- 4) Выраженная спленомегалия
- 5) Все перечисленное

Вопрос № 90

Малая хорья возможна:

- 1) при клещевом энцефалите
- 2) при ревматизме у детей
- 3) при эпидемическом цереброспинальном менингите
- 4) при поствакцинальном энцефалите
- 5) при паркинсонизме

Вопрос № 91

Закрытая черепно-мозговая травма - это:

- 1) перелом основания черепа с ликвореей
- 2) перелом основания черепа с кровотечением
- 3) повреждения мягких тканей до апоневроза
- 4) повреждение тканей до твердой мозговой оболочки
- 5) правильного ответа нет

Вопрос № 92

Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита E:

- 1) Лихорадка
- 2) Слабость, снижение аппетита
- 3) Боли в правом подреберье и эпигастральной области
- 4) Артралгия
- 5) Сыпь

Вопрос № 93

Материалом для бактериологического исследования у подозрительных на чуму больных являются:

- 1) Пунктат из бубона
- 2) Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен
- 3) Мокрота, слизь из зева
- 4) Кровь, секционный материал
- 5) Все перечисленное

Вопрос № 94

При поражении периферической нервной системы у больных хроническим бруцеллезом наблюдаются:

- 1) Невриты, плекситы, радикулиты
- 2) Атрофия слухового и зрительного нервов
- 3) Полинейропатии
- 4) Ригидность мышц затылка и симптомом Кернига
- 5) Все перечисленное

Вопрос № 95

Какой из нижеперечисленных симптомов является общим для болезни Аддисона и болезни Иценко-Кушинга

- 1) Кожные стрии
 - 2) Ортостатическая гипотония
-

- 3) Гиперпигментация кожи
- 4) Аменорея
- 5) Все выше перечисленное

Вопрос № 96

Что такое пелоидотерапия?

- 1) Лечение грязью
- 2) Лечение озокеритом
- 3) Лечение песком
- 4) Лечение минеральной водой
- 5) Лечение глиной

Вопрос № 97

Для лечения инфекционного мононуклеоза антибиотики показаны при:

- 1) Длительной высокой лихорадке
- 2) Значительном увеличении печени и селезенки
- 3) Пневмонии, ангине
- 4) Лимфадените
- 5) Все перечисленное

Вопрос № 98

Для лечения острого ВГС применяют преимущественно:

- 1) Рекомбинантный интерферон
- 2) Ацикловир
- 3) Фоскарнет
- 4) Азидотимидин
- 5) Все перечисленное

Вопрос № 99

Проведение лекарственного мониторинга желательно при лечении следующей группой препаратов:

- 1) противосудорожными;
- 2) β 2-симптомомиметиками;
- 3) пенициллинами;
- 4) глюкокортикоидами;
- 5) М-холинолитиками.

Вопрос № 100

Симптом Кёбнера при псориазе положителен:

- 1) только в стадии прогресса
 - 2) в стационарной стадии
 - 3) в стадии регресса
 - 4) может быть в любой стадии псориаза
 - 5) в стадии ремиссии
-

7.3 Показатели и критерии оценки результатов государственного итогового междисциплинарного экзамена

При оценке уровня профессиональной подготовленности по результатам государственного итогового междисциплинарного экзамена (далее ГИМЭ) необходимо учитывать следующие **критерии**:

- знание учебного материала (учебных дисциплин);
- знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
- владение медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов и использование их при ответе;
- знание этических и деонтологических аспектов;
- умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
- умение собрать анамнез у пациентов;
- умение проводить физикальное обследование;
- умение интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- умение сформулировать клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз и показания к избранному методу лечения;
- применение методов профилактики, медреабилитации;
- умение организации транспортировки пациентов;
- владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Описание показателей и критериев оценивания результатов ГИМЭ, а также шкалы оценивания приведены в таблице 5.

Показатели, критерии и уровни оценивания результатов ГИМЭ

Таблица 5.

Уровни оценивания	Описание показателей и критериев оценивания		
	Показатели оценивания	Критерии оценки теоретической части экзамена	Критерии оценки практической части экзамена
Высокий уровень – оценка «отлично»	<p>Ставится выпускнику, проявившему всесторонние и глубокие знания программного материала и дополнительной литературы, обнаружившему творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании материала. Вопросы задания имеют полные решения, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях выпускника и о его умении решать профессиональные задачи, соответствующие его будущей квалификации</p> <p>Владеющим общим (культурным) и специальным (профессиональным) языком ответа.</p>	<p>1. Полно раскрыто содержание материала билета; 2. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности, с точной терминологией; 3. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их по ситуации; 4. Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; 5. Ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов; 6. допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.</p>	<p>Студент полностью демонстрирует практические навыки, не допуская ошибок. Исчерпывающе интерпретирует полученные результаты, соблюдает этические и деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.</p>
Средний уровень – оценка «хорошо»	<p>Ставится выпускнику, проявившему полное знание программного материала, освоившему основную рекомендованную литературу, обнаружившему стабильный характер знаний и умений и способному к их самостоятельному применению и обновлению в ходе практической деятельности. Содержание ответов свидетельствует об достаточных знаниях выпускника и о его умении решать профессиональные задачи, соответствующие его будущей квалифика-</p>	<p>Ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет недостатки:</p> <p>1. В изложении допущены небольшие пробелы, не искавшие содержание ответа;</p> <p>2. Допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию экзаменатора;</p> <p>3. Допущены ошибки или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию экзаменатора.</p>	<p>Большинство демонстрируемых практических навыков студент выполняет, но имеются незначительные ошибки. Студент способен интерпретировать полученные данные с небольшими затруднениями, соблюдает этические и деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.</p>

Уровни оценивания	Описание показателей и критериев оценивания		
	Показатели оценивания	Критерии оценки теоретической части экзамена	Критерии оценки практической части экзамена
	ции Владеющим общим (культурным) и специальным (профессиональным) языком ответа.		
Низкий уровень – оценка «удовлетворительно»	Ставится выпускнику, проявившему знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей практической деятельности, знакомому с основной рекомендованной литературой, допустившему неточности в ответе на экзамене, но обладающему необходимыми знаниями и умениями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора. Содержание ответов свидетельствует о недостаточных знаниях выпускника и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.	1. Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы достаточные умения для усвоенного материала; 2. Имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после наводящих вопросов; 3. При неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, обучающийся не может применить теорию в новой ситуации.	Студент демонстрирует частичное выполнение практических навыков. Задание выполнено не более, чем на половину, допущено большое количество ошибок. Студент не способен интерпретировать полученные результаты, соблюдает этические деонтологические принципы.

Уровни оценивания	Описание показателей и критериев оценивания		
	Показатели оценивания	Критерии оценки теоретической части экзамена	Критерии оценки практической части экзамена
Недостаточный уровень - оценка «неудовлетворительно»	Ставится выпускнику, обнаружившему существенные пробелы в знании основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине. Содержание ответов свидетельствует о слабых знаниях выпускника и о его неумении решать профессиональные задачи.	1. Не раскрыто основное содержание учебного материала; 2. Обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; 3. Допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после наводящих вопросов. 4. Не сформированы компетенции, умения и навыки.	Студент либо совсем не выполняет практические навыки, либо выполняет его совершенно неправильно. Не соблюдает индивидуальный подход к пациенту.

7.4 График подготовки, организации и проведения ГЭ

График подготовки, организации и проведения ГЭ

Таблица 6.

Виды работ	Сроки	Ответственный исполнитель
Формирование программы итогового междисциплинарного экзамена по направлению подготовки	<u>За 6 мес. до ГЭ</u>	Зав. кафедрой, Ведущие преподаватели
Подготовка вопросов к государственному экзамену	<u>За 6 мес. до ГЭ</u>	Зав. кафедрой, Преподаватели кафедры
Выдача вопросов по государственному экзамену выпускникам	<u>За 6 мес. до ГЭ</u>	Зав. кафедрой
Организация обзорных лекций и консультаций по направлению подготовки	<u>За 6 мес. до ГЭ</u>	Преподаватели кафедры
Подготовка и утверждение комплектов билетов	<u>За 3 мес. до ГЭ</u>	Председатель ГЭК, Ведущий специалист
Утверждение расписания государственного экзамена и информирование обучающихся	<u>За 1 мес. до ГЭ</u>	Ведущий специалист
Приказ о допуске обучающихся к государственному экзамену (за неделю до экзамена)	<u>За 1 мес. до ГЭ</u>	Декан факультета

Виды работ	Сроки	Ответственный исполнитель
Проведение государственного экзамена	<u>По КУГ</u> <u>(календарный- учебный график)</u>	ГЭК

7.5 Рекомендации обучающимся по подготовке к ГИМЭ

Государственный итоговый междисциплинарный экзамен - это завершающий этап подготовки *специалиста*, механизм выявления и оценки результатов обучения и установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям ФГОС ВО по специальности «Лечебное дело».

Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. На государственном экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения.

В период подготовки к ГИА студенты обращаются к учебно-методическому материалу. При подготовке к государственному экзамену студентам целесообразно использовать материалы лекций, учебно-методические комплексы, основную и дополнительную литературу.

Подготовка к государственному экзамену включает в себя два этапа: самостоятельная работа в течение всего периода обучения; непосредственная подготовка в дни, предшествующие государственному экзамену по темам учебных дисциплин, выносимым на ГИА.

Особо следует обратить внимание на умение использовать рабочую программу государственной итоговой аттестации в части ГЭ. Она включает в себя вопросы для государственного экзамена. Поэтому студент, заранее изучив содержание государственного экзамена, сможет лучше сориентироваться в вопросах, стоящих в его билете.

Формулировка вопросов экзаменационного билета совпадает с формулировкой перечня рекомендованных для подготовки вопросов государственного экзамена.

Как соотносить конспект лекций и учебники при подготовке к экзамену? Было бы ошибкой главный упор делать на конспект лекций, не обращаясь к учебникам и, наоборот недооценивать записи лекций. Рекомендации здесь таковы. При проработке той или иной темы курса сначала следует уделить внимание конспектам лекций, а затем учебникам или интернет-источникам. Дело в том, что "живые" лекции обладают рядом преимуществ: они более оперативно иллюстрируют состояние научной проработки того или иного теоретического вопроса, дают ответ с учетом новых теоретических разработок, т.е. отражают самую "свежую" информацию. Для написания же и опубликования печатной продукции нужно время. Отсюда изложение некоторого учебного материала быстро устаревает.

Для сравнения учебной информации и полноты картины необходим конспект лекций, а также в обязательном порядке использовать как минимум два учебных источника.

Надо ли делать письменные пометки, прорабатывая тот или иной вопрос? Однозначного ответа нет. Однако, для того, чтобы быть уверенным на экзамене, необходимо при подготовке тезисно записать ответы на наиболее трудные, с точки зрения студента, вопросы. Запись включает дополнительные (моторные) ресурсы памяти.

Представляется крайне важным посещение студентами, проводимой перед государственным экзаменом, консультации. Здесь есть возможность задать вопросы преподавателю по тем разделам и темам, которые недостаточно или противоречиво освещены в учебной, научной литературе или вызывают затруднение в восприятии.

Важно, чтобы студент грамотно распределил время, отведенное для подготовки к государственному экзамену. В этой связи целесообразно составить календарный план подготовки к экзамену, в котором в определенной последовательности отражается изучение или повторение всех экзаменационных вопросов. Подготовку к экзамену студент должен вести ритмично и систематично.

Зачастую студенты выбирают "штурмовой метод", когда подготовка ведется хаотично, материал прорабатывается бессистемно. Такая подготовка не может выработать прочную систему знаний. Поэтому знания, приобретенные с помощью подобного метода, в лучшем случае закрепляются на уровне представления.

Во время экзамена за отведенное для подготовки время студент должен сформулировать четкий ответ по каждому вопросу билета. Во время подготовки рекомендуется не записывать на лист ответа все содержание ответа, а составить развернутый план, которому необходимо следовать во время сдачи экзамена.

Отвечая на экзаменационные вопросы, необходимо придерживаться определенного плана ответа, который не позволит студенту уйти в сторону от содержания поставленных вопросов. При ответе на экзамене допускается многообразие мнений. Приветствуется, если студент не читает с листа, а свободно излагает материал, ориентируясь на заранее составленный план.

К выступлению выпускника на ГИМЭ предъявляются следующие требования:

- ответ должен строго соответствовать объему вопросов билета;
- ответ должен полностью исчерпывать содержание вопросов билета;
- ответ должен соответствовать определенному плану, который рекомендуется огласить в начале выступления;
- выступление на ГИМЭ должно соответствовать нормам и правилам публичной речи, быть четким, обоснованным, логичным.

Во время ответа на поставленные вопросы надо быть готовым к дополнительным или уточняющим вопросам. Дополнительные вопросы задаются членами государственной комиссии в рамках билета и связаны, как правило, с неполным ответом. Уточняющие вопросы задаются, чтобы конкретизировать мысли студента. Полный ответ на уточняющие вопросы лишь усиливает эффект общего ответа студента.

Итоговая оценка знаний предполагает дифференцированный подход к студенту, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных теоретических положений, понятий и категорий. Оценивается так же культура речи, грамотное комментирование, приведение примеров, умение связывать теорию с практикой, творчески применять знания к неординарным ситуациям, излагать материал доказательно, полемизировать там, где это необходимо.

8. Выпускная квалификационная работа (ВКР) для выпускников-медиков не предусмотрена.

9. Образовательные, научно-исследовательские и научно-производственные технологии, используемые при подготовке к ГИА

Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение знаний и способов действий, преподаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Чтение лекций предусматривает использование мультимедийного оборудования. Проведение практических занятий с применением таблиц и наглядных пособий. Занятия начинаются с вводной лекции, в которой следует разъяснить цели и задачи данной дисциплины; объявить требования к выполнению текущего и итогового контроля знаний;

Инновационные образовательные технологии - занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач.

Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видеоматериалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.

10. Материально-техническое обеспечение ГИА

Материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации

Таблица 7.

Наименование оборудованных учебных кабинетов	Адрес (местоположение) учебных кабинетов
<p>Специальные помещения:</p> <p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, текущего контроля и промежуточной аттестации и др. на 112 рабочих мест, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья, доска аудиторная, интерактивная доска); набором демонстрационного оборудования для представления информации: мультимедиа-проектор, компьютер</p> <p>Отделения базовых лечебно-профилактических учреждений города Бишкек.</p> <p>Компьютерный класс (учебная аудитория) для групповых и индивидуальных консультаций, для проведения курсового проектирования (выполнения курсовых работ), организации самостоятельной работы, в том числе, научно-исследовательской, <u>оборудованная учебной мебелью на 14 посадочных мест, компьютерами с неограниченным доступом к сети Интернет, включая доступ к ЭБС</u></p>	<p>ауд. 4.4 корп. 9</p> <p>Национальный Центр Кардиологии и Терапии, административный корпус, ул. Т. Молдо 3.</p> <p>Национальный Госпиталь МЗ КР, хирургический корпус (клиника им. Ахунбаева), ул. Т.Молдо 1а. Городской клинический родильный дом №2, ул. Московская 252</p>

11. Сведения о внесённых изменениях на текущий учебный год

Учебный год	Решение кафедры (№ протокола, дата протокола)	Внесённые изменения
2019-2020 уч.г.	Протокол заседания кафедры ТД№2 №6 от 11.01.2020г.	Переработан банк тестов по внутренним болезням и поликлинической терапии
2020-2021 уч.г.	Протокол заседания УМПК от 22.01.21г. №2.	Переработан банк тестов; Изменена структура экзаменационного билета: исключен педиатрический вопрос, вместо него включены междисциплинарные ситуационные задачи.
2022-2023	Протокол заседания УМПК №3 от 10.02.23г.	Переработан банк тестов по внутренним болезням и поликлинической терапии в объеме 10%.

ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМУ ЭКЗАМЕНУ.

ВОПРОСЫ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

1. Анатомо-физиологические особенности половой системы женщин в разные периоды жизни
2. Оплодотворение. Развитие плодного яйца. Эмбриогенез. Критические периоды эмбрио и фетогенеза.
3. Плацента. Стадии формирования плаценты. Функции плаценты. Методы оценки маточно-плацентарного кровотока.
4. Физиологическая беременность. Продолжительность. Определение гестационного срока беременности и родов. Признаки беременности. Течение беременности в под-ростковом периоде.
5. Физиологические изменения в организме при беременности. Особенности течения бе-ременности у подростков.
6. Методы исследования в акушерстве. Диагностика ранних и поздних сроков беремен-ности.
7. Современные методы оценки состояния плода
8. Признаки зрелого плода. Критерии живорождения. Оценка состояния новорожденного по шкале Apgar, Ballard, по матрице «BABIES».
9. Плод как объект родов. Состояние плода на различных этапах гестационного периода. Размеры головки плода.
10. Антенатальная охрана плода. Определение, понятия. Роль современных технологий.
11. Пренатальная диагностика патологических состояний плода. Медико-генетическое консультирование.
12. Течение и ведение беременности по триместрам её развития. Профилактика осложне-ний.
13. Критические периоды эмбрио и фетогенеза. Профилактика в группах риска.
14. Специальное акушерское обследование. Наружное акушерское обследование. Приемы. Интерпретация данных.
15. Акушерское влагалищное исследование. Показания условия. Техника проведения. Ин-терпретация данных.
16. Таз с акушерской точки зрения. Формирование таза в пубертатный период. Размеры. Плоскости.
17. Прегравидарная подготовка. Показания.
18. Диспансерное наблюдение беременных по триместрам.
19. Методы диагностики готовности организма к родам.
20. 3. Определение «зрелости» шейки матки
21. Течение физиологических родов. Продолжительность. Фазы.
22. Современные принципы ведения физиологических родов. Партнерские роды.
23. Методы оценки активности и эффективности родовой деятельности. Партограмма.
24. Дифференциальная диагностика головных и тазовых предлежание плода.
25. Течение и ведение послеродового периода. Инволюция систем и органов.
26. Течение и ведение третьего периода родов. Профилактика кровотечений.
27. Поддержка и поощрение грудного вскармливания. Совместное пребывание матери и ребенка. Преимущества этих технологий.

28. Современные методы оценки состояния внутриутробного плода.
29. Клиническое течение и ведение периода раскрытия. Обезболивание родов.
30. Клиническое течение и ведение периода изгнания. Вертикальные роды, преимущества и недостатки.
31. Механизма отделения плаценты, течение и ведение послеродового периода.
32. Послеродовый гемостаз. Классификация послеродового периода.. Принципы ухода за родильницей, режим и диета.
33. Факторы риска в послеродовом периоде. Своевременное их выявление и устранение. Опасные признаки. Наблюдение семейного врача.
34. Критерии инволюции и субинволюции матки в послеродовом периоде
Алгоритм наблюдения за родильницей.
35. Механизма становления лактации. Преимущества грудного вскармливания.
36. Совместное пребывание матери и плода. Уход за новорожденным. Грудное вскармливание.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

37. Гипертензивные нарушения беременности. Классификация. Диагностика основных клинических форм. Влияние на внутриутробное состояние плода.
38. Факторы риска гипертензивных нарушений. Роль женской консультации семейного врача в профилактике гипертензивных нарушений.
39. Эклампсия. Клиника. Дифференциальная диагностика. Первая помощь. Лечение. Тактика ведения.
40. Преэклампсия тяжелой степени. Патогенез. Клиника. Течение. Тактика ведения.
41. Гестационная гипертензия, критерии диагностики, обследование, тактика ведения в условиях ПМСП, показания для госпитализации.
42. Преэклампсия легкой степени, критерии диагностики, обследование, тактика ведения.
43. Особенности течения беременности и родов, и послеродового периода при гипертензивных нарушениях
44. Показания к досрочному родоразрешению при гипертензивных нарушениях. Методы родоразрешения.
45. Аборт. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Реабилитация.
46. Современные методы прерывания беременности поздних сроков. Показания. Противопоказания. Обезболивание. Профилактика осложнений.
47. Гипертоническая болезнь и беременность. Ведение беременности и родов, принципы фармакотерапии при беременности.
48. Беременность и пороки сердца. Показания к прерыванию беременности при пороках сердца. Современные технологии ведения беременности и родов. Этапность оказания помощи.
49. Бессимптомная бактериурия. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
50. Гломерулонефрит и беременность. Формы. Факторы риска. Осложнения. Тактика ведения беременности. Терапия.
51. Пиелонефриты при беременности. Классификация. Клиника. Обследование. Лекарственная терапия во время беременности.
52. Методы обследования беременных с патологией почек, дифференциальный диагноз хронического пиелонефрита, гломерулонефрита, мочекаменной болезни.
53. Наблюдение беременных с хроническими заболеваниями почек в амбулаторных условиях, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

54. Гепатиты и беременность. Особенности течения вирусного гепатита во время беременности. Желтуха и беременность.
55. Синдром приобретенного иммунодефицита. Диагностика ВИЧ инфекции во время беременности. Тактика ведения беременности и родов.
56. Привычные потери беременности. Причины. Алгоритм обследования.
57. Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика. Методы определения. Акушерская тактика.
58. Преждевременные роды. Причина. Классификация. Характеристика недоношенного ребенка. Особенности адаптации недоношенного новорожденного. Уход.
59. Многоплодная беременность. Диагностика. Осложнения беременности и родов.
60. . Фето-плацентарная недостаточность. Причины. Диагностика. Исход для плода. Акушерская тактика.
61. Задержка внутриутробного развития плода. Причины. Диагностика. Исход для плода.
62. Внутриутробная гипоксия плода. Причины. Классификация. Влияние на состояние плода. Тактика ведения.
63. Тазовые предлежания плода. Диагностика. Исход и осложнения для плода и новорожденного. Особенности адаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде.
64. Заболевания щитовидной железы и беременность. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности. Физиология развития щитовидной железы плода и новорожденного.
65. Сахарный диабет и беременность. Гестационный диабет. Осложнения для матери и плода. Диабетическая фетопатия, особенности ведения раннего неонатального периода.
66. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода (резус-конфликт, несовместимость по системе АВО и другим факторам). Патогенез. Клиника. Диагностика. Терапия и профилактика (специфическая и неспецифическая).
67. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика. Терапия.
68. Течение беременности и родов при перенашивании. Влияние перенашивания на плод. Диагностика перенашивания. Профилактика и терапия осложнений, связанных с перенашиванием.
69. Клинико- диагностические критерии перенашивания беременности. Методы индукции родов.
70. Внутриутробные инфекции (бактериальные, хламидиоз, герпес, цитомегаловирус, грипп, краснуха и др.). Антенатальная диагностика. Влияние на плод и новорожденного.
71. Предлежание плаценты. Причины. Классификация. Диагностика. Акушерская тактика. Осложнение для плода, исход для новорожденного.
72. ПОНРП. Причины. Клиника. Акушерская тактика. Исход для плода.
73. Дифференциальный диагноз ПП и ПОНРП.
74. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Дискоординация родовой деятельности. Влияние аномалий родовой деятельности на состояние плода и новорожденного.
75. Асфиксия новорожденного. Причины. Классификация. Диагностика. Меры реанимации. Особенности ухода в раннем неонатальном периоде.
76. Узкий таз. Диагностика. Классификация. Факторы, влияющие на формирование анатомически узкого таза. Осложнения для матери и плода.
77. Цефалопельвиодиспропорция, обструкция родов, причины, диагностика.
78. Неправильные предлежания плода, причины, диагностика, осложнения. тактика.

79. Родовая травма новорожденного. Кефалогематома. Внутрочерепные кровоизлияния. Переломы ключицы и конечностей. Уход за новорожденными, перенесшими родовую травму и лечение их.
80. Разрывы матки. Причины. Классификация. Акушерская тактика.
81. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Причины. Методы оценки кровопотери. Алгоритм действий.
82. Гипотонические кровотечения. Причины. Акушерская тактика. Консервативные методы остановки кровотечения. Показания для операции.
83. Показания к хирургическому лечению при гипотонических маточных кровотечениях. Алгоритм действий врача. Возможность выполнения органосохраняющих операций.
84. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Классификация. Этиология. Патогенез. Группы риска. Профилактика.
85. Беременность и роды у женщины с рубцом на матке. Оценка состояния рубца.
86. Тазовые предлежания плода. Классификация. Диагностика. Тактика ведения.
87. Оценка готовности организма беременной женщины к родам. Степени зрелости шейки матки.
88. Аномалия положения плода. Причины. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов.
89. Угрожающее состояние плода. Причины, клиника, диагностика. Тактика
90. Задержка внутриутробного развития плода. Причины. Диагностика. Исход для плода.
91. Физиологические изменения в мочевыводящей системе при беременности.
92. HELLP-синдром. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
93. Аномалии развития плода. Этиология, диагностика, тактика ведения беременности и родов. Способы родоразрешения.
94. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости и беременность.
95. Туберкулёз лёгких и беременность. Клиника. Диагностика. Особенности ведения беременности и родов.
96. Рак шейки матки и беременность. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
97. Вспомогательные репродуктивные технологии. Течение беременности и родов после ЭКО.
98. Внутриутробные инфекции. Понятие TORCH инфекции. Особенности диагностики во время беременности.
99. Папиллома вирусная инфекция и беременность. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности ведения беременности и родов.
100. ЦМВ инфекция и беременность. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности ведения беременности и родов.
101. Привычные потери беременности. Причины. Алгоритм обследования.
102. Привычные потери беременности в I триместре, классификация в зависимости от стадии, клиника.
103. Неразвивающаяся беременность, причины, диагностика, тактика
104. Маловодие, причины, диагностика, тактика, осложнения.
105. Многоплодие, классификация, диагностика, специфические осложнения, тактика.
106. Рубец на матке, течение и ведение беременности.
107. Преждевременный разрыв плодных оболочек, причины, диагностика, тактика ведения.
108. Послеродовый эндометрит, причины, диагностика, тактика
109. Инфицированный аборт. Этиология, клиника, лечение, профилактика.

110. Инфекция плодных оболочек и плаценты (амнионит, хориоамнионит, плацентит). Этиология, клиника, диагностика, лечение. Ведение родов и послеродового периода.
111. Лактационный мастит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
112. Акушерский перитонит, причины, патогенез, клиника, тактика.
113. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.
114. Врожденные пороки сердца, классификация, диспансерное наблюдение, противопоказания для пролонгирования беременности.
115. Транзиторные состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде.
116. Операции в последовом и раннем послеродовом периоде: ручное отделение плаценты и выделение последа, ручное обследование стенок полости матки. Показания, техника обезболивания и исходы этих операций.
117. «Острый живот» у беременных (острая хирургическая патология); острый аппендицит, кишечная непроходимость, острый холецистит, острый панкреатит.

КОНСЕРВАТИВНАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

118. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Диагностика.
119. Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов. Вульвит. Кольпит. Клиника. Лечение.
120. Воспалительные заболевания тазовой клетчатки и брюшины. Современные аспекты этиологии. Патогенез. Клиника. Диагностика.
121. Воспалительные заболевания органов малого таза. Сальпингиты. Оофориты. Причины, клиника. Современные принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
122. Гонорея половых органов. Классификация. Гонорея нижних отделов половых органов. Клиника. Диагностика. Лечение.
123. Хламидиоз половых органов. Клиническое течение. Диагностика. Лечение вне и во время беременности.
124. Бактериальный вагиноз. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
125. Трихомониаз. Этиология. Патогенез. Клиническое течение. Диагностика. Лечение.
126. Классификация нарушений менструальной функции.
127. Ановуляторный цикл. Диагностика. Тесты функциональной диагностики.
128. Маточные кровотечения в пременопаузальном возрасте. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Тактика. Лечение.
129. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация. Дифференциальная диагностика.
130. Ювенильные (пубертатные) маточные кровотечения. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.
131. Классификация нарушений менструальной функции по ВОЗ (МКБ-10) и дисфункциональных маточных кровотечений, частота, этиология, патогенез.
132. Методы диагностики и дифференциальной диагностики дисфункциональных маточных кровотечений

133. Операция раздельное лечебно-диагностическое выскабливание стенок цервикального канала и полости матки. Показание, условия, инструменты. Техника. Альтернативные методы.
134. Пельвиоперитонит. Формы. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
135. Перитонит после кесарева сечения. Классификация, , диагностика, лечение.
136. Острый живот при воспалительных заболеваниях половых органов. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Объем операции.
137. Воспалительные заболевания половых органов у девочек. Особенности клинического течения. Диагностика, лечение, реабилитация.
138. Патологический климакс. Классификация климактерических расстройств.
139. Климактерический период Менопауза. Характеристика. Заместительная гормональная терапия. Показания Противопоказания. Условия.
140. Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде. Диагностика, Тактика ведения
141. Постменопаузальный остеопороз. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика ведения
142. Задержка полового развития. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
143. Преждевременное половое развитие. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
144. Физиологические особенности развития детского организма. Методы обследования детей: общие, специальные и дополнительные. Медицинская этика.
145. Альгодисменорея. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
146. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки
147. Травмы половых органов девочек. Причины, виды. Диагностика, лечение
148. Аменорея. Определение. Классификация. Маточная форма. Причины. Диагностика. Пробы.
149. Яичниковая форма аменореи. Причины. Обследования. Пробы.
150. Гипофизарные формы аменореи. Гипогонадотропный гипогонадизм. Формы. Обследование. Лечение.
151. Аменорея после потери массы тела. Клиника. Диагностика. Тактика. Лечение.
152. Гипоталамические формы аменореи. Причины. Клиника.
153. Аменореи психогенные (ЦНС). Формы. Причины. Тактика ведения.
154. Вторичная аменорея. Синдром резистентных яичников
155. Заместительная гормональная терапия. Основные принципы показания к назначению заместительной гормонотерапии. Препараты, используемые для ЗГТ. Пути введения.
156. Предменструальный синдром. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
157. Внематочная беременность. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Тактика.
158. Апоплексия яичника. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика
159. Перекрут ножки кистомы. Клиника. Диагностика. Лечение и реабилитация.
160. Пиовариум. Пиосальпинкс. Клиника, диагностика, тактика
161. Эндометриоз придатков. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
162. Аденомиоз. Клиника. Современные методы терапии.
163. Ретроцервикальный эндометриоз. Современные методы терапии. Хирургические вмешательства. Условия. Объем.

164. Общие принципы лечения эндометриоза. Терапия отдельных форм.
165. Доброкачественные опухоли яичника. Классификация. Эпителиальные опухоли яичников.
166. Доброкачественные опухоли яичника. Классификация. Муцинозные опухоли яичников.
167. Ретенционные новообразования яичников. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
168. Гормонопродуцирующие опухоли яичников. Клиника. Диагностика. Лечение больных.
169. Лейомиома матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
170. Современные технологии лечения и диспансеризации больных миомой матки.
171. Трофобластическая болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация.
172. Острый живот в гинекологии при кровотечении в брюшную полость. Источники и причины кровотечений. Клиника. Диагностика. Лечение.
173. Острый живот при нарушениях кровоснабжения органов малого таза. Причины. Клиника. Диагностика. Техника и объем операции.
174. Предраковые заболевания шейки матки. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
175. Рак шейки матки и беременность. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
176. Методы прерывания беременности в первом триместре. Мануальная вакуумная аспирация. Условия. Техника.
177. Современные методы прерывания беременности поздних сроков. Показания. Противопоказания. Обезболивание. Профилактика осложнений.
178. Бесплодный брак. Определение, виды. Факторы риска. Алгоритм обследования супружеской пары. Интерпретация данных.
179. Диагностическое выскабливание слизистой полости матки. Показания. Альтернативные методы.
180. Вирусные заболевания половых органов. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
181. Туберкулез половых органов у женщин. Клиника, диагностика, лечение профилактика.
182. Гиперпролактинемия. Клиническая картина. Диагностика. Гормональные пробы.
183. Гормонпродуцирующие опухоли яичников.
184. Доброкачественные опухоли яичников. Эпителиальные опухоли. Дифференциальная диагностика. Тактика. Лечение в зависимости от возраста.
185. Эндокринное бесплодие. Формы. Диагностика. Лечение.
186. Трубноперитонеальные факторы бесплодия. Клиника. Диагностика.
187. Алгоритм обследования супружеской пары при бесплодном браке.
188. Гиперпластические процессы эндометрия. Классификация. Причины. Диагностика. Лечение.
189. Репродуктивное здоровье. Понятие. Характеристика. Репродуктивный выбор. Планирование семьи. Современные методы контрацепции.
190. Материнская смертность. Определение. Показатели. Основные причины, структура причин материнской смертности в России, Кыргызской республике. Пути снижения.
191. Методы контрацепции: гормональная контрацепция (КОК, мини-пили, инъекционные контрацептивы, норплант), химические, механические, внутриматочные средства (ВМС), стерилизация.

192. Классификация методов контрацепции. Барьерные методы контрацепции. Показания. Недостатки.
193. Естественный метод планирования семьи.
194. Гормональная контрацепция. Классификация. Показания и противопоказания к назначению оральных контрацептивов. Механизм действия. Подходы к выбору и назначению гормональных контрацептивов.
195. Послеродовая контрацепция. Метод лактационной аменореи. Основы консультирования
196. Чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы: Депо-Провера, нористерат. Достоинства. Недостатки.
197. Контрацепция подростков. Экстренная контрацепция.
198. Релизинговая система «Мирена», механизм действия. Показания и использование.
199. Гиперпластические процессы эндометрия. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
200. Классификация и характеристика аномалий положения половых органов женщины. Причины возникновения.
201. Методы обследования в акушерстве: клинические, инструментальные.
202. Менструальный цикл: уровни регуляции, критерии нормального менструального цикла.
203. Физиологические роды: механизм возникновения и регуляция родовой деятельности, доминанта родов. Ведение I, II, III периода родов.
204. Тазовые предлежания плода: определение, классификация, причины, диагностика. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
205. Тазовые предлежания плода: особенности ведения беременности и родов. Акушерские пособия. Осложнения.
206. Многоплодная беременность: определение, причины, классификация, диагностика, осложнения. Ведение родов. Показания к оперативному родоразрешению.
207. Гипертензивные нарушения беременности: этиопатогенез, классификация.
208. Преэклампсия: классификация, диагностические критерии, тактика ведения беременности, профилактика судорог, методы родоразрешения.
209. Эклампсия: классификация, фазы эклампсического приступа, тактика, методы родоразрешения, осложнения.
210. HELLP- синдром: определение, классификация, диагностика, лечение, осложнения, методы родоразрешения.
211. Плацентарная недостаточность: определение, этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение, методы родоразрешения, осложнения, профилактика.
212. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных: показания, основные шаги.
213. Невынашивание беременности: самопроизвольный выкидыш. Причины. Классификация, стадии, диагностика, лечение.
214. Невынашивание беременности: истмико- цервикальная недостаточность. Причины, классификация, диагностика, лечение.
215. Преждевременные роды. Этиопатогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика РДС плода.
216. Перенашивание беременности: определение, диагностика, индукция родов (показания, противопоказания, условия, методы индукции). Показания к оперативному родоразрешению.
217. Аномалии сократительной деятельности матки: классификация по ВОЗ и РФ, причины, патологический прелиминарный период.
218. Аномалии сократительной деятельности матки: слабость родовой деятельности. Классификация, диагностика, лечение. Чрезмерно

219. сильная родовая деятельность. Клиника, диагностика, лечение, осложнения для матери и плода.
220. Аномалии сократительной деятельности матки: дискоординированная родовая деятельность. Классификация, диагностика, лечение, родоразрешение, осложнения для плода и матери, профилактика.
221. Послеродовые кровотечения. Этиология, диагностика, тактика, лечение. Показания к хирургическому вмешательству.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕРАПИИ:

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1. Острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей, этиология, факторы риска, клиника, диагностика, осложнения. Тактика ведения в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Профилактика.
2. Острый тонзиллофарингит, этиология, факторы риска, клиника, диагностика, осложнения. Тактика ведения в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Профилактика.
3. Грипп, этиология, факторы риска, классификация, клиника, алгоритм диагностики гриппоподобных заболеваний в условиях поликлиники. Методы диагностики, лечение. Показания к госпитализации. Первичная профилактика, значение вакцинации.
4. Пневмонии. Определение, этиопатогенез, классификация. Внебольничная пневмония: клиника, критерии диагностики. Выбор места лечения (шкала CRB-65). Принцип выбора антибактериальной терапии, оценка ее эффективности в условиях поликлиники.
5. Амбулаторное ведение больных с внебольничной пневмонией: критерии диагностики. Оценка тяжести пневмонии. Диагностический минимум обследования. Выбор стартовой антибактериальной терапии. Показания к госпитализации. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Профилактика.
6. Плеврит. Определение, этиопатогенез, классификация. Клиника, диагностика. Диагностическая и лечебная плевральная пункция. Дифференциальная диагностика экссудатов и транссудатов. Принципы лечения. Профилактика. Экспертиза ВУТ. Показания к трудоустройству.
7. Хроническая обструктивная болезнь легких. Определение, этиопатогенез, классификация. Клиника, диагностика, осложнения. Показания к госпитализации. ВУТ, критерии ее длительности. Показания к трудоустройству. Показания к установлению групп инвалидности.
8. Амбулаторное ведение больного с хронической обструктивной болезнью легких. Классификация. Лечение в периоды обострения и ремиссии. Вторичная профилактика. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
9. Бронхоэктатическая болезнь. Этиопатогенез, классификация. Амбулаторное ведение больных с бронхоэктатической болезнью: критерии диагноза, факторы риска, лабораторно-инструментальные методы исследования. Показания к госпитализации. Принципы консервативной терапии. Лечебная физкультура при бронхоэктатической болезни.
10. Бронхиальная астма. Определение. Этиология, патогенез, классификация. Возможности диагностики и лечения бронхиальной астмы в условиях поликлиники. Прогноз, профилактика. Высотная климатотерапия бронхиальной астмы.
11. Амбулаторное ведение больных с бронхиальной астмой. Критерии диагностики. Лечение в межприступном периоде, купирование приступа в условиях поликлиники. Показания к госпитализации. Лечение. Физиотерапия и лечебная физкультура в реабилитации больных.
12. Хроническое легочное сердце, этиопатогенез, критерии диагностики и классификация хронического легочного сердца. Амбулаторное ведение больных с хроническим легочным сердцем. Показания к госпитализации. Принципы лечения.

13. Легочные артериальные гипертензии. Механизмы развития первичной и вторичной ЛАГ. Критерии диагностики и тактика лечения. Патогенетическая терапия.
14. Хроническая дыхательная недостаточность. Понятие, классификация. Диагностика и принципы лечения.

Вопросы дифф.диагностики:

15. Дифференциальная диагностика при легочных инфильтратах (пневмония, рак легкого и туберкулез легких).
16. Дифференцированная терапия антибактериальной терапии пневмоний. Принципы назначения антибиотиков. Критерии эффективности.
17. Дифференцированная терапия типичных и атипичных пневмоний в зависимости от возбудителя и степени тяжести.
18. Дифференциальный диагноз при бронхообструктивном синдроме (ХОБЛ, бронхиальная астма, рак бронхов).
19. Дифференцированная терапия бронхообструктивного синдрома.
20. Дифференцированная терапия бронхиальной астмы в зависимости от клинической формы и степени тяжести.

КАРДИОЛОГИЯ

21. Атеросклероз, определение, факторы риска, патогенез. Морфология атеросклеротической бляшки, стабильной и нестабильной. Значение лабораторных, рентгенологических, инструментальных и ангиографических методов исследования в диагностике атеросклероза. Лечение дислипидемии.
22. Коронарная болезнь сердца (КБС). Определение. Актуальность проблемы, социальное значение. Факторы риска ИБС, их значение. Классификация КБС по ВОЗ. Профилактика первичная и вторичная.
23. Факторы риска КБС, их значение, классификация. Диагностические критерии стабильной стенокардии и возможности верификации в поликлинике. Лечение стабильной стенокардии напряжения в условиях поликлиники.
24. КБС. Стабильная стенокардия напряжения, классификация. Критерии диагностики стенокардии. Роль нагрузочных проб в диагностике стенокардии. Инвазивные методы исследования. Амбулаторное ведение больных со стабильной стенокардией напряжения. Роль мониторинга факторов риска КБС. Показания к госпитализации.
25. Нестабильная стенокардия, классификация, критерии диагностики. Реабилитация с использованием немедикаментозных и медикаментозных методов лечения.
26. КБС. Острый инфаркт миокарда: определение, этиопатогенез, клиника, лабораторно-инструментальные методы исследования. Тактика врача терапевта поликлиники при подозрении на ОИМ. Лечебные мероприятия до приезда бригады СМП и госпитализации.
27. Возможности диагностики инфаркта миокарда в условиях поликлиники. Критерии диагностики: типичный болевой синдром, значение ЭКГ - изменений. Принципы ведения в амбулаторных условиях. Виды реабилитаций: медикаментозная, физическая, психологическая, социальная, трудовая.
28. Гипертоническая болезнь. Определение, этиопатогенез, факторы риска, классификация. Клиника. Возможности обследования в поликлинике, роль современных неинвазивных методов обследования: суточное АД-мониторирование, доплер сонных артерий. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.
29. Поражение органов-мишеней при гипертонической болезни. Роль раннего выявления больных гипертонической болезнью. Критерии диагностики. Амбулаторное ведение больных с гипертонической болезнью. Показания к госпитализации.
30. Симптоматические артериальные гипертензии (САГ). Основные симптомы, позволяющие заподозрить САГ. Классификация. Значение 2-х этапной схемы обследования пациента с АГ. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза.

31. Нефрогенная артериальная гипертензия, этиопатогенез, классификация, критерии диагностики и лечения.
32. Феохромоцитома, этиопатогенез, клинические проявления. Диагностические критерии. Значение топоческой диагностики. Тактика лечения.
33. Первичный гиперальдостеронизм. Определение, причины, механизм развития основных синдромов. Клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика. Тактика лечения.
34. Коарктация аорты. Определение, причины, механизм развития артериальной гипертензии. Клиника, диагностика. Тактика ведения.
35. Вазоренальные гипертензии. Причины. Диагностические критерии. Методы инструментальной диагностики. Значение ранней диагностики и принципы лечения.
36. Кардиомиопатии: понятие, классификация. Ведение в амбулаторных условиях: критерии диагностики, показания для госпитализации. Оценка тяжести состояния больного. Возможности лечения.
37. Дилатационная кардиомиопатия, теории развития и патогенез застойной сердечной недостаточности. Клинико-диагностические критерии. Особенности ведения больных с ДКМП.
38. Гипертрофическая кардиомиопатия, этиопатогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
39. Кардиомиопатии: понятие, классификация. Принципы лечения кардиомиопатий. Современные возможности диагностики.
40. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез. Классификация.
41. Хроническая сердечная недостаточность: клиническая и объективная симптоматика левожелудочковой сердечной недостаточности. Диагностика. Принципы лечения. Роль обучения пациентов: ведение дневника самоконтроля. Профилактика.
42. Хроническая сердечная недостаточность: клиническая и объективная симптоматика правожелудочковой сердечной недостаточности. Диагностика. Принципы лечения. Роль обучения пациентов: ведение дневника самоконтроля. Профилактика.
43. Амбулаторное ведение больных с хронической сердечной недостаточностью. Клиническая симптоматика. Показания к госпитализации.
44. Хроническая сердечная недостаточность: возможности диагностики в амбулаторных условиях. Принципы лечения.
45. Основные группы лекарственных средств, используемых в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН). Инвазивные методы лечения ХСН.
46. Аритмии, обусловленные нарушением возбудимости. Классификация. Клиника, методы диагностики.
47. Экстрасистолия, определение, механизм развития, классификация желудочковых экстрасистол. Клинические проявления. ЭКГ-признаки. Особенности врачебной тактики, показания к назначению антиаритмических препаратов. Показания к госпитализации.
48. Пароксизмальные тахикардии. Механизм развития. Классификация. Клиническая картина, ЭКГ-признаки. Медикаментозная терапия во время приступа наджелудочковой пароксизмальной тахикардии. Показания к электроимпульсной терапии. Профилактика приступов. Прогноз.
49. Пароксизмальные тахикардии. Механизм развития. Классификация. Клиническая картина, ЭКГ-признаки. Медикаментозная терапия во время приступа желудочковой пароксизмальной тахикардии. Показания к электроимпульсной терапии. Профилактика приступов. Прогноз.
50. Мерцание и трепетание предсердий. Определение, механизм развития, классификация. Клинические проявления, ЭКГ-признаки. Лечение пароксизмальной формы мерцательной аритмии. Показания к электроимпульсной терапии.

51. Мерцание и трепетание предсердий. Определение, механизм развития, классификация. Клинические проявления, ЭКГ-признаки. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии.
52. Мерцание и трепетание предсердий. Классификация. Клиника, ЭКГ-признаки. Ведение больных после восстановления ритма. Профилактика рецидивов мерцательной аритмии. Трудовая экспертиза. Прогноз.
53. Трепетание и фибрилляция желудочков. Определение, механизм развития. Клиника, ЭКГ-признаки. Тактика врача поликлиники при фибрилляции желудочков.
54. Асистолия. Клиника и ЭКГ-признаки. Тактика врача поликлиники при асистолии.
55. Аритмии, обусловленные нарушением проводимости. Классификация. Тактика обследования и лечения. Показания к имплантации искусственного водителя ритма.
56. Полная АВ-блокада. Клиника. Тактика обследования и лечения.
57. Приступы Морганьи-Эдемса-Стокса. Клиника. Тактика обследования и лечения.
58. Лечение при нарушениях проводимости в сердце. Врачебная тактика при остро возникших нарушениях проводимости. Показания к временной кардиостимуляции.
59. Терапия хронических нарушений проводимости. Показания к имплантации кардиостимуляторов. Трудовая экспертиза. Прогноз.
60. Метаболический синдром. Основные компоненты синдрома. Методы ведения и лечения. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

Вопросы дифф.диагностики:

61. Дифференциальная диагностика кардиалгий. Возможности ЭКГ, нагрузочных тестов в дифференциации болей.
62. Коронарогенные и некоронарогенные боли, обусловленные заболеванием сердечной мышцы. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
63. Коронарогенные и некоронарогенные боли, обусловленные заболеванием перикарда. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
64. Коронарогенные и некоронарогенные боли, обусловленные заболеванием эндокарда. Дифференциальная диагностика и тактика ведения.
65. Дифференциальный диагноз типичного болевого синдрома в сердце и торакалгий. Тактика обследования и ведения.
66. Дифференциальная диагностика артериальных гипертензий (эссенциальная и нефрогенная гипертензии) и их дифференцированная терапия.
67. Дифференциальная диагностика нефрогенной и вазоренальной гипертензий. Диагностические критерии и тактика ведения.
68. Дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома и особенности их ведения.
69. Острый коронарный синдром, определение. Тактика ведения и лечения.
70. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при желудочковых аритмиях.
71. Врачебная тактика и дифференциальный диагноз при брадикардиях.
72. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при фибрилляции предсердий.
73. Дифференциальная диагностика лево- и правожелудочковой сердечной недостаточности.

РЕВМАТОЛОГИЯ

74. Острая ревматическая лихорадка. Определение. Этиология, патогенез морфологических изменений. Клиника, диагностические критерии. Лечение, прогноз.
75. Классификация острой ревматической лихорадки. Большие и малые критерии Джонса. Методы диагностики. Принципы лечения. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки. Прогноз.
76. Амбулаторное ведение больных с острой ревматической лихорадкой. Критерии диагноза. Показания к госпитализации. Принципы лечения. Вторичная профилактика.

77. Профилактика острой ревматической лихорадки. Санация очагов инфекции. Диспансерное наблюдение.
78. Недостаточность митрального клапана: этиология, патогенез гемодинамических нарушений. Клиника, лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения, профилактика.
79. Стеноз левого АВ-отверстия: этиология, патогенез гемодинамических нарушений. Клиника, лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения, профилактика.
80. Недостаточность аортального клапана: этиология, патогенез гемодинамических нарушений. Клиника, лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения, профилактика.
81. Стеноз устья аорты: этиология, патогенез гемодинамических нарушений. Клиника, лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения, профилактика.
82. Амбулаторное ведение больных с приобретенными пороками сердца: прямые аускультативные и косвенные признаки митральных пороков. Возможности диагностики. Показания к госпитализации. Тактика ведения. Профилактика.
83. Амбулаторное ведение больных с приобретенными пороками сердца: прямые аускультативные и косвенные признаки аортальных пороков. Возможности диагностики. Показания к госпитализации. Тактика ведения. Профилактика.
84. Врожденные пороки сердца, причины, основные патогенетические механизмы. Классификация. Понятие о «белых» и «синих» пороках сердца. Первичная профилактика врожденных пороков сердца.
85. Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки. Патогенез нарушений гемодинамики. Ведение в амбулаторных условиях: критерии диагностики, показания для госпитализации. Оценка тяжести состояния больного. Возможности лечения. Реабилитация.
86. Врожденный порок сердца: дефект межжелудочковой перегородки. Патогенез нарушений гемодинамики. Ведение в амбулаторных условиях: критерии диагностики, показания для госпитализации. Оценка тяжести состояния больного. Возможности лечения. Реабилитация.
87. Врожденный порок сердца: открытый артериальный проток. Патогенез нарушений гемодинамики. Ведение в амбулаторных условиях: критерии диагностики, показания для госпитализации. Оценка тяжести состояния больного. Возможности лечения. Реабилитация.
88. Инфекционный миокардит. Этиология, патогенез, классификация, диагностические критерии, течение. Амбулаторное ведение больных с инфекционным миокардитом. Показания к госпитализации. Наблюдение и вторичная профилактика осложнений.
89. Принципы лечения инфекционного миокардита. Прогноз. Исходы. Трудовая экспертиза.
90. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика. Принципы лечения. Осложнения. Роль группы риска для развития инфекционного эндокардита.
91. Инфекционный эндокардит. Клинические «маски» болезни. Диагностические критерии. Течение и исходы. Прогноз.
92. Лечение инфекционного эндокардита: выбор антибактериальной терапии, длительность терапии, показания к хирургическому лечению. Профилактика (первичная и вторичная). Диспансеризация.
93. Перикардит. Определение и этиология. Особенности патофизиологического процесса воспаления перикарда. Ведение в амбулаторных условиях: критерии диагностики, показания для госпитализации. Принципы лечения.
94. Ревматоидный артрит. Определение. Этиология, факторы риска. Патогенез. Классификация. Особенности суставного синдрома. Лабораторно-инструментальная диагностика.
95. Принципы лечения ревматоидного артрита. Значение физиотерапии и лечебной физкультуры в реабилитации больных ревматоидным артритом.

96. Амбулаторное ведение больных с ревматоидным артритом: критерии диагноза. Возможности диагностики и лечения. Показания к госпитализации. Первичная и вторичная профилактика.
97. Системная красная волчанка. Определение. Этиология, патогенез аутоиммунных нарушений. Классификация, течение. Клиника, лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения. Прогноз.
98. Амбулаторное ведение больных с системной красной волчанкой. Критерии диагноза. Показания к госпитализации. Принципы ведения и лечения.
99. Остеоартроз, причины и механизм развития. Факторы риска. Особенности клиники суставного синдрома. Диагностика и принципы лечения.
100. Возможности диагностики и лечения остеоартитов в амбулаторных условиях. Первичная и вторичная профилактика.
101. Системная склеродермия. Определение. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения.
102. Дерматомиозит. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы лечения.
103. Амбулаторное ведение больных с диффузными заболеваниями соединительной ткани. Критерии диагноза СКВ, системной склеродермии. Показания к госпитализации. Принципы лечения.
104. Подагра. Определение. Этиология и патогенез. Клиническая картина: острый подагрический артрит, диагностика, лечение в амбулаторных условиях. Показания к госпитализации.
105. Подагра. Клиника хронического подагрического артрита. Поражение почек при подагре. Лечение подагры в период ремиссии. Профилактика.
106. Понятие о системных васкулитах. Классификация. Клинические формы. Принципы диагностики и ведения.
107. Геморрагический васкулит. Патогенез кровоточивости. Клиническая картина, варианты течения заболевания. Течение и исход. Лечение.
108. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу). Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

Вопросы дифф.диагностики

109. Дифференциальный диагноз при систолических шумах (недостаточность митрального клапана, стеноз устья аорты, дефект межпредсердной перегородки).
110. Дифференциальный диагноз систолических шумов (недостаточность митрального клапана, дефект межжелудочковой перегородки, пролапс митрального клапана).
111. Дифференциальная диагностика диастолических шумов (стеноз левого а-в-отверстия, недостаточность аортального клапана, открытый артериальный проток).
112. Дифференциальный диагноз при суставном синдроме (ревматоидный артрит, остеоартрит, подагра).
113. Дифференцированная терапия суставного синдрома при ревматоидном артрите.
114. Дифференцированная терапия суставного синдрома при остеоартрите.
115. Дифференцированная терапия суставного синдрома при подагре.
116. Дифференциальный диагноз диффузных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозиты).
117. Дифференцированная терапия при системной красной волчанке.
118. Дифференцированная терапия при системной склеродермии и дерматомиозитах.
119. Дифференциальная диагностика ревматических и неревматических поражений миокарда (первичное ревматическое поражение сердца, инфекционный эндокардит).
120. Дифференциальный диагноз кардиомегалий (дилатационная кардиомегалия, инфекционный миокардит, выпотной перикардит).

121. Дифференциальный диагноз кардиомегалий (сочетанный митральный порок и дефект межжелудочковой перегородки).

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

122. Хронический гастрит. Определение. Этиология, патогенез. Клиника, методы исследования. Лечение. Первичная и вторичная профилактика хронических гастритов.
123. Амбулаторное ведение больных с хроническим гастритом. Критерии диагностики: клинические, лабораторно-инструментальные методы диагностики. Показания к госпитализации. Профилактика осложнений.
124. Язвенная болезнь желудка. Этиология, патогенез, диагностические критерии. Лечение. Применение физиотерапевтических и курортных факторов в реабилитации больных.
125. Амбулаторное ведение больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Критерии диагноза. Показания к госпитализации. Тактика терапевта поликлиники при возникновении осложнений. Противорецидивная терапия. Вторичная профилактика. Санаторно-курортное лечение.
126. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Факторы риска, этиопатогенез. Клиническая картина, методы диагностики и принципы лечения.
127. Хронические гепатиты: этиология, патогенез. Классификация. Основные синдромы. Принципы лечения. Прогноз.
128. Хронические вирусные гепатиты, особенности клинических проявлений, диагностики и лечения.
129. Цирроз печени. Причины, факторы риска. Патогенез портальной гипертензии и асцита. Классификация. Диагностические критерии. Принципы лечения. Осложнения циррозов печени.
130. Хронический энтерит. Этиология, факторы риска, патогенез. Классификация. Клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
131. Хронический колит. Этиология, факторы риска, патогенез. Классификация. Клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение.
132. Амбулаторное ведение больного с хроническим энтеритом. Значение дисбактериоза. Критерии диагностики. Показания к госпитализации. Лечение, роль диетического питания.
133. Неспецифический язвенный колит. Роль генетических и средовых факторов в развитии болезни. Симптоматика кишечных и внекишечных проявлений. Принципы ведения.
134. Болезнь Крона. Основные этиологические факторы. Клинические проявления: кишечные и внекишечные. Основные принципы лечения.
135. Хронический холецистит. Этиология, факторы риска, патогенез. Диагностические критерии: клинические, объективные, функциональные и инструментальные. Лечение. Применение физиотерапии и лечебной физкультуры.
136. Дискинезия желчевыводящих путей. Принципы развития и клинические проявления. Тактика ведения. Лечение и профилактика.
137. Синдром раздраженной кишки. Понятие, причины. Механизм развития основной симптоматики. Методы лечения.

Вопросы дифф.диагностики:

138. Дифференциальная диагностика при синдроме желудочной диспепсии (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, гастроэзофагорефлюксная болезнь).
139. Дифференцированная терапия синдрома желудочной диспепсии.
140. Дифференциальная диагностика при синдроме кишечной диспепсии (хронический энтерит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона).
141. Дифференциальный диагноз запоров и тактика лечения.

142. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии (хронические гепатиты, цирроз печени).
143. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии (хронические вирусные гепатиты В, С, Д).
144. Дифференциальная диагностика желтух, протекающих с конъюгированной гипербилирубинемией (цирроз печени, холангит, желчно-каменная болезнь) в амбулаторных условиях.
145. Дифференциальный диагноз при асците в амбулаторных условиях.
146. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при болях в эпигастрии в амбулаторных условиях.
147. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при синдроме желудочной диспепсии в амбулаторных условиях.
148. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при диарейном синдроме в амбулаторных условиях.
149. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при болях в правом подреберье в амбулаторных условиях.
150. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при паренхиматозной желтухе в практике терапевта.
151. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при механической желтухе в практике терапевта.
152. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при портальной гипертензии в амбулаторных условиях.
153. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при заболеваниях толстого кишечника (рак, язвенный колит, болезнь Крона).
154. Дифференцированная терапия хронических вирусных гепатитов в практике терапевта.
155. Дифференцированная терапия циррозов печени в практике терапевта.
156. Дифференцированная терапия синдрома портальной гипертензии и асцита при паренхиматозных заболеваниях печени.

НЕФРОЛОГИЯ

157. Острый гломерулонефрит. Определение. Этиология, факторы риска. Патогенез. Классификация. Диагностика. Принципы лечения. Исходы.
158. Амбулаторное ведение больных с острым гломерулонефритом. Критерии диагностики. Показания к госпитализации. Принципы лечения. Прогноз, первичная и вторичная профилактика.
159. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, Клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение, прогноз.
160. Амбулаторное ведение больных с хроническим гломерулонефритом. Критерии диагностики клинических форм болезни. Показания к госпитализации. Профилактика.
161. Хронический пиелонефрит. Определение. Этиология, патогенез, клиника, лабораторно-инструментальные исследования. Исход, лечение, прогноз.
162. Амбулаторное ведение больных с хроническим пиелонефритом. Критерии диагноза. Показания к госпитализации. Принципы ведения. Профилактика.
163. Амилоидоз почек. Причины, патогенез, классификация, клиника, стадии, течение. Исход, лечение.
164. Острая почечная недостаточность. Определение, причины, патогенез. Принципы диагностики и лечения.
165. Хроническая болезнь почек (ХБП). Определение, этиопатогенез. Классификация ХБП по стадиям. Показатели функционального состояния почек. Тактика ведения.

Вопросы дифф.диагноза

166. Дифференциальный диагноз мочевого синдрома с преимущественной протеинурией (острые, хронические гломерулонефриты, диабетическая нефропатия).

167. Дифференциальный диагноз мочевого синдрома с преимущественной протеинурией (хронический гломерулонефрит, гипертоническая нефропатия, застойная почка).
168. Дифференциальный диагноз мочевого синдрома с преимущественной лейкоцитурией (хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь).
169. Дифференциальный диагноз при нефротическом синдроме (хронический гломерулонефрит, диабетическая нефропатия, амилоидоз почек).
170. Дифференциальная диагностика при гематуриях (хронический гломерулонефрит, туберкулез почек, мочекаменная болезнь).
171. Дифференциальный диагноз при гематуриях (острый и хронический гломерулонефриты, мочекаменная болезнь).

ГЕМАТОЛОГИЯ

172. Этиология, патогенез, клиника, классификация железодефицитных анемий. Амбулаторное ведение больных с железодефицитными анемиями, критерии диагноза, показания к госпитализации, лечение.
173. Этиология, патогенез, клиника, классификация В12-дефицитных анемий. Амбулаторное ведение больных с В12-дефицитной анемией, критерии диагностики, показания к госпитализации.
174. Классификация гемолитических анемий, основные диагностические критерии, принципы терапии.
175. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение апластических анемий.
176. Эритремия. Критерии диагноза. Принципы лечения.
177. Гипо- и апластические анемии: этиология, патогенез. Роль аутоиммунного механизма, основные клинические признаки, лабораторная диагностика, критерии диагноза, лечение.
178. Геморрагические васкулиты. Этиопатогенез. Критерии диагноза. Ведение и лечение.
179. Гемолитические анемии. Первичные и приобретенные. Принципы диагностики и лечения.
180. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез, диагностические критерии. Прогноз, лечение.
181. Дифференциальная диагностика наследственных коагулопатий (гемофилия, болезнь Виллебранда и Рандю – Ослера). Основные критерии диагноза.
182. ДВС-синдром, определение, этиопатогенез, клиника, лабораторная диагностика. Диагностика и лечение фазы гиперкоагуляции.
183. Острые лейкозы. Классификация, клиническая картина, диагноз. Прогноз. Основные принципы терапии.
184. Хронический лимфолейкоз. Этиология, патогенез, диагностические критерии. Классификация. Значение биопсии лимфоузла.
185. Миеломная болезнь. Клиническая картина. Лабораторная диагностика. Лечение.
186. Хронический миелолейкоз. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

Ингибиторы тирозинкиназы (иматиниб/гливек, нилотиниб, дазатиниб).

Вопросы дифф.диагноза:

187. Дифференциальный диагноз гемолитических анемий.
188. Дифференциальный диагноз геморрагического васкулита с тромбоцитопенической пурпурой и тромбоцитопатиями.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

189. Факторы риска, этиопатогенез и особенности клинического течения сахарного диабета 1 и 2 типов. Ранняя диагностика сахарного диабета.

190. Микрососудистые осложнения сахарного диабета (нефропатия, ретинопатия, нейропатия). Причины развития, диагностика, профилактика, основные принципы лечения.
191. Основные принципы лечения сахарного диабета 1 типа. Система самоконтроля при СД 1 типа.
192. Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения. Система самоконтроля при СД 2 типа. Диспансеризация, показания к госпитализации.
193. Йододефицитные заболевания, клинические проявления, методы профилактики. Диагностика и лечение эндемического зоба.
194. Болезнь Грейвса. Причины. Патогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики и лечения.
195. Гипотиреоз. Определение. Классификация. Основные клинические симптомы. Принципы диагностики и лечения.
196. Болезнь и синдром Кушинга. Причины. Клиническая симптоматика. Диагностика и тактика ведения.
197. Метаболический синдром. Понятие об инсулинрезистентности. Роль в сердечно-сосудистом континууме.
198. Ожирение. Классификация, эпидемиология, этиопатогенез, клинические проявления, профилактика. Современные подходы к лечению.

Вопросы дифф.диагноза:

199. Дифференциальный диагноз при синдроме гипергликемии и глюкозурии (сахарный диабет 1 и 2 типов).
200. Дифференциальный диагноз синдрома гипотиреоза (первичный и вторичный гипотиреоз). Ведение больных на амбулаторном уровне. Показания к госпитализации.
201. Дифференциальный диагноз синдрома тиреотоксикоза (болезнь Грейвса, подострый тиреоидит, медикаментозный тиреотоксикоз). Ведение больных на амбулаторном уровне. Показания к госпитализации.
202. Синдром гиперкортицизма (болезнь и синдром Иценко-Кушинга), диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
203. Дифференциальный диагноз различных типов ожирения. Патогенез, клиника, классификация, диагностика.
204. Синдром гипокортицизма (первичная хроническая недостаточность коры надпочечников). Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ

I. Общая хирургия

1. Абсцесс. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.
2. Анаэробная инфекция, общая характеристика. Газовая гангрена. этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, баротерапия, профилактика.
3. Антисептика, определение, ее значение в хирургии, виды (механическая, физическая, химическая, биологическая, смешанная).
4. Асептика, определение, ее значение в хирургии. Источники инфекции и пути ее распространения в хирургии.
5. Временные методы остановки кровотечения.
6. Вторичная хирургическая обработка ран. Виды швов, показания к их применению.
7. Гангрены. Причины и условия развития, виды, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
8. Гемоторакс. Определение, виды, причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Первая медицинская помощь.
9. Закрытые повреждения грудной клетки и ее органов. Сотрясение грудной клетки, клиника, лечение. Ушиб грудной клетки, клиника, лечение.

10. Закрытые повреждения органов брюшной полости. Повреждение паренхиматозных органов, полых органов, поджелудочной железы, почек, мочевого пузыря. Причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Первая медицинская помощь.

11. Карбункул. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.

12. Клиника и диагностика наружных, внутренних, скрытых кровотечений. Осложнения кровотечений.

13. Кровоостанавливающий жгут, правила наложения, ошибки и опасности при наложении жгута.

14. Кровотечение – определение, классификация (анатомическая, по причине, по клиническим проявлениям, по времени).

15. Лечение гнойных ран в зависимости от фазы течения раневого процесса.

16. Лечение ожогов, методы. Первая медицинская помощь при различных видах ожогов.

17. Лечение свежих ран. Первичная хирургическая обработка ран.

18. Общая гнойная инфекция (сепсис). Определение, классификация (по возбудителю, по источнику, по локализации первичного очага, по клинической картине, по клинико-анатомическим признакам, по времени развития, по характеру реакции организма). Этиология, патогенез (септицемия, септикопиемия).

19. Ожоги. Определение, классификация (по причине, по глубине поражения), методы определения площади ожога, клиника. Общие и местные нарушения (ожоговый шок, токсемия, инфекция) и осложнения при ожогах.

20. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

21. Отморожения. Определение, предрасполагающие факторы, классификация (по степени), общие и местные нарушения, периоды течения и клиника, профилактика, осложнения.

22. Панариции. Определение, этиология, классификация, патогенез, клиника, лечение.

23. Пневмоторакс. Определение, виды, причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Первая медицинская помощь. Подкожная эмфизема.

24. Пролежни. Причины и условия развития, патогенез, клиника, лечение. Профилактика пролежней.

25. Раны. Определение, классификация (по характеру повреждения тканей, по причине повреждения, по инфицированности, по отношению к полостям тела), особенности ран в зависимости от ранящего агента.

26. Свищи. Причины и условия развития, виды, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

27. Сепсис. Клиника, диагностика, лечение (воздействие на организм, на микрофлору, на очаг инфекции), осложнения (кровотечения, септический шок, травматическое истощение).

28. Флегмона. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.

29. Фурункул. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.

30. Фурункулез. Определение, этиология, патогенез, клиника, лечение.

31. Хронический гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

32. Электротравма. Механизм травмы, влияние электрического тока на организм, клиника, лечение, причины смерти при электротравме. Первая медицинская помощь.

II. Хирургические болезни

1. Альвеококкоз печени. Пути передачи. Характеристика паразита, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.

2. Аппендикулярный инфильтрат. Определение. Клиника, диагностика и лечение.

3. Бедренные грыжи: топография бедренного канала, диагностика, клиника, лечение.

4. Болезни оперированного желудка. Гипогликемический синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

5. Болезни оперированного желудка. Демпин-синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Болезни оперированного желудка. Пептическая язва анастомоза: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
7. Болезни оперированного желудка. Синдром приводящей петли: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Варикозная болезнь. Относительная недостаточность венозных клапанов. Этиология, патогенез, клиника, хирургическое лечение.
9. Виды и принципы реконструктивных и восстановительных операций при облитерирующих заболеваниях артерий. Травма сосудов. Временное протезирование сосудов.
10. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
11. Геморрой: этиология, клиника, диагностика и методы лечения.
12. Диафрагмальные грыжи: этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
13. Дивертикулы пищевода: классификация, клиника, диагностика и лечение.
14. Дивертикулы толстой кишки: клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению и виды операций.
15. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика, лечение.
16. Заворот сигмовидной кишки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
17. Илеофemorальный синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Инвагинация: этиология, клиника, диагностика и лечение.
19. Инородные тела пищевода. Диагностика, лечение.
20. Инциденталомы. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Кисты поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения.
22. Кисты средостения. Классификация. Клиника, диагностика, показания к операции.
23. Клиника рубцового сужения пищевода. Локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение бужированием. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода.
24. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Дифференциальная диагностика, первая врачебная помощь. Консервативное лечение. Методы хирургического лечения.
25. Кровоточащая язва желудка и 12-типерстной кишки. Классификация по тяжести кровотечений. Патогенез нарушений. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
26. Мастит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
27. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
28. Механическая желтуха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Методы операций.
29. Механическая кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.
30. Наружные кишечные свищи: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
31. Осложнения острого аппендицита: классификация, патогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.
32. Острая артериальная тромбоэмболия конечности: этиология, источники и пути миграции артериальных эмболов. Клиника, диагностика.
33. Острая кишечная непроходимость: классификация. Причины возникновения.
34. Острые тромбозы магистральных вен. Этиология, клиника, методы хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии.
35. Острый аппендицит: клиническая картина в зависимости от локализации червеобразного отростка. Диагностика.

36. Острый аппендицит: этиология, патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
37. Острый гнойный плеврит. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
38. Острый панкреатит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Комплексное лечение. Показания к хирургическому лечению.
39. Острый парапроктит: этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.
40. Острый холецистит. Этиология, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
41. Паховая грыжа: топография пахового канала, виды, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
42. Перитонит: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
43. Пилефлебит: определение, клиника, диагностика и лечение.
44. Пневмоторакс. Причины. Формы. Клапанный пневмоторакс: клиника, диагностика и лечение.
45. Повреждения селезенки: этиология, клиника, диагностика, лечение.
46. Полипы прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение.
47. Постхолецистэктомический синдром: классификация, клиника, диагностика, лечение.
48. Прободная язва желудка и 12-типерстной кишки. Классификация прободений, патологическая анатомия. Клиника, стадии развития. Дифференциальная диагностика. Оперативное лечение.
49. Пупочная грыжа. Этиология, клиника, методы хирургического лечения.
50. Ранние осложнения после резекции желудка. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
51. Свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика. Хирургическое лечение.
52. Спаечная болезнь брюшной полости: этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика. Лечение.
53. Толстокишечные свищи. Тактика при низких свищах.
54. Тонкокишечные свищи. Тактика при высоких свищах.
55. Трещина заднего прохода. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
56. Ущемленная грыжа, клиника, диагностика. Виды и механизм ущемления. Принципы лечения ущемленной грыжи.
57. Химические ожоги пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
58. Хирургическая тактика при остром холецистите: показания к экстренной, срочной и ранней (отсроченной) операции.
59. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Методы резекции желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2. Показания и техника.
60. Хронические парапроктиты: классификация, клиника, диагностика, лечение.
61. Хронический аппендицит: Клиника. Диагностика. Лечение.
62. Эхинококкоз легких: клиника, диагностика, хирургическое лечение.
63. Эхинококкоз печени: биологический цикл паразита клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
64. Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, осложненная кровотечением. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
65. Язвенная болезнь желудка. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению.

III Смежные хирургические дисциплины

1. Абсцесс простаты. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.

2. Аденоидные вегетации, хирургическое лечение и послеоперационное ведение.
3. Анафилактический шок. Этиология, патофизиология, клиника, реанимация и интенсивная терапия.
4. Аномалии развития почек. Диагностика, лечение.
5. Аномалии структуры почек – поликистоз. Тактика врача. Диагностика, лечение и профилактика.
6. Антрит и мастоидит. Клиника и методы хирургического лечения, парацентез, антротомия, мастоидотомия.
7. Атрезия пищевода: этиология, патогенез, формы атрезии. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения. Дифференциальная диагностика. Значение ранней диагностики. Тактика врача роддома. Организация транспортировки.
8. Близорукость, клиника, современные методы коррекции, профилактика.
9. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Вирусные заболевания глаз. Аденовирусный конъюнктивит.
11. Воспалительные заболевания миндалин - тонзиллиты. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
12. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология, классификация, клиника, Методы исследования новорожденных с подозрением на врожденную кишечную непроходимость. Рентгенодиагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
13. Врожденная косолапость, этиология, патогенез, клиника и лечение.
14. Вывихи плеча. Виды, диагностика, лечение.
15. Вывихи: определение, классификация, клиника, методы вправления, показания к оперативному лечению.
16. Гематома и абсцесс перегородки носа (клиника, диагностика и лечение).
17. Геморрагический шок. Патофизиология, диагностика, стадии, клиника, реанимация и интенсивная терапия. Инфузионно-трансфузионная терапия в зависимости от стадии геморрагического шока.
18. Герпетический кератит, клиника, диагностика, лечение.
19. Гидронефроз и уретерогидронефроз. Клиника, диагностика и лечение.
20. ДГПЖ. Тактика врача при I и II стадии развития простаты.
21. Дифференциальная диагностика интрамедуллярных и экстрамедуллярных опухолей спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
22. Дифференциальная диагностика между лакунарной ангиной и дифтерией глотки, принципы лечения.
23. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
24. Инородные тела гортани, нижних дыхательных путей и пищевода.
25. Инородные тела уха и верхних дыхательных путей.
26. Кардиогенный шок. Классификация, клиника, реанимация и интенсивная терапия.
27. Катаракта, виды катаракт. Клиника, диагностика и лечение. Реабилитация больных.
28. Классификация катаракт, хирургическое лечение, современные методы коррекции.
29. Классификация переломов дистального отдела бедренной кости. Клиника. Транспортная иммобилизация. Лечение.
30. Коралловидные камни. Клиника, диагностика и лечение.
31. Краевая патология органа зрения: птеригиум, клиника, диагностика, лечение.
32. Кровезаменители. Кристалоиды, коллоиды, дезинтаксикационные растворы и средства для парентерального питания. Показания, техника и осложнения.
33. Лекарственные вещества, применяемые для восстановления сердечной деятельности в процессе сердечно-легочной реанимации. Показания к их применению, дозы, порядок и пути введения.

34. Меланома кожи. Клиника, диагностика. Пути метастазирования при меланоме. Основные методы лечения меланомы кожи. Прогностические факторы при меланоме.
35. Методы интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности: кислородотерапия, гипербарическая оксигенация, чрескожная катетеризация трахеи, лаваж трахеобронхиального дерева, лечебная бронхоскопия (показания, методики проведения).
36. Методы определения глубины и площади ожога. Первая помощь при термических и химических ожогах.
37. Методы сердечно-легочной реанимации на догоспитальном и госпитальном периоде. Методы экстренного восстановления проходимости верхних дыхательных путей. Простейшие методы искусственной вентиляции легких (методы, критерии эффективности).
38. Мочекаменная болезнь: этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Только этот вопрос урология
39. Нарушения водно-электролитного баланса. Классификация. Клинические признаки, диагностика и интенсивная терапия различных видов дегидратаций и гипергидратаций.
40. Недержание мочи у женщин. Современные виды оперативного лечения.
41. Носовое кровотечение: этиология, клиника, методы остановки.
42. Общие принципы лечения переломов. Виды гипсовых повязок. Гипсовая техника. Показания к применению вытяжений. Виды остеосинтеза, показания.
43. Ожоги дыхательных путей: этиология, патогенез, клиника и лечение.
44. Ожоговая болезнь: патогенез, клиника и лечение.
45. Ожоговый шок: патогенез, клиника и лечение.
46. Определение понятия - терминальное состояние. Классификация, патофизиологические изменения, клиническая характеристика терминальных состояний. Клиническая смерть.
47. Опухоли гипофиза. Клиника, диагностика, лечение.
48. Опухоли головного мозга: виды, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
49. Опухоли почки. Местные и общие симптомы.
50. Осложнения проникающих ранений глаза, профилактика симпатического воспаления.
51. Осложнения со стороны глаз при сахарном диабете.
52. Основные направления интенсивной терапии при отравлениях.
53. Основные принципы лечения отогенных внутричерепных осложнений.
54. Остановка кровообращения. Причины, предвестники, симптомы, диагностика. Виды остановки сердца. Зависимость лечебных мероприятий от вида остановки сердца. Последовательность проведения реанимационных мероприятий и методов интенсивной терапии при выведении больного из состояния клинической смерти.
55. Острая дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, стадии. Методы реанимации и интенсивной терапии при ОДН.
56. Острая задержка мочи (ОЗМ). Тактика врача при ОЗМ.
57. Острая печеночная недостаточность. Патофизиология, клиническое течение. Печеночная кома. Интенсивная терапия. Показания для гемосорбции, лимфосорбции, ксеносорбции.
58. Острый аппендицит у детей: этиология, особенности патогенеза, клиника, диагностика, особенности течения у детей до 3-х лет. Особенности хирургического лечения.
59. Острый гнойный средний отит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение.
60. Острый приступ глаукомы, первая помощь. Клиника первичной глаукомы, возможности профилактики слепоты.
61. Отек легких. Этиология, классификация, клиника, реанимация и интенсивное лечение
62. Отслойка сетчатки, клиника, диагностика, лечение.
63. Парадоксальная ишурия. Тактика врача при ДГПЖ III стадии.
64. Первая помощь при проникающем ранении глаза, при химическом ожоге.
65. Первая помощь при сосудистой патологии глаза.
66. Переливание крови и её компонентов, Показания, техника, осложнения.

67. Перелом проксимального отдела бедра. Классификация, клиника перелома шейки бедра, методы лечения.
68. Переломо-вывихи предплечья, виды, механизм возникновения. Консервативные и оперативные методы лечения.
69. Переломы диафизов трубчатых костей: консервативное и оперативное лечение.
70. Переломы костей таза. Классификация, клиника, лечение.
71. Переломы лопатки. Классификация. Основные симптомы лечения.
72. Переломы основания черепа. Клиника диагностика, лечение.
73. Переломы позвоночника. Классификация, клиника, лечение.
74. Повреждение менисков. Клиника и симптоматика повреждения внутреннего мениска, лечение.
75. Показания и типичные методы консервативного лечения переломов ключицы и лопатки. Показания к оперативному лечению переломов ключицы.
76. Показания к хирургическому лечению закрытой черепно-мозговой травмы.
77. Понятие о трахеостомии, трахеотомии, показания, методы выполнения.
78. Понятие об ампутации и экзартикуляции. Первичные и вторичные реампутации.
79. Пороки развития прямой кишки у детей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
80. Применение лазера в офтальмологии.
81. Принципы лечения травматологических и ортопедических больных. Абсолютные симптомы переломов. Характер смещения костных отломков.
82. Рак гортани, клиника, диагностика и современные методы лечения.
83. Рак желудка. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика. Пути метастазирования. Лечение. Прогноз.
84. Рак легкого. Этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Основные методы лечения. Раннее выявление рака легкого.
85. Рак молочной железы. Этиология, предраковые заболевания, классификация, клиника, диагностика, лечение.
86. Рак пищевода. Заболеваемость, этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и прогноз.
87. Реанимация и интенсивная терапия при несчастных случаях: утоплении (в соленой и пресной воде), электротравме, тепловом ударе и переохлаждении.
88. Симптоматика врожденного вывиха бедра до года. Этиология, патогенез, лечение.
89. Симптоматика врожденного вывиха бедра у детей старше года. Этиология, патогенез, лечение.
90. Синдром длительного сдавливания мягких тканей: этиология, патогенез. Первая помощь. Осложнения. Принципы лечения. Хирургическое лечение.
91. Сколиоз. Классификация, этиология. Консервативное и оперативное лечение.
92. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
93. Топография переднего средостения, легких и их долей.
94. Травматические внутричерепные гематомы. Клиника, диагностика, лечение.
95. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, классификация, клиника, реанимация и интенсивное лечение.
96. Ушибы головного мозга легкой степени. Клиника, диагностика, лечение
97. Ушибы головного мозга средней степени. Клиника, диагностика, лечение.
98. Ушибы головного мозга тяжелой степени. Клиника, диагностика, лечение.
99. Фасции и фасциальные пространства шеи, их практическое значение в хирургии.
100. Хронический гнойный средний отит: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, осложнения. Принципы лечения.
101. Черепно-мозговая травма: патогенез, классификация, сотрясение головного мозга, клиника, диагностика, лечение.
102. Что такое фимоз и парафимоз? Первая помощь при парафимозе.

- 103.Электротравма. Классификация, первая медицинская помощь. Лечение.
- 104.Трахеостомия. Техника операции.
- 105.Хронический тонзиллит. Классификация, клиника.
- 106.Хронические отиты. Классификация, показания к хирургическому лечению.
- 107.Носовые кровотечения. Методы остановки.
- 108.Инородные тела ЛОР органов. Первая помощь
- 109.Клиническая рефракция, виды, коррекция, возрастные изменения.
110. Весенний катар, этиология, клиника, лечение.
111. Острый иридоциклит, этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
112. Тромбоз центральной вены сетчатки, этиология, клиника, лечение.
113. Атрофии зрительного нерва, этиопатогенез, виды, клиника, лечение.
114. Классификация, клиника, современные принципы лечения первичной глаукомы.

Профилактика слепоты от глаукомы.

115. Острый приступ глаукомы, первая помощь. Дифференциальная диагностика с острым иридоциклитом.

116. Возрастная макулодистрофия, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, современные методы лечения.

117. Эмболия центральной артерии сетчатки, этиология, клиника, первая помощь.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

для студентов специальности «Лечебное дело»

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача № 1

Больной М. 37 лет, сварщик, находится на лечении в травматологическом отделении в течение 7 дней по поводу открытого перелома правой лучевой кости. Больному была произведена операция под наркозом. На 3-й день после операции у пациента повысилась температура тела до 38,9 градусов, появился кашель со слизисто - гнойной мокротой и примесью крови, одышка, боли под правой лопаткой. В последующие дни беспокоил озноб, интенсивность которого нарастала с каждым днем. Ознобы сменялись профузным потом. Температура тела 37,2° - 39,5°. Сохранялся кашель со ржавой мокротой, иногда с прожилками крови. Объективно: температура тела – 39,5°С. Кожные покровы влажные, умеренный диффузный цианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, правая ее половина отстаёт в акте дыхания. Справа ниже угла лопатки - укорочение перкуторного звука. Аускультативно - в зоне укорочения перкуторного звука дыхание ослабленное, крепитация; на остальном протяжении – жесткое, хрипов нет. ЧД 28 в мин. ЧСС – 120 в 1 мин. АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови – лейкоциты - $12.9 \times 10^9/\text{л}$, п- 5 %, СОЭ - 48 мм/час. Микроскопия мокроты – смешанная флора, эластические волокна. Рентгенологически - выявлен участок негетерогенного затемнения легочной ткани в нижних отделах правого легкого с полостями распада. Правый корень увеличен, неструктурный.

Вопросы:

1. Диагноз. Какое произошло осложнение основного заболевания?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Тактика лечения.
4. Нужна ли консультация специалиста и если «Да», то какого?

Задача № 2

Больной К. 28 лет жалуется на одышку в покое, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки. Заболел 4 дня назад, когда после простуды появились болезненное ощущение в груди, больше справа (не мог вдохнуть «полной грудью»), озноб и сухой кашель. С каждым днем кашель становился интенсивнее, стал надсадным. Каждый день ознобы и сильная потливость, прогрессивно нарастала одышка. Объективно: выраженный диффузный цианоз лица, шеи, верхнего плечевого пояса. Кожные покровы влажные. Дыхание частое, поверхностное – ловит воздух ртом, ЧД - 42 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже 4 ребра не проводится, перкуторно – тупость с 3 ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Слева - перкуторно легочный звук, дыхание проводится. Набухшие шейные вены не пульсируют. Права граница сердца по правому краю грудины, левая - на 2,0 см кнаружи от СКЛ. ЧСС -140 в мин., тоны сердца глухие, ритм галопа. АД - 100/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента?
2. В чем особенность данных физикального обследования?
3. В консультации каких специалистов нуждается пациент?
4. Тактика обследования и лечения.

Задача № 3

Мужчина П. 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на тянущие боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры до 38°C, слабость. Считает себя больным в течение месяца, когда впервые после переохлаждения появились указанные симптомы. Лечился домашними средствами. Состояние не улучшалось. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Последняя ФЛГ год назад – на дообследование не вызывали. При обследовании правая половина грудной клетки несколько отстаёт в акте дыхания, а при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах. При аускультации здесь же дыхание не прослушивается. ЧДД - 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией слева. ЧСС - 86 в минуту.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты - $11,7 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, лимфоциты - 13%, моноциты - 8%, СОЭ - 40 мм/час. Общий анализ мочи: соломенно-желтый, удельный вес - 1012, белка нет, сахар отр., реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа определяется интенсивное, гомогенное затемнение с косой верхней границей от уровня переднего отрезка IV ребра до диафрагмы. Небольшое смещение средостения влево. Больной направлен в торакальное хирургическое отделение, где ему произведена торакоскопия с биопсией плевры. При этом эвакуировано около 2 литров плевральной жидкости соломенно-желтого цвета. Визуально париетальная плевра инъецирована, с наложением фибрина и мелкими, белесоватыми бугорками. Гистологически обнаружены гранулемы с казеозным некрозом, окруженные валом эпителиоидных клеток, среди которых встречаются клетки Лангханса и фуксинофильные палочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента и какое осложнение возникло?
2. Методы дообследования для подтверждения диагноза.
3. К какому специалисту нужно направить пациента? Составьте план лечения данного больного.

Задача № 4

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизистогнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,4°C. Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день.

При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над легочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднен на периферии, корни легких расширены, выбухание ствола легочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Нужна ли консультация узкого специалиста? Если да, то какого?

Задача № 5

Больная Н. 17 лет, жительница села, жалуется на постоянный кашель в течение дня, больше по утрам, с выделением мокроты желто-зеленого цвета до 150 мл в сутки. В мокроте – твердые кусочки, прожилки крови, сладковатая на привкус. Познабливание в течение дня, значительное похудание. Снижение аппетита.

Больна с детства – частые простуды и освобождения от физкультуры в школе. Под утро просыпается от надсадного кашля с мокротой. Всякий раз лечится гентамицином в сельской больнице без заметного эффекта. На «руках» - флюорограмма.

Объективно: пониженного питания. «Гусиная» кожа, землистого оттенка. Грудная клетка – воронкообразная, правая ее половина западает. Глубокое дыхание вызывает кашель с мокротой, она отделяется с первого кашлевого толчка. Над легкими – жесткое дыхание, рассеянные сухие разнотембровые хрипы, справа книзу от угла лопатки - влажные разнокалиберные звучные хрипы, меняются в количестве и тембре после кашля. ЧД – 32 в 1 мин. Границы сердца в норме, ЧСС – 86 в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика обследования.
3. Тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 6

Больная Н., 43 лет, страдающая бронхиальной астмой, обратилась к врачу с жалобами на приступ удушья в течение 30 мин. Приступ возник после кормления рыбок сухим кормом. 6 подряд ингаляций сальбутамолом, 3 раза ингаляцией кортикоидом не имели эффекта. Одышка нарастала, стала отмечать появление сердцебиений и неясные ощущения сдавления в груди. Выпила 3 таблетки эуфиллина – без эффекта.

В течение 5 лет отмечает изменение ритма и объема менструаций, в межменструальный период – кровянистые выделения из влагалища. Заметила, что во время менструаций частота приступов удушья больше и приступы тяжелее.

Объективно: ортопноэ, диффузный цианоз. Повышенного питания. Над легкими – жесткое дыхание с резко удлиненным выдохом и сухими свистящими хрипами. В верхних отделах обоих легких – мозаичное отсутствие дыхательных шумов. ЧД – 32 в 1 мин. ЧСС – 110 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный над лоном.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика лечения.
3. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 7

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на легочной артерии.

ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие, заостренные зубцы R в стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. Консультация какого специалиста необходима в данном случае?

Задача № 8

Больной М., 32 года, постоянно кашляет с отделением мокроты зеленого цвета, с неприятным запахом, преимущественно по утрам («утренний туалет бронхов») «полным ртом» до 200 мл в сутки, в положении на левом боку. Периодически - кровохарканье. Одышка при физической нагрузке. Похудание. Снижение аппетита. Познабливание к вечеру, по утрам – потливость (подушка влажная).

Объективно: пониженного питания. Кожные покровы влажные. Западение правой половины грудной клетки и отставание её в акте дыхания. Перкуторно над легкими слева – легочный звук, справа в нижнем отделе - участки ясного легочного звука чередуются с притуплением. Аускультативно слева дыхание жесткое, справа - ниже угла лопатки на ограниченном участке выслушиваются звучные разнокалиберные влажные хрипы, не изменяющиеся после кашля. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 в 1 мин. АД-110/70 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости – без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.
4. К какому специалисту надо направить пациента?

Задача № 9

Больной 45 лет, жалуется на усиление кашля: он приобрёл надсадный, удушливый характер, мокрота выделяется с трудом, иногда - с примесью крови, вязкая. Появилась одышка. Субфебрильная температура.

В течение 10 лет находится на учете по поводу хронического бронхита. Лечение в поликлинике без заметного улучшения. Последние полгода стал замечать снижение аппетита

с отвращением к мясной, молочной пище, кашель приобрел надсадный характер. В течение последнего месяца - боли в грудной клетке справа, постоянные, упорные, нечетко связаны с кашлем и дыханием.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы землистого оттенка. Над легкими – легочный звук, границы опущены на 1 ребро, дыхание жесткое и рассеянные сухие разнотембровые хрипы. Справа книзу от угла лопатки - укорочение перкуторного звука и резкое ослабление дыхания. При покашливании хрипы не появляются. ЧД – 28 в 1 мин. Шейные вены набухшие. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС- 102 в 1 мин, АД – 110/60 мм рт.ст. Печень - на 2 см ниже реберной дуги, безболезненная. Размеры по Курлову: 10-9-7 см. Селезенка не пальпируется.

Проведено обследование: Нв-90 г/л, л – 6.109 /л, СОЭ-25 мм/час. Анализ мокроты: вязкая, л – 20-30 в п/зр, эр – 5 – 6 в п/зр. Анализ мочи - уд. вес - 1010, белок - 0,03 г/л, л - 2 – 4 в п/зр, эр – нет.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля на всем протяжении повышенной прозрачности, межреберья расширены. Легочный рисунок усилен и деформирован на всем протяжении; справа в медиастинально-диафрагмальной области значительное понижение прозрачности легочной ткани, диафрагма неровная. Корень правого легкого неструктурен.

Вопросы:

5. Предварительный диагноз.
6. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
7. Тактика лечения.
8. К какому специалисту надо направить пациента?

Задача № 10

Больной К., 35 лет жалуется на боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, наклоне тела в здоровую сторону, кашель с утра, с выделением гнойной мокроты с неприятным запахом в виде больших плевков сразу при первом покашливании; в течение дня – постоянный кашель, слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,6, одышка.

Курит много лет, при закурировании отмечал покашливание, которое быстро проходило – «спасался» от кашля курением. 4 месяца назад после резкого охлаждения появились сильные боли в правом боку при дыхании, ознобы, сменяющиеся проливным потом (температура повышалась до 40°C), кашель стал мучительным, мокрота отделялась после серии кашлевых движений. Лечение в поликлинике – без заметного эффекта. 3 недели назад после приступообразного надсадного мучительного кашля откашлял до 300 мл мокроты серо-зеленого цвета с примесью крови. Сразу стало легче: снизилась температура, уменьшилась одышка, притупились, но не исчезли боли в боку при дыхании.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с землистым оттенком. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно на всем протяжении легких жесткое дыхание, выдох удлиннен, рассеянные сухие хрипы. Справа ниже угла лопатки - участок притупления с тимпаническим оттенком, амфорическое дыхание, звонкие средне- и крупнопузырчатые хрипы: при форсированном дыхании – появляется кашель с мокротой, количество влажных хрипов уменьшается. ЧД-24 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС-100 в мин. АД – 110/60 мм рт.ст. Язык обложен серым налетом, изо рта неприятный запах. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования Вы предложите для подтверждения Вашего предположения?
3. Тактика лечения.

4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 11

Больной К. 28 лет жалуется на одышку в покое, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки.

Из анамнеза: Заболел 4 дня назад, когда после простуды появились болезненное ощущение в груди, больше справа (не мог вдохнуть «полной грудью»), озноб и сухой кашель. С каждым днем кашель становился интенсивнее, стал надсадным. Каждый день отмечались ознобы и сильная потливость, прогрессивно нарастала одышка.

Объективно: выраженный диффузный цианоз лица, шеи, верхнего плечевого пояса. Кожные покровы влажные. Дыхание частое, поверхностное – ловит воздух ртом, ЧД - 42 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже IV ребра не проводится, перкуторно – тупость с III ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Слева - перкуторно легочный звук, дыхание проводится. Набухшие шейные вены не пульсируют. Правая граница сердца по правому краю грудины, левая - на 2,0 см кнаружи от СКЛ. ЧСС -140 уд. в мин., тоны сердца глухие, ритм галопа. АД - 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. В консультации каких специалистов нуждается пациент?

Задача № 12

Больная А. 32 лет находится на лечении в терапевтическом отделении больницы по поводу жалоб на кашель в течение дня с мокротой в виде единичных плевков с прожилками крови. Сильные ознобы в течение дня сменяются проливными потами. Нелокализованные боли в грудной клетке при дыхании с обеих сторон.

Из анамнеза: с косметической целью 4 дня назад выдавила прыщик на левой щеке: к концу дня появилась болезненная припухлость щеки, озноб, боли в левой половине лица при жевании. На 2 день появился резкий отек левой половины лица, ознобы с температурой 40°C, а к вечеру внезапно появились боли в груди и сухой кашель. Стоматологом вскрыта флегмона левой щеки, назначен пенициллин в больших дозах, но, несмотря на лечение, состояние прогрессивно ухудшалось.

Объективно: лихорадочный цианотичный румянец щек, частое дыхание. Над легкими – везикулярное дыхание, с обеих сторон в подключичной области – ослабленное и здесь же влажные единичные хрипы. ЧД – 42 уд в мин. ЧСС - 110 в мин, ритм правильный АД – 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены. Экспресс-посев содержимого флегмоны – стафилококк.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 13

Больная К. 24 лет на приеме у врача в поликлинике жалуется на появление болей в грудной клетке справа при дыхании и наклоне тела, кашель при глубоком вдохе, резкую одышку при медленной ходьбе по комнате. Головокружение и потемнение в глазах при резком вставании, познабливание и повышение температуры тела до 37,6° С.

Из анамнеза: 6 дней назад в стационаре была прервана беременность (аборт). 2 дня назад внезапно появились боли в грудной клетке при дыхании, потемнело в глазах, появились головокружение и резкая слабость. Через час слабость и головокружение уменьшились, но к вечеру появилось познабливание, сухой кашель и боли в грудной клетке справа при глубоком вдохе, повысилась температура тела до 37,6° С.

Объективно: бледность, «гусиная» кожа, горячая. Дыхание частое, поверхностное, лежит на правом боку. ЧД 28 в мин. Над легкими - легочный звук, везикулярное дыхание. Справа под ключицей – участок ослабленного дыхания и влажные единичные непостоянные хрипы, шум трения плевры. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 108 уд. в мин. АД – 126/54 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный над лоном.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 14

Больной К. 57 лет, в прошлом – рабочий цементного завода, поступил в отделение пульмонологии с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, кашель со слизисто-гнойной мокротой, периодически – с прожилками крови, одышку при малейшей физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки, связанные с актом дыхания, выраженную общую слабость, потливость.

Из анамнеза: в течение многих лет страдает хроническим бронхитом, неоднократно получал короткие курсы терапии преднизолоном (в таблетках). Последнее ухудшение отмечает в течение последнего месяца, когда поднялась температура до 39-39,5°С, сопровождалась ознобом, потливостью, нарастанием одышки, усилением кашлевого синдрома. Лечился в стационаре по месту жительства, получил 2 курса антибактериальной терапии (гентамицин 80 мг х 3 раза в/мышечно в течение 7 дней, цефазолин 1,0 х 3 раза в/мышечно в течение 7 дней), без особого эффекта. Состояние в динамике ухудшилось. Увеличилось количество отделяемой мокроты, появились прожилки крови в мокроте, боли в грудной клетке, сохранялась температура 37,2-38°С.

Объективно: кожные покровы бледные, выраженный диффузный цианоз лица. Грудная клетка эмфизематозная, левая половина отстаёт в акте дыхания. Слева ниже угла лопатки – укорочение перкуторного звука, на остальном протяжении – коробочный перкуторный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие хрипы, слева над участком укорочения перкуторного звука – дыхание ослабленное, по подмышечным линиям – влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в мин. ЧСС - 92 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 100/70 мм рт.ст.

При обследовании: МСВ - 45%. Рентгенологически: определяется неомогенное затемнение нижней доли левого легкого с небольшими участками просветления. Корни легких расширены, уплотнены. Синусы дифференцируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 15

Больной А. 42 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на повышение температуры до 39°C, одышку при физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, общую слабость, потливость, отсутствие аппетита. Врач поставил диагноз: ОРВИ и назначил лечение амоксициллином, антигриппином, бромгексином. Однако на фоне проводимой терапии состояние больного ухудшилось. Появилась одышка в покое, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сохранялась лихорадка до 38-39°C, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью. По тяжести состояния больной был госпитализирован.

При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что брат больного в настоящее время проходит курс стационарного лечения по поводу туберкулезного лечения легких. Объективно: диффузный цианоз лица, дыхание частое, поверхностное. ЧД – 36 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже уровня 6 ребра не проводится, перкуторно – тупость с 5 ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Шейные вены набухшие, левая граница сердца на 1,5 см снаружи от СКЛ, ЧСС - 120 в мин. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача №16

Мужчина 55 лет, обратился к терапевту с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,2°C.

Из анамнеза: сахарным диабетом страдает в течение 8 лет, принимает метформин 1000 мг/сут. Контакт с больными туберкулезом не было. Курит по 1 пачке сигарет в день около 30 лет. 2 дня назад после переохлаждения появились слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38°C.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ 32 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД - 18 в мин. Перкуторно над легкими справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, ритм правильный. АД - 140/90 мм рт. ст. ЧСС – 90 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по XII ребру отрицательный. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

КАРДИОЛОГИЯ

Задача № 17

65-летний мужчина в магазине потерял сознание и упал. Доставлен в больницу. В приемном отделении больной пришел в сознание и жалуется на боли в левом локте, который ушиб при падении. При опросе выяснилось, что перед обмороком не было каких-либо ощущений. Раньше у него наблюдались легкие головокружения во время физических перегрузок, давящие боли за грудиной. Развитие обморока пациент ни с чем не связывает. В течение последних 2-3 лет у него отмечались боли в области сердца при ходьбе. При обращении к врачу прошел велоэргометрию, изменений не выявлено. Слышал, что у него какой-то шум в области сердца, но врачи не рекомендовали постоянного лечения. Отец пациента скончался в 50-летнем возрасте внезапно, говорили также о пороке?

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 88 в мин. АД 110/78 мм рт.ст. Кожные покровы сухие, теплые. Над легкими хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 1 тон сохранен, 2 тон приглушен, над всеми точками аускультации, с максимумом в проекции АК выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сонные артерии.

На ЭКГ – ритм правильный, горизонтальное положение ЭОС. Признаков ишемии миокарда нет. Выраженные признаки ГЛЖ. ЭХОКГ – 3 створки аортального клапана, толщина МЖП – 2,2 см, ЗСЛЖ 2,0 см, передне-систолическое движение передней створки МК.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Какова будет Ваша лечебная тактика?
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 18

Больной Т. 54 лет жалуется на повышение температуры тела до 38⁰ С, боли за грудиной, резкую слабость, одышку, отеки лица и ног. Ревматической лихорадкой и другими заболеваниями не болел. Со слов АД было нормальным. Из анамнеза: 2-3 недели назад лечил парадонтоз.

Объективно: бледность кожи и слизистых оболочек, пульсация сонных артерий, на конъюнктиве нижнего века кровоизлияния. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Верхушечный толчок в 6 м/р по передне-подмышечной линии ослаблен. Границы сердца расширены влево. Во II м/р справа у грудины диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС 90 в мин, ритмичный, АД 150/50 мм рт.ст. Печень на 4 см ниже реберной дуги. Пальпируется селезенка у края левой реберной дуги, мягкая, болезненная.

Анализы: Общие анализы крови: Нв-86 г/л, эрит-2,3x10¹² /л, ЦП-0,63. Лейкоциты-5,0x10⁹/л, п-6, сегмент-64%, лимфоциты-21%, моноциты-5%. СОЭ-73 мм/ч. Общий белок-69,8 г/л, А-47%, глоб-53%, α1-5%, α2-14%, β-9%, γ-25%. Коэф А/Г-0,89.

Общий анализ мочи: кислая, уд. вес-1010. Белок-500 мг/л. Лейк-5-6 в п/з. Эритроциты свежие и измененные покрывают все поле зрения.

Р-скопия органов грудной клетки: сердце расширено в поперечнике, больше влево, подчеркнута сердечная талия, увеличена площадь соприкосновения сердца с диафрагмой, атриовазальный угол справа смещен вниз за счет расширения восходящего отдела и дуги аорты.

В клинике состояние больного оставалось тяжелым: появились сжимающие боли за грудиной, повысилась температура тела до 39⁰ С, появился шум трения перикарда на ограниченном участке в III-IV м/р у левого края грудины и на ЭКГ очаговые изменения передней

стенки левого желудочка, дважды наблюдались приступообразные боли в левом подреберье с двухдневным шумом трения брюшины.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Какие критерияльные обследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
3. Какие осложнения наблюдались у больного?
4. Тактика ведения больного. В консультации какого специалиста нуждается пациент?

Задача № 19

Больная 28 лет поступила для лечения по поводу инфицированного аборта. После произведенного выскабливания матки через несколько дней отмечено повышение температуры до 40°C с ознобом без очевидных изменений со стороны мочеполового тракта. В прошлом ничем не болела.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. Петехиальная геморрагическая сыпь на обеих голених. При аускультации сердца: мягкий убывающего характера диастолический шум на аорте и в V точке. АД - 140/60 мм рт.ст. Пальпируется край селезенки.

Назначено лечение пенициллином 10 млн. ЕД/сут., температура на 10-й день снизилась до 37.5°C. На 5-й день внезапно появились боли в правой поясничной области и макрогематурия. Эти признаки исчезли через 3 дня. Начато лечение антикоагулянтами. На 20-й день возник приступ удушья с признаками отека легких. При аускультации диастолический шум стал интенсивным, грубым. Появилась усиленная пульсация сонных артерий, быстрый и высокий пульс. АД - 140/40 мм рт.ст. Присоединилась неврологическая симптоматика - клонические судороги, ригидность затылочных мышц.

Вопросы

1. Ваш диагноз? Какие осложнения заболевания возникли?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Дайте оценку антибактериальной терапии. Какова будет Ваша лечебная тактика?
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 20

Больной Д, 48 лет, вызвал бригаду СМП: 1 час назад при резком подъеме ощутил давление за грудиной, закашлял, сплюнул кровью, появилось выраженное ощущение удушья, разлитые боли за грудиной без иррадиации, резкая слабость и чувство «дурноты».

В молодые годы болел сифилисом, лечился по этому поводу. Жалобы на кашель с небольшим количеством светлой мокроты в течение дня, объясняет курением.

Объективно: бледен, испуган. Лоб покрыт каплями холодного пота. Над легкими – легочный звук, книзу от угла лопатки – небольшое укорочение. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом и рассеянными сухими хрипами. ЧД – 36 в 1 мин. Пульсация аорты в яремной ямке. Сосудистый пучок 10 см, смещен вправо. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от СКЛ, верхняя – 3 межреберье. Тоны сердца приглушены. Над аортой и в яремной ямке - систолические дрожание и шум. Ритм правильный, ЧСС 130 в 1 мин. АД 150/40 мм рт.ст. Пульс на левой руке слабее, чем на правой. Органы брюшной полости – без патологии.

Анализ амбулаторной карты: 16 лет назад проводилось лечение по поводу сифилиса, однократный анализ крови на RW (+).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?

3. Какова будет Ваша лечебная тактика?
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 21

Больной 50 лет, страдающий артериальной гипертензией в течение 20 лет, заболел остро: находясь за рулем собственного автомобиля, неожиданно пожаловался окружающим, что ощутил «горячий» удар в области затылка. Сразу возникла интенсивная головная боль, тошнота. Сумел остановить машину, пытался выйти, но возникла многократная рвота, потерял сознание.

При осмотре: больной без сознания. Пульс – 60 в мин., ритмичный. АД – 210/120 мм рт.ст. Зрачки D=S, горизонтальный нистагм. Выражены рефлекс орального автоматизма. Сухожильные рефлексы оживлены. Патологических стопных знаков нет. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига положителен с обеих сторон, нижний симптом Брудзинского.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Какова будет Ваша лечебная тактика?
4. Консультация какого специалиста необходима?

РЕВМАТОЛОГИЯ

Задача № 22

Больная 40 лет пришла на прием к врачу- дерматологу с жалобами на отек лица и высыпания на коже лица с зудом и ощущением жжения в нем. Такие же высыпания в области ушных раковин с сукровичными выделениями при расчесывании. Повышение температуры тела до 39°C. Одышка при физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, сухой кашель, боли, припухлость мелких суставов, слабость.

7 лет страдает гипертонической болезнью II степени высокого риска. Неоднократно лечилась по поводу данного заболевания: принимала амлодипин, индапамид. Последние годы перешла на прием гидралазина, чувствовала себя удовлетворительно.

Последние 2 месяца - появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38° С., на щеках и переносице, а также в области ушных раковин – гиперемия кожи и эритематозные высыпания, при соскабливании дают сукровичные выделения. На кончиках пальцев рук – мелкоочечные кровоизлияния, деформация проксимальных межфаланговых суставов III, IV пальцев обеих кистей. В легких: справа в нижних отделах - укорочение перкуторного звука, здесь же дыхание ослабленное. Правая и верхняя границы сердца в норме, левая – на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, III тон на верхушке. ЧСС - 102 уд в мин. АД-160/90 мм рт.ст. Печень не увеличена, пальпируется нижний полюс селезенки.

Анализ крови: эр. - $3,8 \times 10^{12}$ /л, л. - $3,5 \times 10^9$ г/л, тромб.- 117×10^9 г/л, СОЭ-52 мм/час, альбумины-46%, глобулины-54%. Анализ мочи: уд. вес.-1020, белок-5,25 г/л, Л-40 в п/зр. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем легочном поле гомогенное затемнение.

Вопросы:

2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Какова тактика лечения.
5. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 23

Больная 43 лет, маляр, жалуется на боли в эпигастральной области, отдают вправо, уменьшаются после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым. Постоянные боли и припухлость мелких суставов пальцев рук и ног, утренняя скованность до 11 часов дня и ограниченные движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 месяца. Курит 20 лет по 1.5 пачки сигарет в день. В течение 10 лет страдает ревматоидным артритом, по поводу которого часто принимал нестероидные противовоспалительные средства (нимесил, ортофен).

Объективно: деформация лучезапястных суставов за счет пролиферативных изменений, сгибательные контрактуры мелких суставов кистей. В легких - жесткое дыхание, сухие хрипы на выдохе. Границы сердца в норме. АД – 126/70 мм рт.ст. Пульс - 92 в мин., ритмичный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет.

При ФЭГДС обнаружен дуоденит, каллезная язва луковицы двенадцатиперстной кишки размером 3 x 4 см, антрум-гастрит.

На 3 день пребывания в стационаре у больного стала нарастать общая слабость, сонливость, появилась одышка при ходьбе по палате, отметил изменение стула. При резком вставании с кровати – потемнение в глазах и желание срочно присесть. Врачом отмечена бледность кожи и слизистых.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 24

Больной П., 56 лет, сельский житель, поступил в отделение сельской больницы с жалобами на жгучие нестерпимые боли в области большого пальца правой стопы, припухлость данного сустава и изменения цвета кожи над ним, невозможность передвижения, головные боли, периодическое повышение АД. Суставной синдром беспокоит последние 10 лет. Впервые подобные боли в области большого пальца правой стопы, припухлость отметил после тяжелой физической работы, употребления обильной жирной пищи и алкогольных напитков.

Объективно: больной повышенного питания, отмечается выраженная припухлость I плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия кожи с багрово-синюшным оттенком над ним, повышение местной температуры, малейшие движения усиливают нестерпимую боль. Остальные суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. Над легкими – без патологии. Границы сердца в норме. Акцент II тона над аортой, ЧСС 88 в мин. Ритм правильный, АД 150/98 мм. рт.ст. Симптом поколачивания по 12 ребру слабо положительный с обеих сторон.

В отделении назначено лечение. На 7 день пребывания в отделении внезапно повысилась температура тела, озноб, появились интенсивные боли в поясничной области, которые быстро нарастали, из-за болей больной не находил себе места, боли иррадиировали в паховую область.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 25

Больная А., 53 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области, тошноту, была однократная рвота. Боли беспокоят со вчерашнего дня. Принимала анальгетики, появилась рвота без облегчения, познাবливание.

Последние 5 лет страдает системной склеродермией, по поводу чего неоднократно лечилась стационарно.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,2°C. Кожа глянцевая, плотная, в складки не собирается, особенно на руках, груди, лице. Над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы, ЧД - 20 в минуту. Границы сердца: правая в норме, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. Пульс 84 в мин, АД-180/80 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, живот напряжен и болезнен в правой подвздошной области, боли усиливаются в положении на левом боку, + симптом Щеткина-Блюмберга.

Анализ крови: эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, л.- $14,9 \times 10^9/л$, эоз. - нет, п. - 12%, сегм. - 59%, лимф. - 28%, мон. - 1%, СОЭ - 32 мм/час. Анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,647 г/л, эпит. пл.- ед. Рентгенокопия грудной клетки - легочные поля повышенной прозрачности. В базальных отделах участки пневмосклероза.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 26

Больная Н., 16 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на высыпания на коже лица с изъязвлениями, покрытые чешуйками; покашливание без мокроты, повышение температуры тела до 37,3° С, слабость, потливость.

Больна в течение последних 6 месяцев, когда стала отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр, впервые появились высыпания на коже лица с изъязвлениями и чешуйками.

Старший брат работает на стройке, курит. Из-за кашля с мокротой был обследован, и после консультации было назначено противотуберкулезное лечение.

Объективно: температура тела 37,4° С. Нормального телосложения, пальпируются периферические подчелюстные и подмышечные лимфоузлы до горошины безболезненные. На коже носа и щек - эритематозные высыпания, приподнимающиеся над уровнем здоровой кожи, покрытые чешуйками; при расчесывании дают сукровичные выделения. В легких - дыхание жесткое, хрипы нет. ЧД - 19 в мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы без патологии. ЧСС- 88 в 1 мин. АД - 130/72 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр.- $4,8 \times 10^{12}/л$, л.- $6,5 \times 10^9$ г/л, тромб.- 217×10^9 г/л, СОЭ-32 мм/час., Анализ мочи: уд. вес.-1020, белок-нет, л-ед в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 27

У больного П., 52 лет, главного инженера завода в течение 12 лет регистрируется уровень мочевой кислоты до 850 мкмоль/л, повышение АД (цифры не знает), нерегулярно принимал аллопуринол. За последние 2 года отмечал дважды проявления суставного синдрома в области I плюсне-фалангового сустава левой стопы, плечевых и локтевых суставов. В течение последнего года АД стало повышаться до 200/120 мм.рт.ст. Лечение амлодипином и бисопрололом неэффективно.

Объективно: больной повышенного питания, отмечается выраженная припухлость I плюсне-фалангового сустава правой стопы, гиперемия кожи с багрово-синюшным оттенком над ним, повышение местной температуры, малейшие движения усиливают нестерпимую боль. В области обоих локтевых суставов определяются круглые образования, размером с куриное яйцо, мягко-эластичной консистенции. Пастозность голеней. Над легкими – без патологии. Границы сердца в норме. Акцент II тона над аортой, ЧСС 88 в мин. Ритм правильный, АД 188/110 мм. рт.ст.

Анализ крови: эр.- $4,8 \times 10^{12}$ /л, л.- $6,5 \times 10^9$ г/л, тромб.- 217×10^9 г/л, СОЭ-32 мм/час., Анализ мочи: уд. вес.-1008, белок-1500 мг/л, л-8-5-9 в п/зр. Соли-оксалаты. Креатинин сыв.крови- 238 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Задача № 28

Женщина 48 лет жалуется на ноющие боли в правом подреберье после приема жирной пищи, периодически с последующим повышением температуры, тошнотой, рвотой. Впервые появились подобные боли после последней беременности, 10 лет назад. В последние 3 года присоединились периодически желтуха, зуд кожи, субфебрилитет, боли в суставах и костях. В течение последних 2-х месяцев – постоянная желтуха.

При осмотре: на коже груди и живота отмечаются расчёсы. Печень выступает на 3 см из подреберья, болезненная, плотная, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА № 29

Женщина 45 лет доставлена каретой «скорой помощи» с интенсивными болями в правом верхнем квадранте живота, высокой температурой и неоднократной рвотой. Из анамнеза: 2 недели назад при подобном болевом синдроме, только меньшей интенсивности при ультразвуковом исследовании были выявлены камни в желчном пузыре. В анализе крови был лейкоцитоз 8×10^9 /л, АСТ – 37 нмоль/(с•л), а билирубин – 20,5 мкмоль/л. От лечения в хирургической клинике она отказалась, мотивируя это тем, что после инъекций (каких, не знает) ей стало лучше.

При физикальном обследовании имеется выраженная болезненность в эпигастрии и правом подреберье, напряжение мышц; симптомы Керра, Василенко резко положительны, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительны.

В анализе крови лейкоцитов - 15×10^9 /л, АСТ - 130 нмоль/ (с•л), щелочная фосфатаза – 300 мкмоль/ (с•л), билирубин общий – 60 мкмоль/л. По данным повторного УЗИ определяется увеличение желчного пузыря и камни в нём, ширина общего желчного протока 6 мм.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 30

Больной 51 года поступил с жалобами на ощущение тяжести в подложечной области, быстрое насыщение, отрыжка «тухлым», резкое похудание. Недели три до поступления была периодическая рвота остатками съеденной накануне пищи. На протяжении семи лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки, живот мягкий, положительный симптом «шум плеска», натощак - нижняя граница желудка ниже уровня пупка. АД 90/75мм.рт.ст. положительный симптом Хвостека.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 31

Больной 69 лет поступает в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, похудание, общую слабость, периодически рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 20 лет страдает язвенной болезнью желудка, периодически лечится амбулаторно и в стационаре. В последние полгода - ухудшение состояния, боли приняли постоянный характер, не зависят от приема и качества пищи, стал терять в весе, ослаб.

Вопросы:

1. Развитием каких осложнений может быть обусловлена тяжесть состояния больного?
2. Каков объем необходимых обследований?
3. Показаны ли консультации других специалистов и если «Да», то каких?
4. Тактика лечения.

Задача № 32

Женщина 50 лет жалуется на боли в левом нижнем квадранте живота и запоры. Иногда запоры чередуются послабленным стулом. Рвоты нет, газы отходят. Находится в периоде, близком к менопаузе.

При физикальном обследовании определяется повышение температуры тела до 37,6°C, реберно-позвоночные углы безболезненны, нормальные кишечные шумы и легкая болезненность в левом нижнем квадранте без иррадиации.

Лейкоцитоз – 10×10^9 /л, в анализе мочи лейкоцитов нет, следы кетоновых тел. хорионический гонадотропин отрицательный. Рентгеновские снимки брюшной полости характерны для запоров.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

НЕФРОЛОГИЯ**Задача № 33**

Больная П. 45 лет госпитализирована в порядке «скорой помощи» с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область и внутреннюю поверхность бедра, задержку мочеиспускания. Из анамнеза: в течение многих лет страдает мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом.

Объективно: повышенного питания, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,3°C, на веках – ксантелазмы. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 98 в 1 мин. АД 160/100 мм рт.ст. Язык влажный, коричневатый, обложен «грязным» налетом. Живот мягкий, болезненный во фланках, больше справа. Синдром раздражения брюшины сомнительный. Симптом поколачивания по 12 ребру положительный с обеих сторон, больше справа.

ОАМ: мало мочи, светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты - сплошь в поле зрения.

После введения «спазмолитиков» никаких позывов на мочеиспускание нет. Болевые ощущения усилились. Больная мечется.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 34

Больной Б. 36 лет доставлен частной машиной в отделение травматологии со спонтанно произошедшим переломом шейки правой бедренной кости. Проведён остеосинтез.

В стационаре больной жаловался на постоянную слабость, потливость, упорный кашель с мокротой, иногда кровохарканье. Боли в поясничной области, по утрам – разбитость, частые ознобы. Из анамнеза: кашель с мокротой беспокоит 10 лет. В течение 5 лет беспокоили боли в поясничной области справа, а последний год – преимущественно слева.

Объективно: астенического телосложения, кожа бледно-смуглая. Кожа локтей «грязная», смуглая. Ладонные складки и соски гиперпигментированные. Над легкими дыхание жесткое, ослабленное, рассеянные сухие хрипы, больше в верхних отделах. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 68 в 1 мин. АД 110/60 мм рт. ст. Симптом поколачивания по 12 ребру положителен слева.

УЗИ почек: справа – мочеточник в верхней трети с рубцовыми деформациями, просвет сужен, гидронефроз. Слева – чашечно-лоханочный комплекс деформирован и расширен.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 35

К больной Д. 63 лет вызван участковый врач по поводу носового кровотечения. Больная в тяжелом состоянии: заторможена, на вопросы отвечает спутано, с запозданием. Со слов родственников – больная заметила увеличение «слиюны красного цвета», на подушке были пятна крови. Последние 2-е суток не было мочи.

По данным из амбулаторной карты установлено, что больная в течение многих лет наблюдалась по поводу пиелонефрита и миомы матки с эпизодическими кровотечениями.

Объективно: Бледная. Пониженного питания. Следы расчесов на коже груди и живота. Кожа сухая, дряблая. Неприятный запах изо рта. Заеды в углах рта. Ногти мутные, слоистые, с поперечной исчерченностью. Над легкими – дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, не пульсируют. Верхняя граница сердца – II межреберье, левая – на 1 см кнаружи от ЛСК. Тоны глухие, ритм правильный ЧСС- 98 в 1 мин. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, преимущественно в гипогастрии, где пальпируется болезненное образование. Печень – на 2 см ниже реберной дуги, безболезненная.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 36

Осмотр на дому: больная К., 50 лет, жалуется на тошноту, периодически – рвоту, не приносящую облегчения, отсутствие аппетита с отвращением к мясу и молоку, кожный зуд. Резко похудела. Отмечает кровянистые с неприятным запахом выделения из влагалища вне зависимости от чего-либо. Постоянно – познабливание.

Более 20 лет страдает хроническим пиелонефритом. Больная в поликлинику к врачам не ходит, не обследуется и лечится своими («народными») средствами.

Объективно: пониженного питания, кожа дряблая, сухая, со следами расчесов. Паховые лимфатические лимфоузлы – с крупную горошину, болезненные. Над легкими: перкуторно – легочный звук, дыхание жесткое, единичные сухие непостоянные хрипы. Справа спереди книзу от 3 ребра – укорочение звука и резкое ослабление дыхания, единичные влажные хрипы. Границы сердца в норме. Тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 98 в 1 мин. АД 180/100 мм рт.ст. Язык сухой, трещины, сосочки сглажены. Пальпация живота слабо болезненна над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка - не увеличены.

Из амбулаторной карты: анализ мочи - светлая, удельный вес - 1008, белок 0,165 г/л, лейкоциты – 6-8 в п\зр., эритроциты ед в п\зр. Анализ крови - глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 18,2 ммоль/л, креатинин - 44 мкмоль/л, общий белок 62 г/л., калий крови 5,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 37

Врачом скорой помощи привезена больная К., 24 года в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, головную боль, давящую боль внизу живота и в пояснице. Из анамнеза: несмотря на желание больной мочиться, мочи нет в течение 1,5 суток.

Объективно: сознание затуманено, кожные покровы бледные, отеков нет. В легких - патологии не выявлено. ЧД –24 в 1 мин. Границы сердца – в норме, аускультативно - на верхушке I тон усилен, раздвоен, короткий систолический шум. Ритм правильный. ЧСС 90 уд/мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно - притупление над лоном.

Вызванный на консультацию хирург патологию своего профиля исключил.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 38

Больной А., 30 лет. Сразу после автоаварии доставлен в отделение травматологии с открытым переломом левого бедра в состоянии травматического (гиповолемического) шока. После проведения реанимационных мероприятий состояние стабилизировалось. Сделан остеосинтез.

На 22 день пребывания в стационаре у больного появились резкие головные боли, отёки на лице, гематурия. Над легкими – жесткое дыхание, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС – 82 в 1 мин. АД = 160/110 мм рт. ст.

В крови: Эр- $5 \cdot 10^{12}$ /л, Нб-140 г/л, л. - $25 \cdot 10^9$ /л, п-15%, э-5%, СОЭ-30 мм/час.

Моча мутная, кровянистого цвета, плотность – 1027, белок - 3,5 г/л, эр. – сплошь, л – 4-5-6 в поле зрения. Суточное количество мочи – 300 мл/сут.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 39

Больному С., 60-и лет, по поводу повышенного АД фельдшером скорой помощи была сделана внутримышечная инъекция сернокислой магнезии. На месте укола появилась инфильтрация с последующим переходом в массивный абсцесс ягодицы. С явлениями тяжелой интоксикации больной поступил в хирургическое отделение.

После вскрытия абсцесса назначены: гентамицин 80 мг 3 раза/сут и цефазолин по 1 г 3 раза/сут. На пятый день лечения у больного появилась анурия, резкие головные боли, периодические клонико – тонические судороги.

Объективно: кожа бледная, отеков нет. В лёгких – на фоне жесткого дыхания единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Сердечные тоны приглушены, ритм неправильный - желудочковые экстрасистолы. ЧСС – 82 в 1 мин. АД = 190/130 мм рт. ст. Подключен кардиомонитор.

На вторые сутки пребывания в отделении реанимации больной внезапно потерял сознание, а на мониторе зафиксирована фибрилляция желудочков. При явлениях кардиогенного шока наступила смерть.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.

3. Какие методы лечения следует применить?

4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 40

Больной К., 65 лет обратился к дерматологу с жалобами на упорный кожный зуд в области нижних конечностей. При активном опросе – жалобы на ноющие боли в поясничной области, головные боли, общую слабость, снижение аппетита.

В амбулаторной карте в течение многих лет периодически отмечались изменения в анализах мочи в виде следов белка и лейкоцитурии.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы сухие, тусклые, бледно-желтушного цвета, следы расчесов на коже нижних конечностей. Над легкими - укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон. Аскультативно - жесткое дыхание с ослаблением в зонах укорочения. Сердце – границы расширены влево. ЧД 22 в 1 мин., ЧСС 108 в 1 мин., ритмичный, АД 190/120 мм рт.ст. Язык влажный, коричневатый, обложен «грязным» налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Поколачивание по 12 ребру болезненно с обеих сторон.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Приведите клинические доказательства диагноза.

3. Какие методы лечения следует применить?

4. Ваша дальнейшая тактика?

ГЕМАТОЛОГИЯ

Задача № 41

Больной А., 20 лет, житель села, жалуется на сильные боли в животе с расстройством стула – понос с калом черного цвета, боли в коленных и локтевых суставах, мелкоочечные геморрагические высыпания на коже конечностей.

Полтора месяца назад в течение 2 недель были боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Лечился по поводу ангины народными средствами – постепенно боли в горле уменьшились и прошли. 2 недели назад появились боли в животе и расстройства стула, боли в костях.

Применял анальгин, антибиотики – без заметного эффекта.

Объективно: температура тела 37,4°C. На коже разгибательных поверхностей рук и голеней, живота - мелкоочечные геморрагические, симметричные высыпания, местами сливающиеся.

Отечность и болезненность локтевых и коленных суставов, геморрагические высыпания вокруг них. Над легкими - дыхание везикулярное. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 76 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный вокруг пупка, симптом раздражения брюшины - сомнительный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул жидкий, черный.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Приведите клинические доказательства диагноза.

3. Какие методы лечения следует применить?

4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 42

Больная К., 32 лет, преподаватель в младших классах школы, жалуется на ноющие боли и чувство распирания в подложечной области через 10 - 15 мин после приема пищи, отрыжку воз-

духом и съеденной пищей, тошноту, неприятный металлический вкус во рту, снижение аппетита, неустойчивый стул со склонностью к расслабленному, вздутие живота. После приема пресно-молочных продуктов появляется понос. Изредка – капли крови в кале. Ломкость и выпадение волос. Менструации – нерегулярные, как в ритме, так и в объеме (скудные, различной продолжительности). Иногда появляются обильные кровянистые выделения.

Больна в течение 6-х лет. Режим питания нерегулярный. Часто работает до вечера, допоздна проверяет школьные тетради.

Объективно: пониженного питания, кожа сухая, атрофия вторичных придатков кожи, койлонихии. Над легкими и сердцем - без патологических знаков. Заеды. Язык влажный, обложен белым налетом, с отпечатками зубов. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются.

Обследование: анализ крови - Нв- 110 г/л, Эр-3,9х10¹²/л, СОЭ - 10 мм/ч. Анализ мочи - без особенностей. Рентгеноскопия желудка: желудок большой кривизной на уровне гребешковой линии, перистальтика вялая, рельеф слизистой тонкоскладчатый, атрофичный.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 43

Больная Е., 24 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель в течение дня с отделением мокроты в виде единичных плевков, озноб с высокой температурой тела, боли во всех костях тела, ломоту, выраженную слабость, отсутствие аппетита.

Болеет в течение 4-х месяцев: после перенесенного гриппа стала отмечать боли в костях, временами повышение температуры, но к врачам не обращалась.

Объективно: общее состояние при поступлении тяжелое. Температура тела 38,4 градуса. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы – размером до фасоли. Кости рук и ног при поколачивании - болезненные. В легких, слева - дыхание везикулярное, справа – в нижних отделах спереди и сзади выслушивается ослабленное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 32 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 106 в мин. Язык обложен серым налетом. Живот увеличен в объеме. Печень плотная, болезненная, выступает из-под реберной дуги на 4-5 см, селезенка - на 6см ниже реберной дуги, плотная, безболезненная.

Анализ крови: эритроциты – 3,2х10¹² /л, Нв – 98 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 356х10⁹ /л, лейкоциты – 152х10⁹ л, базофилы – 8 %, эозинофилы – 6 %, промиелоциты – 15%, миелоциты – 14 %, пал. – 14 %, юных – 18 %, сегм. – 24 %, мон. – 1 %, СОЭ – 40 мм/час.

Анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, уд. вес – 1006, реакция кислая, белок – 0,76 г/л, лейкоциты – 12-14 в поле зрения.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача № 44

Больная Н., 32 года - на участке у семейного врача. По поводу апластической анемии последние два года получала горноклиматическое лечение в высокогорном стационаре (3000

м над уровнем моря). В результате - улучшение общего состояния, исчезли кровоподтеки на теле.

Однако, 2 месяца назад, после перенесенного гриппа, резко ухудшилось состояние: появились носовые и маточные кровотечения, кровоподтеки и мелкоточечная сыпь на коже тела. В связи с ухудшением состояния больной был назначен преднизолон 90 мг в сутки внутрь.

После двухмесячного лечения геморрагический синдром уменьшился: прекратились носовые и маточные кровотечения, уменьшились и стали реже кровоподтеки и высыпания. Больная прибавила в весе, стала замечать нарушения менструального цикла. Из-за головных болей (повышается артериальное давление) принимает гипотензивные препараты.

Объективно: лунообразное лицо, цианотичный «румянец» щек. Кожа напряженная, жирная, шероховатая (напоминает «шагреневую»). Угревидные высыпания на коже туловища и лица (многочисленные аспе). Над легкими и сердцем – без видимой патологии. ЧД – 22 в 1 мин., ЧСС – 88 в 1 мин., АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача № 45

Больной Н. 37 лет, направлен в республиканский диагностический центр из районной больницы с целью уточнения диагноза. В течение 1,5 мес. больного беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, одышка при физической нагрузке. Субфебрилитет по вечерам (37,0-37,2°C), потливость. Похудел на 5 кг. Лечился амбулаторно по месту жительства. Получил курс лечения пенициллином в течение 10 дней, затем ровамицином в течение 5 дней, без особого эффекта.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Грудная клетка цилиндрическая, правая половина несколько отстаёт в акте дыхания. Перкуторно справа сверху до уровня 8 ребра укорочение перкуторного звука. Дыхание жесткое, справа над участком укорочения перкуторного звука ослабленное. ЧД - 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 88 уд. в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

При обследовании: Общий анализ крови: Нб-126 г/л, лейкоциты-15x10⁹/л, лимфоциты - 42%, СОЭ - 33 мм/час. В анализе мокроты: Н-25% Л-75%. Рентгенологически - определяется неомогенное снижение прозрачности верхней доли правого легкого.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 46

Больной К. 57 лет, в прошлом – рабочий цементного завода, поступил в отделение пульмонологии с жалобами на повышение температуры тела до 38°, кашель со слизисто-гнойной мокротой, периодически – с прожилками крови, одышку при малейшей физической

нагрузке, боли в левой половине грудной клетки, связанной с актом дыхания, выраженную общую слабость, потливость.

Из анамнеза: в течение многих лет страдает хроническим бронхитом, неоднократно получал короткие курсы терапии преднизолоном (в таблетках). Последнее ухудшение в течение последнего месяца, когда поднялась температура до 39-39,5°, сопровождалась ознобом, потливостью, нарастанием одышки, усилением кашлевого синдрома. Лечился в стационаре по месту жительства. Получил 2 курса антибактериальной терапии (гентамицином 80 мгх3 раза в/мышечно 7 дней и цефазолином 1,0х3 раза в/мышечно – 7 дней) без особого эффекта. Состояние в динамике ухудшилось. Увеличилось количество отделяемой мокроты, появились прожилки крови в мокроте, боли в грудной клетке, сохранялась температура 37,2-38°С.

Объективно: кожные покровы бледные, выраженный диффузный цианоз лица. Грудная клетка эмфизематозная, левая половина отстаёт в акте дыхания. Слева ниже угла лопатки – укорочение перкуторного звука, на остальном протяжении – коробочный перкуторный звук. Аскультативно – дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие хрипы, слева над участком укорочения перкуторного звука – дыхание ослабленное, по подмышечным линиям – влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 28 в мин. ЧСС 92 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/70 мм рт.ст.

Проведено обследование: МСВ = 45%. Рентгенологически: определяется неомогенное затемнение нижней доли левого легкого с небольшими участками просветления. Корни легких расширены, уплотнены. Синусы дифференцируются.

Вопросы:

1. В какую клиническую картину укладывается последнее ухудшение состояния?
2. Чем объясняется неэффективность проводимой ранее антибактериальной терапии?
3. Для какого заболевания характерна рентгенологическая картина?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Тактика ведения.

Задача № 47

Больной А. 42 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на повышение температуры до 39°С, одышку при физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, общую слабость, потливость, отсутствие аппетита. Врач поставил диагноз: ОРВИ и назначил лечение амоксициллином, антигриппином, бромгексином. Однако на фоне проводимой терапии состояние больного ухудшилось. Появилась одышка в покое, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сохранялась лихорадка до 38-39°, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью. По тяжести состояния больной был госпитализирован.

При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что брат больного в настоящее время проходит курс стационарного лечения по поводу туберкулезного лечения легких.

Объективно: диффузный цианоз лица, дыхание частое, поверхностное. ЧД – 36 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже уровня 6 ребра не проводится, перкуторно – тупость с 5 ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Шейные вены набухшие, левая граница сердца на 1,5 см кнаружи от СКЛ, ЧСС - 120 в мин. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Чем обусловлено ухудшение состояния больного?
2. Чем обусловлена физикальная картина правой половины грудной клетки?

3. Ваш предполагаемый диагноз?
4. Ваша тактика как семейного врача?
5. Обследование и ожидаемые результаты?
6. Тактика ведения больного

Задача № 48

Больной Н. 37 лет направлен в республиканский диагностический центр из районной больницы с целью уточнения диагноза. В течение 1,5 мес. больного беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, одышка при физической нагрузке. Субфебрилитет по вечерам (37,0-37,2°), потливость. Похудел на 5 кг. Лечился амбулаторно по месту жительства. Получил курс лечения пенициллином (10 дней), затем ровамицином (5 дней) без особого эффекта.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Грудная клетка цилиндрическая, правая половина несколько отстает в акте дыхания. Перкуторно справа сверху до уровня 8 ребра укорочение перкуторного звука. Дыхание жесткое, справа над участком укорочения перкуторного звука ослабленное. ЧД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 88 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

В общем анализе крови: НВ-126г/л, лейкоциты- 15×10^9 /л, лимфоциты-42%. СОЭ-33 мм/час. В анализе мокроты: Н-25% Л-75%. R-логически - определяется негетерогенное снижение прозрачности верхней доли правого легкого.

Вопросы:

1. Чем объясняется отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии?
2. Ваш предполагаемый диагноз?
3. Какие дополнительные исследования надо провести с целью уточнения диагноза.
4. Врачебная тактика.

Задача 49

Больная М., 26 лет, швея на приеме у врача центра семейной медицины жалуется на слабость, познабливание и потливость в вечерние часы, кашель со скудной мокротой слизистого характера в течение дня. Одышка при физической нагрузке.

Подобные жалобы беспокоят в течение 3 – 4 лет, к врачам не обращалась. Ухудшение состояния связывает с рождением ребенка 2 года назад. Последние 1,5 года появилась одышка при физической нагрузке. Живет одна с маленьким ребенком. Снимает комнату в старом частном доме. Отапливает комнату дровами. В углу общей кухни – влажная плесень.

Объективно: пониженного питания, астеничная, кожа гладкая, смуглая на локтях, ладонных складках, под мышками. Диффузный цианоз. Периферические лимфоузлы – до крупной горошины, подвижные, безболезненные. Правая половина грудной клетки резко отстает в акте дыхания, межреберья втянуты, направлены резко косо вниз. Справа – резкое укорочение перкуторного звука книзу от 4-5 ребра с косой неровной линией Дамуазо, в зоне укорочения - ослабленное дыхание, иногда – скребущий звук. Слева – дыхание жесткое, выдох не удлинен. Хрипов нет. В верхних отделах правого легкого дыхание ослабленное, влажные разнокалиберные хрипы. ЧД 28 в 1 мин. Правую границу сердца определить не удается. Верхняя и левая границы сердца – в норме. На верхушке тоны приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией. Ритм правильный. ЧСС – 96 в 1 мин. АД – 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен грязно-серым налетом. Живот мягкий. Печень и селезенка – не пальпируются.

На сделанной cito флюорограмме грудная клетка деформирована, весь средний и нижний отделы правого легкого интенсивно неравномерно затемнены (инкрустация плевры). Справа в верхней доле на фоне усиленного, деформированного легочного рисунка определяется неинтенсивное неоднородной структуры затемнение, с участками просветления и различной интенсивности очаговыми тенями.

Вопросы:

1. Ваша интерпретация физикальных данных органов дыхания.
2. Какие рентгенологические синдромы описаны?
3. Как Вы оцениваете изменения над верхними отделами правого легкого?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Предварительный диагноз.
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика врача.

Задача 50

Больная К., 22 лет, нигде не работает. Для оформления на работу заполняет медицинскую карту. На приеме у терапевта. Больной себя не считает, жалоб не предъявляет. Однако, при тщательном опросе отметила периодическую утомляемость, редкий сухой кашель, похудание.

Живет в стесненных бытовых условиях, в одной квартире с больной тетей, которая длительно кашляет и находится под наблюдением врача. Сама больная к врачам не обращалась.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледноваты. Ногти с поперечной исчерченностью. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Грудная клетка обычной формы, симметрична в акте дыхания. Перкуторно – звук легочный, границы – в норме. Над всей поверхностью легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Справа в подключичной области - участок ослабленного дыхания. ЧД – 18 в 1 мин. Органы кровообращения – без патологических изменений. ЧСС – 78 в 1 мин., АД – 110/60 мм рт.ст. Язык влажный, отпечатки зубов по краям. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – не увеличены.

Анализ крови – эр.- 2,8.10¹² /л, Нб-98,4 г/л, л – 8,8, э-4, п – 6, с –57, лимф – 7, СОЭ – 22 мм /ч. Анализ мочи – уд.вес – 1010. белок – нет, л –3-4 в п/зр. При исследовании мокроты на кислотоупорные бактерии 3-хкратно - результат отрицательный. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, легочный рисунок тяжистый. Корни легкого структурные. Справа на уровне I межреберья определяется ограниченное затемнение округлой формы с четкими контурами, диаметром – 2,5 см без связи с одноименным корнем.

Вопросы:

1. Ваша интерпретация осмотра и физикальных данных.
2. Ваша интерпретация данных лабораторно – инструментального обследования.
3. Назовите наиболее вероятную патологию легких.
4. Какие методы дополнительного обследования необходимы?
5. Тактика врача ЦСМ.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**Задача № 51**

Больная Г. 60 лет, инвалид по болезни. Обратилась к хирургу по поводу раны, которая нагноилась на подошве правой стопы, жалобы на боль и онемение в нижних конечностях, судороги икроножных мышц, повышение температуры тела до 37°С, выпадение и ломкость волос, слоистость ногтей.

5 дней назад обнаружила рану на подошве правой стопы, обработала ее дезинфицирующим раствором, наложила повязку. Однако рана не заживала, а стала нагнаиваться. Повысилась температура тела.

При активном расспросе отмечает жажду, снижение зрения, головную боль, отечность лица, особенно по утрам. Болеет сахарным диабетом в течение 20 лет. Тщательно соблюдает режим питания. Ежедневно принимает пролонгированный, перед приемом пищи – «простой» (короткого действия) инсулины. Несмотря на соблюдение диеты и отработанную дозу инсулинов («так сказала эндокринолог»), заболевание протекает с частыми проявлениями гипогликемии.

Объективно: рост - 170 см, масса тела - 92 кг. Кожа сухая. Отечность лица, пастозность голеней. Трофические язвы на коже стоп и голеней. Рана на подошве правой стопы с гнойным отделяемым. Над легкими дыхание – жесткое. ЧД – 28 в 1 мин. Левая граница сердца - на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Пульс - 88 в мин., ритмичный. АД - 165/100 мм рт. ст. Пульсация сосудов стоп снижена. Край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: эр. – $3,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 100 г/л, ЦП – 0,7; л. – 7×10^9 /л, СОЭ - 25 мм/ч. Общий белок крови - 60 г/л, альбумины - 28 г/л, глобулины - 32 г/л. глюкоза крови натощак - 15 ммоль/л. Креатинин в крови - 94 мкмоль/л. Холестерин - 6,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: плотность - 1032, белок – 0,32 г/л, глюкоза – 95 ммоль/л. Глазное дно - вены глазного дна расширены, микроаневризмы капилляров, очаги помутнения хрусталика, множественные мелкоточечные кровоизлияния.

Допплер-эховазография сосудов голеней - сужение просвета и деформация сосудов голеней, больше справа.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 52

Врач «скорой помощи» вызван на дом к больной Д. 16 лет. Больная без сознания. Со слов родственников, страдает сахарным диабетом в течение 4–х лет, принимает инсулин. В течение недели интенсивно работала (готовилась к экзаменам), стала много пить и часто мочиться. Появились нелокализованные боли в животе, изредка – тошнота. Последние два дня стала появляться рвота, нарастала сонливость. Вечером потеряла сознание.

Объективно: сознание отсутствует, кожа сухая, морщинистая. На коже груди – аспе. Дыхание шумное, с периодическими паузами, после которых вновь появляется шумный вдох. ЧД – 32 в 1 минуту. Изо рта – запах ацетона. Над легкими – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Шейные вены не набухшие. Границы сердца – в норме. Пульс – 116 в 1 мин., малого наполнения. АД – 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, печень – у реберной дуги.

Экспресс - исследования: глюкоза плазмы крови – 28 ммоль/л, реакция мочи на ацетон (+++), плотность – 1033.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 53

Больной М. 18 лет доставлен в поликлинику к дежурному врачу - невропатологу в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих, больной найден лежащим на тротуа-

ре, на голове – ссадина с запекшейся кровью. В кармане найдена карточка диабетика: страдает сахарным диабетом 1 типа, инвалид по болезни.

Объективно: сознание отсутствует. Кожа влажная, тонус мышц повышен. Тризм жевательных мышц. Тонус глазных яблок нормальный. Пульс – 78 в минуту, ритмичный. АД – 100/65 мм рт. ст. Язык влажный, прикуса языка нет. Сухожильные рефлексы живые. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Чем обусловлено состояние пациента?
2. Диагноз.
3. Какая неотложная помощь необходима?
4. Тактика ведения и принципы лечения.

Задача № 54

Женщина 50 лет обратилась к врачу – дерматологу по поводу появления на коже лица и тела угрей - и жироподобных высыпаний, сухости кожи, зуда в области наружных половых органов.

В течение пяти лет лечится у гинеколога по поводу зуда в области наружных половых органов и хронического аднексита.

Объективно: рост - 160 см, масса тела – 120 кг, распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. На коже лица и туловища – угри и ксантомы. При физикальном обследовании внутренних органов – без патологических изменений. ЧСС 82 в минуту, АД 130/70 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 126 г/л, ЦП – 0,8, лейкоц. – $7,8 \times 10^9/л$, п - 5 %, СОЭ - 16 мм/час. Общий белок крови - 60 г/л. Общий анализ мочи: плотность - 1032, белок отсутствует, мочевого осадок без патологии. ЭКГ – ритм синусовый, правильный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 55

Больная А. 33 лет, преподаватель. Обратилась к невропатологу поликлиники с жалобами на чрезмерную раздражительность (стала неуживчивой на работе), суетливость, плаксивость. Похудела. Из-за выраженной слабости снизилась работоспособность. Связывает с трудностями в семейной жизни.

Объективно: рост – 168 см, масса тела – 50 кг. Многословна, лицо с выражением напряжения и беспокойства, суетлива. Тремор вытянутых рук. Кожа влажная, тургор сохранен. Щитовидная железа увеличена до II степени, плотная, подвижная, безболезненная, поверхность неровная. Экзофтальм. Гиперпигментация век. Над легкими дыхание - везикулярное. ЧД – 22 в 1 мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, на верхушке - систолический шум. Пульс – 106 в минуту, ритмичный. АД – 150/70 мм рт. ст. При пальпации органов брюшной полости патологических изменений не обнаружено.

Из представленной пациенткой амбулаторной карты: анализы крови – эр.– $4,0 \times 10^{12}/л$, л. – $6,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/час. Холестерин – 2,5 ммоль/л. Глюкоза крови – 3,7 ммоль/л. УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа неоднородной консистенции, определяются солитарные (до 3,3 см) узлы.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 56

Больной М. 32-х лет. Жалуется на слабость, особенно во второй половине дня; апатию, сонливость, отсутствие аппетита, пристрастие к соли, снижение массы тела, частые поносы, боли в мышцах, головные боли, усиление кашля.

Курит с молодых лет. Кашляет при закуривании сигарет. 2 года назад был оперирован по поводу заболевания надпочечников. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением.

Объективно: Пониженное питание. Кожа локтей, ладоней, груди, послеоперационный рубец и слизистая дёсен - гиперпигментированы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Границы сердца в норме, тоны приглушены. ЧСС 80 в мин., АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения.
4. Консультация какого специалиста необходима?

ПСИХИАТРИЯ

Задача № 57

Больной К., 43 лет обращается с жалобами на потливость, усиленное сердцебиение, внутреннее напряжение, неспособность расслабиться. Подобные жалобы появились 2 года назад после похорон близкого друга, скончавшегося от сердечной недостаточности. С того времени стали беспокоить усиленное сердцебиение и перебои в работе сердца. При обращении к терапевту была заподозрена патология щитовидной железы. Проведено обследование. Седативная терапия оказалась малоэффективной. С того времени неоднократно обращался к различным специалистам, но однозначного диагноза выставлено не было. Последние 3 мес присоединились жалобы на плохое засыпание, утомляемость, периодические колющие боли в области сердца, нестабильность артериального давления. Вынужден поменять место работы, перейти на более легкий труд (стал работать охранником в котельной). Больной предполагает, что у него, возможно, какое-то серьезное заболевание.

Вопросы:

1. Какое заболевание щитовидной железы предположил терапевт?
2. Какое обследование было назначено и результаты обследований?
3. Почему терапевт ограничился седативной терапией?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Тактика ведения.

Задача № 58

Больная Л. 37 лет предъявляет жалобы на постоянное чувство внутреннего напряжения, колющие боли в области сердца, появляющиеся при эмоциональном напряжении, выраженную слабость и утомляемость. Из анамнеза: считает, что эти нарушения формировались постепенно в течение длительного времени, но связать с чем-либо начало своего заболевания

не может, связывает, возможно, со стрессом, вследствие того, что муж злоупотребляет алкоголем, но не считает это проблемой для себя и лечиться отказывается. Около 2-х месяцев курила по 5-6 сигарет в день. Объективно: повышенного питания. Прошла обследование: ЭКГ патологии не выявила. Была назначена велоэргометрия, однако пациентка не могла выполнить до конца в связи с выраженной усталостью. При суточном ЭКГ-мониторировании – без патологии. Через год жалобы сохранялись прежнего характера. Была направлена к невропатологу, была диагностирована вегето-сосудистая дистония, назначенное лечение - без облегчения состояния. Последние несколько месяцев отмечается снижение настроения, нарастающая усталость. Сама больная даже не представляет, чем она больна: «Возможно, у нее такое особое заболевание, которое чрезвычайно трудно четко диагностировать и, в особенности, лечить».

Вопросы:

1. Охарактеризуйте болевой синдром в сердце, для какого поражения сердца характерен?
2. Имеются ли факторы риска для кардиальной патологии?
3. Достаточно ли обследования, которое прошла пациентка, для исключения кардиальной патологии?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Тактика ведения и лечения.

Задача № 59

Больной А., 40 лет. Неоднократно обращается к кардиологу по поводу лечения имеющейся у него «сердечной недостаточности». Считает, что у него был инфаркт миокарда, который врачи вовремя не диагностировали. Много читал специальной литературы относительно ишемической болезни сердца. Появившиеся усиленные сердцебиения, нарастающую слабость, перебои в работе сердца расценивает как проявления усугубляющейся сердечной недостаточности. Многочисленные обследования у разных кардиологов признаков рубцовых изменений в миокарде не обнаружили. Однако это не убедило больного, т.к. периодически продолжаются сердцебиения, связанные с физической нагрузкой, длительностью до получаса (облегчение отмечается при приеме валидола). Считает, что до настоящего времени сталкивается с недостаточно квалифицированными кардиологами, которые не могут поставить очевидный диагноз и назначить своевременную терапию. Вынужден бросить работу, поскольку боится, что в любой момент возможен повторный ИМ.

Объективно: нормального телосложения, несколько худощав. Со слов больного, спортом не занимается. ЧД 16 в мин. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, чсс 80 в мин. АД 122/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется.

Вопросы:

1. Имеет ли картина клиники ишемической болезни сердца? Если да, то какой формы?
2. Имеет ли место у пациента картина сердечной недостаточности?
3. О каком поражении сердечно-сосудистой системы идет речь?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Ваша тактика и лечение?

Задача № 60

Больная Б., 33 лет. Обращается с жалобами на боли в эпигастральной области, отрыжку, потерю аппетита, изжогу. Указанные жалобы появились приблизительно около года назад, когда скончался отец больной от рака желудка. Сильно переживала эту ситуацию, а через несколько недель почувствовала у себя выше перечисленные жалобы. Боится, что у нее

рак желудка. Объективно: нормального телосложения, умеренного питания. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Петли кишечника обычных пальпаторных свойств.

При обследовании: общие анализы крови и мочи в норме. От гастроскопии отказалась – из-за рвотного эффекта. При рентгенографии желудка – без патологии. Однако уверения врача о том, что со стороны желудка патологии нет, успокоения не принесли. Обследовалась у онколога – с тем же результатом.

Считает, что врачи специально скрывают от нее «ужасный» диагноз, поскольку со слов пациентки «среди врачей так принято». Много читала литературы о своем заболевании.

Последнее время нарастает снижение настроения и степень убежденности в негативных последствиях рака желудка. Появились раздражение и неприязнь по отношению к врачам, которые, несмотря на то, что постоянно говорят о важности своевременного начала лечения, никак не могут поставить четкий диагноз и начать лечение. Появились мысли, что у нее уже неоперабельная форма, что еще больше увеличивает жалобы пациентки.

Вопросы:

1. В какую картину укладываются жалобы пациентки?
2. Достаточно ли обследования для исключения патологии желудка?
3. С чем связано неверие пациентки в результаты обследования и заключения врачей?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Тактика ведения и лечения.

Задача № 61

Больная В. 36 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на нарастающую слабость, утомляемость, ноющие боли в области сердца длительностью около часа. Боли снимаются через некоторое время после приема валокордина, но затем вновь возникают.

При обследовании на ЭКГ изменений в миокарде не обнаружено. По настоянию больной была проведена проба с дозированной физической нагрузкой (ВЭМ), которая патологии не выявила. При направленном расспросе выявляются дополнительные симптомы: отсутствие интереса к жизни, снижения аппетита, потеря веса, около 6 килограммов за последние несколько месяцев, стойкие запоры, в течение 2-х месяцев нарушения менструального цикла. Сама отмечает, что появилась крайняя неуверенность в себе, двигательная заторможенность, отмечаемые окружающими. Подтверждает снижение настроения, хотя считает, что это связано с возможной серьезной патологией сердца.

Объективно: пониженного питания. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы без изменений. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. О какой патологии сердца могла идти речь?
2. Достаточно ли обследования, необходимого для исключения патологии сердца?
3. О какой патологии можно заподозрить и необходимые обследования с ожидаемыми результатами?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Ваша тактика?

Задача № 62

Больная Г. 46 лет жалуется на хроническую усталость и утомляемость, снижение аппетита, ранние пробуждения, снижение веса тела, снижение работоспособности (как физической, так и психической). Стало трудно выполнять профобязанности (работала наемным продавцом в частном магазине). Появилась реальная вероятность потери рабочего места. Из анамнеза: подобные снижения настроения повторялись несколько раз в последние годы и

длились по несколько недель. Каждый раз она определяла какие-то провоцирующие факторы активности и настроения. Последнее ухудшение состояния длится уже полтора месяца, что и заставило обратиться за помощью. Менопауза с 43 лет. Объективно: нормального телосложения, АД 130/85 мм рт.ст. Невропатолог, к которому она была направлена, назначил винпоцетин, микстуру Кватера, комплексную витаминотерапию, но облегчения состояния не отмечает.

Вопросы:

1. О патологии какой системы можно заподозрить?
2. Какое обследование можно провести пациентке?
3. Если предположить, что результаты обследований будут отрицательными, о каком функциональном расстройстве идет речь?
4. Ваша тактика и лечение.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Задача № 63

Больной Н. 34 лет обратился к дерматологу с жалобами на белесые выделения из уретры, сопровождающиеся зудом и частым мочеотделением с резями, болезненные высыпания на подошвенной стороне стоп, мешающие больному быстро ходить; при упоре на пятки боли усиливаются, познабливание к вечеру, по утрам – влажная голова. При резком освещении – появляется небольшая резь в глазах.

Курит. Без определенного рода трудовой деятельности, собственной семьи нет. Подобные ощущения впервые появились 3 недели назад, с чем-либо определенным их не связывает.

Объективно: пониженного питания, кожа несколько смуглая. Плоскостопие, на коже подошв бляшки с участками шелушения - явления кератодермии. припухлость в области ахилловых сухожилий. Дефигурация правого голеностопного и левого коленного сустава за счет экссудативно-пролиферативных явлений. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 78 в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, на слизистой ротовой полости – мелкие язвочки. Губки уретры – гиперемированы, обильные белесые выделения из уретры.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дайте характеристику поражения кожи.
3. Есть ли какая-либо связь кожного-суставного синдрома и поражения уретры?
4. Ориентировочный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика лечения.

Задача № 64

Больная Р. 32 года обратилась к врачу поликлиники с жалобами на затруднение глотания твердой пищи, покашливание, повышение температуры тела до 37,4°C без познабливания.

Работает официанткой, живет одна, снимает квартиру. Курит. Общительна.

Объективно: несколько повышенного питания, гиперемия щек. Зев – гиперемия слизистой рта, миндалины увеличены, рыхлые. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до крупной фасоли, подвижные, безболезненные. Остальные группы лимфоузлов – не увеличены. Над легкими – легочный звук, дыхание жесткое, выдох не удлиннен. Хрипов нет. ЧД 18 в 1 мин. Границы сердца в пределах нормы. На верхушке и в других точках аускультации – шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 102 в 1 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный,

на слизистой ротовой полости справа – язвочка размером 0,8 см в диаметре с ровными краями, блюдцеобразной формы, лакированным дном, в основании – уплотнение, при пальпации безболезненна. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – не пальпируются. Из амбулаторной карты: анализ крови- л. - $12.9 \times 10^9 / \text{л}$, п- 5 %, СОЭ - 48 мм/час. Моча - светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1014, белок 0,01 г/л, л. - 8-9 в поле зрения. Микрореакция преципитации – положительная. Флюорограмма – легочный рисунок диффузно усилен.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дайте характеристику поражения миндалин и слизистой оболочки ротовой полости.
3. Ваша интерпретация результатов лабораторных исследований.
4. Ориентировочный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика лечения.

Задача № 65

Больной А., 26 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся зудом. Периодически отмечает боли и припухание мелких суставов кистей, лучезапястных и локтевых суставов, утренняя скованность в течение 20 минут.

Подобные жалобы больной отмечает последние 3 месяца. Мать страдает кожным заболеванием.

Объективно: нормального телосложения, удовлетворительного питания, на коже туловища, нижних и верхних конечностей папулезные элементы, розового цвета, покрытые серебристого цвета чешуйками, положительные симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения. Ногтевые пластинки утолщены, имеются точечные углубления на них. Дефигурация дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, обоих лучезапястных и локтевых суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД 19 в 1 мин., ЧСС 68 в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дайте характеристику поражения кожи.
3. Есть ли какая-либо связь кожного и суставного синдромов.
4. Ориентировочный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика лечения.

Задача № 66

Больной К., 65 лет обратился к дерматологу с жалобами на упорный кожный зуд в области нижних конечностей. При активном опросе – жалобы на ноющие боли в поясничной области, головные боли, общую слабость, снижение аппетита.

В амбулаторной карте в течение многих лет периодически отмечались изменения в анализах мочи в виде следов белка и лейкоцитурии.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы сухие, тусклые, бледно-желтушного цвета, следы расчесов на коже нижних конечностей. Над легкими - укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон. Аскультативно - жесткое дыхание с ослаблением в зонах укорочения. Сердце – границы расширены влево. ЧД 22 в 1 мин., ЧСС 108 в 1 мин.,

ритмичный, АД 190/120 мм рт.ст. Язык влажный, коричневый, обложен «грязным» налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Поколачивание по 12 ребру болезненно с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дайте характеристику поражения кожи.
3. Есть ли связь кожного синдрома и физикальных данных у больного.
4. Ориентировочный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика лечения.

Задача № 67

Студентка 21 года обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодическую диарею, боль и вздутие живота в течение последних 6 месяцев, необъяснимую потерю веса (около 5 кг).

Заметила, что диарея становится не такой выраженной, если она перестает с едой употреблять хлеб.

Также беспокоена зудящей макулезной и пузырьной сыпью на разгибательных поверхностях обоих верхних конечностей, а также в области лопаток, спонтанно образующимися небольшими кровоизлияниями в кожу.

Отмечает, что начала чувствовать общую слабость и недомогание последний месяц. При осмотре температура тела - 36,8 °С, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в минуту, сатурация O₂ - 99%.

Из анамнеза: болеет сахарным диабетом I типа.

По данным общего анализа крови, сывороточного железа, ферритина, свободного трансферина, установлена железодефицитная анемия.

Вопросы:

1. Каковы этиология и патогенез данного заболевания?
2. Какие изменения стула характерны для данного заболевания?
3. Дайте характеристику поражения кожи.
4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза заболевания?
5. Каковы основные принципы лечения данного заболевания?

Задача № 68

Больной 23 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду, частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то, что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало.

При осмотре: истощён, кожа сухая, шершавая. На коже туловища, передней поверхности предплечий и голеней зудящие высыпания в виде плоских, мелких блестящих папул полигональных очертаний синюшно-розового цвета, с пупкообразным вдавлением в центре, следы расчесов. Язык красный, липкий. Изо рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 ударов в минуту). Живот спокойный. Печень увеличена на 2 см. Селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Консультацию какого узкого специалиста необходимо назначить?

Задача № 69

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Сопутствующих заболеваний нет.

Пациенту была назначен амоксицилин в стандартной дозировке. Через три дня после начала антибиотикотерапии у пациента резко поднялась температура до 39,8°C, развилась общая слабость, головокружение, появилось сильное жжение и боль всего кожного покрова, сильная жажда. Объективно: состояние тяжелое, пульс 92 удара в мин., артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Кожа лица, туловища, конечностей на большом протяжении ярко гиперемирована. В некоторых местах на фоне эритемы определяются дряблые пузыри, быстро превращающиеся в крупные эрозии. При потягивании за обрывок пузыря пинцетом наблюдается отслоение кожи на 1-2 см за пределы пузыря. Прикосновение к коже вызывает резкую болезненность.

При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

Задача № 70

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по средин-

но-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

НЕВРОЛОГИЯ

Задача № 71

Врач «скорой помощи», приехав на вызов больной 68 лет, отметил глубокий левосторонний гемипарез (снижение силы до 1,5—2 баллов). После приема таблетки каптоприла под язык уже в машине по дороге в больницу движение в левых конечностях полностью восстановилось.

Длительно страдает гипертонической болезнью, периодически – кризы, которые сопровождались тошнотой и рвотой. АД колеблется от 170-200/100 – 120 мм рт.ст. По ночам появляются приступы удушья с хрипами, из-за чего вынуждена была садиться в кровати или открывать форточку, принимала таблетку эуфиллина. Через 5–10 мин одышка проходила. Врачом поликлиники рекомендовано купировать приступы удушья эуфиллином.

Со слов больной, за 2 часа до поступления в больницу появилась слабость в левых конечностях, онемение в них.

При осмотре в приемном покое: повышенного питания, цианотичность губ и носа. Пастозность голеней. Над легкими – дыхание жесткое, выдох несколько удлинен. Рассеянные сухие и в нижних отделах влажные незвучные хрипы. ЧД 32 в 1 мин. Шейные вены набухшие. Верхняя граница сердца – II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. На верхушке - I тон ослаблен, систолический шум, проводится по левому краю грудины. Ритм правильный. ЧСС 102 в 1 мин., АД 176/90 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются.

В неврологическом статусе: сознание ясное, больная ориентирована правильно, сглаженность левой носогубной складки, опущен левый угол рта, легкая девиация языка влево. Четких парезов выявить не удастся. Сухожильные рефлексы чуть выше слева. Четких чувствительных нарушений нет. Патологических знаков нет.

Вопросы:

1. Каков генез удушья?

2. Ваше мнение о тактике купирования удушья эуфиллином?
3. Ваше представление о характере физикальных данных над легкими?
4. Дайте характеристику деятельности системы кровообращения.
5. Какой характер нарушения мозгового кровообращения у больной?
6. Диагноз.
7. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
8. В условиях какого отделения больная должна находиться?

Задача № 72

Больной Т. 42 лет жалуется на онемение ног, ползание мурашек, опоясывающие боли вокруг грудной клетки, пошатывание при ходьбе. При нагрузке и быстром вставании – резкое потемнение в глазах и шаткость, боли в прекардиальной области с иррадиацией в левую руку. Частые обмороки.

Боли в прекардиальной области с иррадиацией в левую руку и частые обмороки отмечает 5 – 8 лет. Онемение ног, парестезии и пошатывание при ходьбе беспокоят в течение последних шести месяцев. К врачам не обращался. Курит с молодых лет.

Объективно: пониженного питания, кожа смуглая. Периферические лимфоузлы - до горошины, безболезненные. Зубная диастема. Над легкими – легочный звук, рассеянные сухие хрипы на фоне жесткого дыхания. ЧД 20 в 1 мин. Пульсация аорты и систолический шум в яремной ямке. Пульсация шейных сосудов. Шейные вены не расширены. Левая граница сердца на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии. На верхушке – тоны звучные, над аортой и в V точке – систолический и короткий диастолический шумы. ЧСС 92 в 1 мин., АД 140/66 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: зрачки сужены до размера булавочных головок, анизокория, синдром Арджил—Робертсона. Гипотония мышц. Отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы. Грубо нарушена вибрационная и суставно-мышечная чувствительность. В позе Ромберга с закрытыми глазами - неустойчив.

Анализ крови - глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 18,2 ммоль/л, креатинин - 0,44 мкмоль/л, общий белок 62 г/л. Анализ мочи - светлая, удельный вес - 1008, белок 0,065 г/л, лейкоциты – 6-8 в п/зр., эритроциты - нет.

В спинно-мозговой жидкости - цитоз 100/3 (70% - лимфоциты, белок – 1,2 г/л, блока нет).

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дайте характеристику деятельности и нарушений системы кровообращения.
3. Диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимы?
5. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 73

У 9-летней девочки внезапно появились диарея несколько раз в день, рвота, не приносящая облегчения и повышение температуры.

Семейный врач расценил состояние как «вирусный гастроэнтерит». Назначено лечение. Однако, несмотря на лечение, состояние больной ухудшилось: продолжались поносы, эпизодическая рвота и через 4 дня исчезли движения в правой руке и левой ноге. Девочка была госпитализирована.

Объективно: сознание ясное, на вопросы отвечает с нежеланием. Кожа дряблая, горячая на ощупь. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Со стороны легких и органов сердечно-сосудистой системы – без патологических знаков. ЧД 22 в 1 мин., ЧСС 90 в 1 мин., АД 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка - не пальпируются.

Неврологический статус: снижение сухожильных и периостальных рефлексов на руках и ногах,

мышечная гипотония в правой руке и левой ноге, патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Функции тазовых органов сохранены. Спинномозговая жидкость: цитоз - $0,31 \times 10^9$ /л (90%-лимфоциты), белок - 0,5 г/л, давление спинномозговой жидкости - 280 мм водн. столба.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какого специалиста нужно пригласить для консультации?
3. Какой материал может использоваться для лабораторной диагностики?
4. Возможна ли специфическая терапия?

Задача № 74

28-летний мужчина жалуется на острую головную боль в затылочной теменной области, двоение в глазах, озноб и повышение температуры, потливость по ночам. Кашель приступообразный, с трудноотделяемой мокротой в небольшом количестве, особенно при закуривании и выходе из теплого помещения на холод. Одышка при быстрой ходьбе. Снижение слуха на левое ухо.

Курит много лет, при закуривании появляется кашель, иногда с мокротой. Последние 2 года – одышка при быстрой ходьбе. В течение последних 6 недель у больного периодически появлялись озноб и повышение температуры, потливость по ночам.

Объективно: несколько пониженного питания, смуглый. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Над легкими – легочный звук, границы в норме, дыхание жесткое, выдох удлинен, на всем его протяжении – сухие свистящие и жужжащие хрипы. ЧД 19 в 1 мин. Органы кровообращения - без патологических изменений. ЧСС 88 в 1 мин., АД 120/70 мм рт.ст. Печень и селезенка – не увеличены.

Неврологический статус: ограничение движений левого глазного яблока кнаружи, снижение роговичного рефлекса слева, недостаточное смыкание век при зажмуривании слева, отставание левой носогубной складки при улыбке, снижение слуха на левое ухо, выраженную ригидность затылочных мышц.

Спинномозговая жидкость: лимф. $0,85-10^9$ /л, уровень сахара и хлоридов снижен, жидкость опалесцирует, при стоянии выпадает фибриновая пленка.

Вопросы:

1. Оцените физикальные проявления над легкими.
2. О чем свидетельствует ригидность затылочных мышц?
3. Дайте оценку изменениям спинномозговой жидкости.
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Консультация какого специалиста необходима?
6. Врачебная тактика.

МЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

Задача № 75

Больная 58 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в коленных и плечевых суставах при движении, усиливающиеся при изменении погоды, также отмечает боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе обычным шагом через 400-500 м, но она вынуждена останавливаться раньше, так как боли в суставах ограничивают ходьбу. Со слов - болевой синдром в сердце около 6 лет, была обследована, выявили стенокардию, по поводу которой она получает препараты. Настаивает на физиолечении суставов.

На рентгенограммах суставов - явления деформирующего остеоартрита.

Вопросы:

1. Какие исследования необходимы для исключения противопоказаний к физиотерапии?

2. Какие методы физиотерапии можно назначить по поводу заболевания суставов?
3. Показано ли грязелечение по типу «брюк» и «рукавов»?
4. Какая форма ЛФК показана больному?
5. Показано санаторно-курортное лечение?

Задача № 76

Больной 24 года жалуется на «голодные» и «ночные» боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, периодически - тошноту. Аппетит сохранен. Беспокоит раздражительность, слабость. Вышеперечисленные жалобы появились около 4-х месяцев. В последний месяц стал отмечать головокружение, особенно при перемене положения тела, слабость усилилась. Жена заметила бледность кожных покровов. Из анамнеза: будучи студентом, «как все» питался нерегулярно, всухомятку, периодически отмечал боли в желудке, но не обращался к врачам. Курит.

Объективно: несколько пониженного питания. Кожа и слизистые бледные, чистые. В области голени – варикозное расширение вен. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. ЧСС 68 в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии, там же небольшое напряжение мышц, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена, симптомы холецистита отрицательные. Стул – склонность к запорам.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь у пациента?
2. Каковы дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Можно ли в комплексе с медикаментами назначить физиотерапию и ЛФК?
4. Какие методы физиотерапии показаны больному при этом заболевании?
5. Показано ли грязелечение при этом заболевании?
6. Есть ли показания для санаторно-курортного лечения?

Задача № 77

Больному 52 года. Наблюдается у врача по поводу КБС, стабильной стенокардии напряжения, ФК II, постинфарктного кардиосклероза и недостаточности кровообращения, ФК I. Сопутствующий диагноз: Хронический пояснично-крестцовый радикулит в фазе ремиссии.

Стенокардия диагностирована в течение 5 лет. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда. В настоящее время приступы стенокардии беспокоят при значительной физической нагрузке, легко снимаются нитроглицерином.

Объективно: Над легкими – без патологических изменений. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный, ЧСС - 76 в 1 мин, АД 130/80 мм рт.ст.

На ЭКГ – рубцовые изменения в области нижней стенки левого желудочка, при велоэргометрии - толерантность к физической нагрузке 600 кгм/мин.

Вопросы:

1. Какие методы физиотерапии можно назначить больному по поводу КБС?
2. Возможно ли назначение ванн? Каковы противопоказания к ним?
3. Какие методы физиотерапии можно назначить по поводу пояснично-крестцового радикулита?
4. Какие курорты показаны и не показаны такого рода больным?

Задача № 78

Больной 49 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом около 10 лет, курит. В настоящее время усилился кашель со слизисто-гноющей мокротой, затрудненное дыхание, одышка при умеренной физической нагрузке (ускоренной ходьбе, подъеме по лестнице на 2 этаж), слабость, потливость. Температура тела периодически к вечеру повышается до субфебрильных цифр.

Объективно: над легкими – легочный звук с коробочным оттенком, дыхание – жесткое с удлинненным выдохом, на фоне которого – сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в 1 мин. Со стороны других органов и систем – без патологических изменений.

Анализ крови: Эр. $4,6 \times 10^{12}/л$, НВ – 150 г\л, лейкоциты $6,4 \times 10^9/л$, СОЭ -20 мм\час.

Вопросы:

1. Определите фазу заболевания.
2. Какие методы физиотерапии в комплексе с медикаментозным лечением можно назначить данному больному?
3. Какие формы ЛФК показаны больному при данном состоянии?
4. Можно ли назначить больному грязелечение?

Задача № 79

Больная 38 лет в течение 6 лет страдает бронхиальной астмой, средней тяжести. В настоящее время приступы удушья 1-2 раза в день, снимаются ингаляциями беротека, сальбутамола. Гормоны не принимала. Обратилась к врачу по поводу физиолечения, слышала об ингаляциях от других больных с хорошим эффектом.

Объективно: правильного телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, обе ее половины – симметричны в акте дыхания. Перкуторно – легочный звук. Дыхание жесткое, выдох практически равен вдоху. При форсированном выдохе - единичные сухие хрипы. ЧД – 19 в 1 мин. Сердце – без особенностей. ЧСС – 88 в 1 мин. АД – 110/74 мм рт.ст.

Анализ крови и мочи - без особенностей. ЭКГ - без патологии. При спирографии – обструктивные вентиляционные нарушения I степени.

При осмотре гинекологом: фибромиома матки размером 4-5 недель.

Вопросы:

1. Показано ли пациентке физиотерапевтическое лечение в настоящий момент?
2. Назначьте физиотерапевтическое лечение с учетом сопутствующей патологии.
3. Можно ли назначить больной тепловые процедуры?
4. Можно ли назначить ванны и если «Да», то какие?

Задача № 80

Больная 63 лет жалуется на головокружения, головные боли, снижение памяти, шум в ушах, снижение работоспособности. 3 дня назад после переохлаждения появились боли в нижней части живота, частое и болезненное мочеиспускание. Осмотрена невропатологом: в неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

При обследовании: бульбарная конъюнктивит – артерии узкие, ток крови замедлен. По данным реоэнцефалографии – пульсовое кровенаполнение увеличено, тонус повышен, венозная дисфункция. Установлены начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы исследования и консультации необходимы для уточнения диагноза и исключения противопоказаний к физиолечению?
3. Какие методы физиотерапии можно назначить больной?
4. Какие формы ЛФК показаны больному при данном состоянии?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Задача № 81

Больной Д., 28 лет, житель села, обратился к ревматологу с жалобами на припухлость и боли в правом коленном суставе, не может самостоятельно передвигаться. При активном опросе отмечает повышение температуры тела до 38°C, боли в костях, мышцах, потливость, сильные боли в пояснице, левой ноге.

Из анамнеза: болен в течение 2 месяцев - неоднократно обращался в участковую больницу с жалобами на повышение температуры тела до 37.5°C, боли в костях и мышцах, потливость. Всякий раз по поводу ОРЗ получал короткими курсами бисептол, гентамицин: самочувствие улучшалось, но ненадолго – через некоторое время все симптомы возвращались. Неделю назад вновь появились жалобы, обратился к сельскому «костоправу», который провел сеанс массажа, костных вытяжений, но после этого состояние только ухудшилось. Занимается выращиванием и продажей скота.

Объективно: состояние средней тяжести, телосложение астеническое, кожа лица бледная. Правый коленный сустав слегка отечен, кожа над ним гиперемирована, при пальпации слегка болезненный. Все группы лимфоузлов увеличены до размера фасоли. В лёгких патологии не выявлено. На верхушке сердца выслушивается раздвоение I тона, короткий систолический шум. Печень на 3 см ниже реберной дуги, пальпируется селезенка. Положительны симптомы Эриксона и Нахласа.

Анализ крови: эр. $-3,9 \cdot 10^{12}$, л - $4,2 \cdot 10^9$; п - 2; с - 39; лимф. - 47; м - 12; СОЭ - 12 мл/час. Реакция Райта - 1:400. На рентгенограмме сустава - разрастание костной ткани, экзостоз.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Необходимы ли консультации специалистов?
3. Диагноз.
4. Проанализируйте тактику ведения больного в участковой больнице и лечение у «костоправа».
5. Тактика лечения.

Задача № 82

Больной Г., 22 лет, доставлен частной машиной в больницу в состоянии сопора. Со слов сопровождающего брата, больной сегодня ел в кафе шашлык и через 6-7 часов после этого появились потрясающий озноб, высокая температура, головная боль и резкая, нестерпимого характера боль в эпигастрии. Была многократная рвота, не принесящая облегчения. Через 2-3 часа озноб прекратился, появились резкая слабость, повышенная потливость, апатия и беспокойство, одышка, чувство нехватки воздуха. Впервые появился частый жидкий водянистый стул в виде мясных помоев, диффузная боль вокруг пупка. Больной периодически терял сознание. Мочи нет в течение 3-х часов.

Со слов брата, больной с детства страдает гемолитической анемией.

Объективно: состояние тяжелое - больной в состоянии сопора, кожа холодная, землистого оттенка. Температура тела 35,7°C. Цианоз, цианотические пятна вокруг суставов, на туловище. Четкие симптомы «белого пятна», нарушение микроциркуляции ногтевого ложа. Над легкими – жесткое дыхание, хрипов нет. Аритмия дыхания. ЧД – 26 в 1 мин. Тоны сердца глухие. ЧСС – 130 в 1 мин. Пульс нитевидный. АД - 50/20 мм рт. ст. Мочевой пузырь пустой.

Непроизвольная дефекация. На ЭКГ - признаки диффузной гипоксии миокарда. В крови азотемия, концентрация K^+ - 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой ведущий клинический синдром?
2. Предположительный диагноз.
3. Какие заболевания и состояния необходимо исключить?
4. Меры неотложной помощи.
5. Необходимы ли дополнительные методы обследования и консультации специалистов?

Задача № 83

Больная К., 32-х лет, беременная на 8-ом месяце (беременность первая), недавно вернулась из Афганистана, где служила в течение 2-х лет. По поводу тошноты, выраженной слабости, неоднократной рвоты и отсутствия аппетита (в течение нескольких дней почти ничего не ела) обратилась к акушеру-гинекологу поликлиники.

Со слов: беременность протекала без осложнений, до самого отъезда продолжала работать. Заболела в пути: появились тошнота, слабость, неоднократно рвота, снизился аппетит.

Врачом поликлиники был диагностирован поздний токсикоз беременности и больная была направлена в отделение патологии беременности. На 6-й день пребывания в отделении появилась желтуха, а в крови выявлены повышенные показатели АлАТ - 654 Ед/л. С диагнозом «вирусный гепатит» больная была переведена в инфекционный стационар.

В инфекционном стационаре состояние больной было расценено как удовлетворительное. Но с каждым днем нарастали интоксикация и желтуха. Это соответствовало началу родовой деятельности, в связи с чем больная была переведена в родильное отделение. Роды протекали с разрывом промежности, обильной кровопотерей. Родилась жизнеспособная девочка.

Через неделю после родов больная была вновь возвращена в инфекционное отделение. Однако спустя 18 дней началось обильное послеродовое маточное кровотечение, сочетавшееся с другими проявлениями ДВС-синдрома. Выявлена массивная гематурия с наличием в моче свободного гемоглобина. Присоединилась острая почечная недостаточность. Гемостатическая терапия оказалась неэффективной, что потребовало экстренной операции - надвлагалищной экстирпации матки. На 3-й день после операции наступил летальный исход.

На вскрытии - признаки субмассивного некроза печени и некроза почечных канальцев.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. С какими поражениями печени необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Каковы причины летального исхода?
4. Какие специалисты должны были принимать участие в лечении?
5. Какие лабораторные исследования необходимо было провести?
6. Какова должна быть акушерская тактика?

Задача № 84

Больной С., 32 лет вызвал участкового врача на дом. Жалуется на чувство жара и повышение температуры тела до 40°C, ломоту в теле, выраженные боли в глазных яблоках, в лобно-височных и затылочных областях разлитого, мучительного характера; повышенная чувствительность к световым и звуковым раздражителям.

Заболел остро с резкого озноба, на фоне повышения температуры тела до 40° появились сильные боли в глазных яблоках, в лобно-височных, затылочных областях; повторная рвота, не приносящая облегчения. Врач поставил диагноз: «грипп». Назначил лечение бисептолом, парацетамолом, антигриппином. Однако лечение в течение 3-х дней не помогло, состояние продолжало ухудшаться, периодически бредил, головная боль нарастала, родственники вызвали скорую помощь, которая доставила больного в больницу.

Со слов родственников, больной в детстве болел туберкулезом легких, в настоящее время снят с учета. Курит, кашляет.

Объективно: больной «загружен». Кожа бледная, суховатая. Парез мимической мускулатуры по центральному типу, выражена анизорефлексия сухожильных и периостальных рефлексов, паразиты справа по спастическому типу. Правосторонний птоз, опущение угла рта. Частичная амнезия, депрессивное состояние, высокие сухожильные рефлексы, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Над легкими – без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 102 в 1 мин. АД 160/110 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,89, Лейк.– $24,3 \times 10^9$ /л; п/я – 9%, с/я – 78%, э – 0%, л – 13%, СОЭ – 45 мм/час.

Ликворограмма: цвет - серый, цитоз – не поддается счету, белок - 1,64 г/л, лимфоциты - 5%, нейтрофилы - 95%, глюкоза-1,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой ведущий клинический синдром?
2. Отметьте ошибки семейного врача.
3. Диагноз.
4. Какие заболевания необходимо исключить?
5. Необходимы ли консультации специалистов и если «Да», то каких?
6. Тактика лечения.

Задача № 85

Больной В., 18 лет на приеме у терапевта жалуется на сильную боль в глазницах, висках, сильный озноб, боль в мышцах и костях, чувство жара, болезненный надсадный кашель. Из анамнеза: 2 дня назад с группой друзей был на отдыхе за городом. Перечисленные симптомы - со вчерашнего дня. Вчера вечером было повышение температуры до $40,1^{\circ}$. Двое из друзей также заболели.

Курит с 10 лет, в течение 5 лет кашляет по утрам и при закуривании. Объективно: температура – $39,5^{\circ}\text{C}$. Выражен цианоз губ, ногтевых фаланг, «гусиная» кожа. Склерит, из носа скудные выделения, зернистость задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы – размером с «горошины», подвижные, безболезненные. Глубокое дыхание вызывает надсадный кашель. Над легкими – жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД 22 в 1 мин. Границы сердца – в норме. Тоны звучные, ритм правильный. ЧСС 96 в 1 мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Оболочечные знаки отрицательные.

Анализ крови: л – $5,4 \cdot 10^9$ /л, п – 3%, сегм – 56%, лимф. – 35%, Мон – 6%, СОЭ – 8 мм/час.

Вопросы:

1. Какой ведущий клинический синдром?
2. Охарактеризуйте результаты физикального обследования легких.
3. Диагноз.
4. Какие заболевания необходимо исключить?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
6. Нужна ли консультация специалиста?
7. Тактика лечения.

Задача № 86

Больной Г., 24 лет вызвал врача на дом. Жалобы на резкую слабость, двоение в глазах, туман и мелькание мушек перед глазами, поперхивание при питье жидкости, ощущение комка в горле. Из анамнеза: 2 дня назад был в гостях: ел консервированный салат из болгарского перца домашнего приготовления с жареным мясом, пил водку домашнего производ-

ства. К вечеру того же дня появилась тошнота, однократная рвота, жидкий водянистый стул. Участковый врач вызвала «скорую помощь» и больной был направлен в инфекционную больницу, несмотря на отказ больного на госпитализацию.

Объективно: поступил в больницу в состоянии лёгкого алкогольного опьянения, под левым глазом определяется подкожная гематома тёмно – синего цвета, выражен двусторонний птоз, мидриаз, ограничение движения глазных яблок, голос гнусавый, речь невнятная, шепотом, двоение в глазах, поперхивается, не глотает, вода выливается через нос. Периферических парезов и параличей нет. Над легкими и сердцем – без патологических симптомов. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – не увеличены.

Анализ крови - без особенностей.

Вопросы:

1. Какой ведущий клинический синдром?
2. Какова тактика участкового врача?
3. С каким направительным диагнозом участковый врач направила больного на госпитализацию в инфекционную больницу?
4. Какие заболевания необходимо исключить?
5. Необходимы ли консультации других специалистов?
6. В отделение какого профиля следует поместить больного?
7. Тактика лечения.

Задача № 87

Больному 16 лет, из анамнеза известно, что он заболел 3 дня назад с повышения Т до 37,2, слабости, недомогания, снижения аппетита, болей в животе и суставах. К врачу не обращался, лечился альмагелем, дротаверином в таблетках. Вчера потемнела моча, кал стал серого цвета. Вызвали участкового врача, который направил больного в стационар с диагнозом вирусный гепатит. Эпид. анамнез: в семье отец носитель HBs Ag. При поступлении состояние больного средней тяжести. Жалуется на тошноту, боли в животе, слабость, снижение аппетита. Кожа с умеренной желтушностью, диффузная иктеричность склер. Костно-мышечная система, лимфоузлы без патологий. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, пульс 60 уд./мин. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень 2-2-3 см. Из под края реберной дуги. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 130 мкмоль/л, конъюгированная фракция – 80 мкмоль/л, АлАТ – 300 Ед/л, АсАТ – 220 Ед/л, тимоловая проба – 4 Ед., протромбиновый индекс – 70%. ИФА: HBsAg (+), HBeAg (+), анти-HBc IgM (+).

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,89, Лейк.– $4,3 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 41%, э – 2%, л – 45%, м – 9%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи – уд/вес – 1020, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эпителий плоский –един., желчные пигменты ++++.

Вопросы:

5. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
6. Оцените результаты анализов.
7. Где и каким путем произошло заражение больного?
8. Какова будет тактика лечения?
9. Прогноз заболевания, исход.
10. В чем заключается специфическая профилактика заболевания?

Задача № 88

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие

ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, появилось головокружение, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до 39,7° С. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами: «иерсиниоз?».

В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билирубин связанный — 150 мкмоль/л, свободный — 80 мкмоль/л, АлАТ — 800 Ед/л, АсАТ — 760 Ед/л; протромбиновый индекс — 50%; общий белок — 55 г/л, альбуминов — 32%, альфа 1 — 5%, альфа 2 — 12%, бета — 15%, гамма — 32%; сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба 10 ед. При серологическом исследовании выявлены НВsAg (+), анти-НВс (суммарные), антитела к вирусу D класса М.

Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в отделение интенсивной терапии.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените результаты анализов.
3. Какие симптомы заболевания схожи с симптомами иерсиниоза?
4. Какова будет тактика лечения?
5. Прогноз заболевания, исход.
6. В чем заключается специфическая профилактика заболевания?

Задача № 89

Больной В., 18 лет, студент колледжа, доставлен в психиатрическую больницу с диагнозом: «Острый психоз? Алкогольный делирий?». Болен 3-ий день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах, температура 37,5°С, плохой сон. Сегодня состояние ухудшилось: появилось затруднение дыхания («спазмы»), обильное слюноотделение, расстройство глотания, резкая возбудимость, чувство страха. При осмотре: беспокоен, не вполне адекватен, вздрагивает от прикосновений и громких звуков, с развитием спазмов дыхания и глотания. При попытке пить воду из стакана возникает спазм мышц глотки. Зрачки расширены, глаза блуждают. А/Д 100/50 мм.рт.ст., пульс-130 уд/мин, температура 39,6°С. Частота дыхания до 38 в 1 минуту. Контакт с инфекционными больными не имел. Дома была собака, которая месяц назад умерла от «чумки». К врачу не обращался.

Вопросы:

1. Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте.
2. Как можно подтвердить диагноз?
3. Принципы ведения больного.
4. Какой будет исход заболевания?
5. Какие есть меры профилактики этого заболевания?

Задача № 90

В медпункт вокзала обратилась девушка (едет из Таджикистана), с жалобами на сильную головную боль, боль в мышцах. Температура 38,8°С. Больна 3-ий день, болезнь началась с повышения температуры, болей в горле, болей в животе, дважды был жидкий стул. В поезде состояние ухудшилось, обратилась за медицинской помощью. Госпитализирована с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция». В стационаре на следующий день температура нормализовалась. Утром не смогла встать с постели из-за резкой слабости в ногах. При

осмотре выявлен парез мышц бедра справа со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, парез левой икроножной мышцы и прямой мышцы живота справа.

Вопросы:

1. Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте.
2. Какие данные эпиданамнеза нужно выяснить?
3. В каком отделении должна лечиться больная с учетом путей передачи инфекции?
4. Какое дополнительное обследование необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
5. Какие есть меры профилактики этого заболевания?

Задача № 91

Больной В., 25 лет, обратился к стоматологу в поликлинику в связи с затруднением при открывании рта. Стоматолог патологии не выявил, но отметил, что больной открывает рот не более чем на 3 см и направил его к неврологу. Невролог отметил оживление сухожильных рефлексов и рекомендовал успокаивающую микстуру с валерьяной и пустырником. На следующий день больной вновь обратился в поликлинику к терапевту в связи с полной невозможностью открывать рот и появлением затруднения при дыхании. Температура 37,5°C. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс – 88 уд/мин, АД 130/85 мм.рт.ст. В амбулаторной карте терапевт отметил неадекватность поведения больного, проявляющееся в «немотивированной улыбке». Не получив помощи, больной обратился к хирургу, который выяснил, что за 10 дней до начала болезни больной получил ссадину левой голени во время игры в футбол, и после осмотра, беседы установил диагноз.

Вопросы:

1. Какой диагноз установил хирург? Обоснуйте его.
2. Какая должна быть терапевтическая тактика?
3. Появления каких симптомов возможно ожидать при отсутствии медицинской помощи?
4. Каков патогенез данного заболевания?
5. Есть ли профилактика этого заболевания?

Задача № 92

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°C. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась. Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2°C. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы, передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блестит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какая должна быть терапевтическая тактика, если заболевание возникло впервые?
3. Какие у больной есть предрасполагающие факторы к возникновению рецидива?

4. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?
5. Какая должна быть профилактика рецидива этого заболевания?

Задача № 93

Больной П., 25 лет, студент. Обратился в поликлинику в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5°C, появлением кашля и насморка, головной боли. Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом «ОРВИ» отправлен домой. В течение следующих 2-3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель, насморк, температура достигла 39,5°C, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - осипшим. При осмотре полости рта и глотки - яркая гиперемия, отечность, рыхлость слизистой. На внутренней поверхности щек (напротив коренных зубов) беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. На коже лица, в области лба, за ушами есть пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне кожи. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98 уд/мин, ритмичный. Печень не увеличена. Менингеальных явлений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Решите вопрос о необходимости госпитализации, назначьте лечение.
4. Спрогнозируйте дальнейшее развитие болезни. Укажите возможные осложнения.
5. В чем заключается профилактика заболевания?

Задача № 94

Больная К., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро, вечером почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач поликлиники. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8°C. Тургор кожи нормальный. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмированная, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

Вопросы:

1. Назовите ведущий синдром. О каком заболевании следует думать и почему?
2. Как следует решить вопрос о госпитализации?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?
4. Назначьте лечения больной.
5. Назовите условия выписки больной.

Задача № 95

Больная Н., 58 лет обратилась к невропатологу по поводу сильных болей в правой половине

головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состояние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отек. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица». При поступлении состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

Вопросы:

1. Установите диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз с рожей лица.
3. Каковы этиология и патогенез этого заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Может ли больная представлять эпидемиологическую опасность для окружающих?

Задача № 96

Больной К., 19 лет, студент ночью проснулся от сильного озноба. В 7.00 температура - 40°C. Больной доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». При поступлении состояние тяжелое, больной возбужден, неадекватен, сознание спутанное. При осмотре кожа бледная, цианоз губ и ногтей. Множественные кровоизлияния в конъюнктивы глаз. На туловище, лице и конечностях, небольшое количество геморрагических элементов, количество и размеры которых в процессе осмотра увеличиваются. Выражена ригидность мышц затылка. Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Зрачки сужены, D=S. В легких хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 уд/мин, сердечные приглушены, АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 128 уд/мин, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Больной не мочился с вечера предыдущего дня. Во время осмотра развились клонические судороги, больной потерял сознание.

В учебной группе регистрировались случаи ОРЗ.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния?
3. Какие методы лабораторной диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
4. Назовите противопоказания для люмбальной пункции.
5. Какая должна быть тактика врача в отношении терапии?
6. Профилактика и меры в очаге инфекции.

Задача № 97

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость.

Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7°C. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки

не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул 2 раза в сутки без патологических примесей. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован.

В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась к третьему дню болезни. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л). Однако, спустя два дня появился озноб, головная боль, температура тела вновь повысилась до 39,1°C. Возникли ноющие боли в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 2 раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Поражение каких органов возможно при данном заболевании (особенно у взрослых)?
3. Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. В чем заключается профилактика заболевания?
6. Назовите возможные осложнения инфекции.

Задача № 98

Девочка 15 лет, поступила в клинику из интерната с жалобами на вялость, сниженный аппетит, боли в животе. Из анамнеза: 4 месяца назад прооперирована по поводу эхинококкоза печени. При поступлении: определялась краевая иктеричность склер, легкая иктеричность кожи, зев спокоен. Со стороны легких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без четкой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1,5-2,0 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

В биохимическом анализе крови: уровень билирубина общего – 72 мкмоль/л, конъюгированный 60 мкмоль/л, активность АлАТ – 423 Ед/л, АсАТ -385 Ед/л.

Клинический анализ крови: Нб - 130 г/л, эр – $3,82 \times 10^{12}/л$, ц.п. -0.9, Лейк - $5.0 \times 10^9/л$; п/я 3%, с/я 53%, э. - 2%, л. - 40%, м.-2%, СОЭ 10 мм/час.

В моче: обнаружены уробилин и желчные пигменты.

Серологические вирусные маркеры: анти-HCV IgM (+), РНК HCV (+). HBsAg (-), анти-HBc IgM (-), анти-HAV IgM (-), анти-HEV IgM (-)

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
3. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Предполагаемый источник и путь инфицирования.
6. Назовите возможные варианты исходов этой болезни.

Задача № 99

Больной С., 30 лет, в июне поступил в неврологическое отделение с жалобами на повышение температуры, головную боль. Болен 4-й день: вначале температура повысилась до 37,5°C, а затем достигла 38-38,5°C. Появилась головная боль, тошнота, 2 раза была рвота. За 2 недели до болезни был в туристическом походе по Чон-Кемину, неоднократно удалял присосавшихся клещей. При осмотре: склерит, кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 110/75 мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не увеличены.

Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

При диагностической люмбальной пункции получен ликвор следующего состава: цитоз – 283 в 1 мкл, белок-0,9%, реакция Панди +++, в мазке –88% лимфоцитов, 12% нейтрофилов.

Проведенное лечение: физиологический р-р по 800,0 мл. в/в, фуросемид 40мг.-в/в х1р., диклофенак -75мг в/м х 2р.

На фоне проводимой терапии головная боль и менингеальные симптомы уменьшились, но появился парез левой руки, снижение сухожильных рефлексов слева. Больной продолжает лихорадить.

Вопросы:

1. Укажите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз.
4. Какое этиотропное лечение необходимо назначить больному, нужна ли гормональная терапия?
5. Консультация какого специалиста необходима?
6. Прогноз у данного пациента?

Задача № 100

Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°C, появление резкого отека правой кисти.

Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°C.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации.

Эпиданамнез: больной живет в селе, держит скот, 10 дней назад вместе с братом резал корову, которая была больной. Мясо продали на стихийном рынке оптом. Контакт с инфекционными больными отрицает. Как себя чувствует брат не знает, он живет в городе.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика участкового врача?
4. Тактика обследования и лечения. Показано ли хирургическое лечение язвы?
5. рофилактика и мероприятия в очаге.

АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ

Задача № 101

На приеме у врача пациентка 27 лет с жалобами на головные боли, слабость, раздражительность, слабую память, прогрессирующую прибавку в весе, снижение либидо.

В анамнезе: одни роды в 20 лет. Беременность протекала с высоким уровнем АД, в родах было кровотечение. С тех пор страдает вторичным бесплодием. В течение последних трех

лет отмечает нарушения менструального цикла. Были задержки менструаций до 5-6 месяцев.

Объективно: лунообразное лицо, отложения жира в области спины и молочных желез, на животе. Оволосение по мужскому типу, сильнее выраженное в области бедер. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧСС 88 в 1 мин. АД 170/112 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. На коже живота и бедер множественные стрии фиолетово-розового цвета.

Гинекологическое исследование: шейка матки без видимой патологии, тело матки небольших размеров, придатки не увеличены, выделений нет.

Вопросы:

1. Заболевание какой системы превалирует в клинике?
2. Какова причина вторичного бесплодия?
3. Генез артериальной гипертензии?
4. Какие необходимы дополнительные исследования?
5. Консультация какого специалиста необходима?
6. Диагноз.
7. Тактика ведения больной.

Задача № 102

Больная 22 лет жалуется на частые выделения из половых путей, боли внизу живота, боли в суставах, раздражительность. Боли в поясничной области, сердцебиение.

Менархе с 16 лет, болезненные, регулярные. Во время месячных заметила кровотечения из прямой кишки. Страдает бесплодием. Перенесенные заболевания: цистит, артрит, конъюнктивит, бесплодие.

При осмотре – пониженного питания, кожные покровы бледные. Над легкими и сердцем без патологических изменений. АД 100/70 мм рт.ст.

Анализ крови – эр – $3,1 \times 10^{12}/л$, Нб – 96 г/л. Осмотрена гинекологом: шейка матки коническая, тело матки небольших размеров, ограничено в подвижности. За маткой ниже крестцово-маточных связок определяется плотное бугристое безболезненное образование.

Вопросы:

1. Чем обусловлено общее состояние больной?
2. Чем обусловлена анемия?
3. Чем объяснить кровотечение из прямой кишки?
4. О каком заболевании идет речь?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
7. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 103

Пациентка Б., 25 лет пришла на прием к семейному врачу с жалобами на боли в области поясницы с обеих сторон ноющего характера, общую слабость, периодически приступообразные боли внизу живота. Боли внизу живота начались внезапно, после акта дефекации сопровождались обморочным состоянием.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледноватой окраски, температура $37,1^{\circ}$. ЧСС 88 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот слегка вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный справа в нижних отделах живота, больше справа. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Анализ мочи: плотность -1014, белок – 50 мг/л, эр – 10-12 в п/зр, свежие, л – 6-8 в п/зр. УЗИ почек: деформация чашечно-лоханочной системы справа. Семейный врач направила

пациентку к гинекологу. При опросе: задержка менструации на 4 дня. При гинекологическом исследовании: влагалище узкое, шейка матки конической формы, зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, антефлексии-верзии, мягковатой консистенции, при смещении отмечает резкую болезненность. Левые придатки тяжистые. В области правых придатков определяется образование «колбасовидной» формы без четких контуров, 5x4x4 см, резко болезненное при исследовании. Задний свод резко болезненный. Выделение мажущие, кровянистые.

Вопросы:

1. Правильна ли тактика семейного врача?
2. С чем связаны боли внизу живота и в поясничной области?
3. Чем обусловлен положительный симптом Щеткина-Блюмберга?
4. Необходимы ли дополнительные исследования? Если «да», то какие?
5. Предварительный диагноз.
6. Дифференциальный диагноз.

Задача № 104

Больная К., 43 года, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, боли в эпигастриальной области, потеря в весе в течение последних 3 месяцев. Из анамнеза: жалобы появились в течение полугода, последний месяц присоединились боли в поясничной области, больше слева.

Объективно: больная пониженного питания, кожные покровы бледные, температура 37.4°, ЧСС 86 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет, слева внизу живот болезненный.

Анализ крови: гемоглобин - 60 г/л, лейкоциты - 4×10^9 /мл, СОЭ -48 мм/ч. Рентген ЖКТ: дефект наполнения перехода тонкого кишечника в толстый.

Терапевт направила пациентку на консультацию к гинекологу. Менструальный цикл не изменен, беременность одна, роды одни. При гинекологическом исследовании выявлено: слева от матки определяется плотное образование, ограниченное в подвижности 6x5x4 см.

Вопросы:

1. Что послужило основанием для семейного врача – направить больную на консультацию к гинекологу?
2. Чем обусловлена патология желудочно-кишечного тракта?
3. Чем объяснить жалобы больной, субфебрилитет, анемию и ускорение СОЭ?
4. Необходимы ли дополнительные исследования? Какие?
5. Предварительный диагноз.
6. Симптомы, подтверждающие диагноз.
7. Врачебная тактика.

Задача № 105

Больная 27 лет предъявляет жалобы на острые боли в животе, больше справа, тошноту, рвоту. Объективно: температура 37.6°, пульс 90 уд/мин, АД 120/80, живот вздут, при пальпации определяется напряжение передней брюшной стенки - симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области. При гинекологическом исследовании выявлено: шейка матки цилиндрическая, без видимой патологии, тело матки небольших размеров, плотное, справа за маткой определяется нижний полюс образования тугоэластической консистенции.

Вопросы:

1. Чем обусловлен диспептический синдром и субфебрилитет?

2. Необходимые методы исследования.
3. Предварительный диагноз.
4. Симптомы, подтверждающие диагноз.
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Задача № 106

Беременная 38 лет поступила с регулярной родовой деятельностью в течение 4 часов, через 3 часа произошли самостоятельные роды в головном предлежании. Ранний послеродовой период протекал в течение 12 часов без особенностей.

Из анамнеза: в возрасте 36 лет произведена операция - резекция желудка по Бильрот-2 по поводу прободной язвы желудка.

На вторые сутки послеродового периода появились жалобы на тошноту, рвоту, икоту, слабость, отсутствие аппетита и вздутие живота, газы не отходят.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура - 36,7°C. Сознание ясное, кожные покровы бледноватые. Над легкими – без патологических изменений. ЧД 18 в мин. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 94 уд/мин. Послеоперационный рубец по срединной линии живота. Живот вздут, напряженный.

УЗИ органов брюшной полости - полости различных размеров с горизонтальным уровнем жидкости.

Вопросы:

1. С чем связано развитие диспепсического синдрома?
2. Чем обусловлена тяжесть состояния?
3. Как расценить УЗИ-картину органов брюшной полости?
4. Оказала ли влияние на состояние больной операция, проведенная 2 года назад?
5. Предварительный диагноз.
6. Тактика ведения.

Задача № 107

В гинекологическое отделение из инфекционной больницы доставлена больная 28 лет. С жалобами на боли в нижних отделах живота, влагалищные выделения, рвоту озноб, затем появился жидкий стул.

В анамнезе: с целью предохранения от беременности 6 месяцев назад введена внутриматочная спираль. В связи с многократным жидким стулом была госпитализирована в инфекционную больницу.

Объективно: кожа горячая. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. ЧД 26 в 1 мин., пульс 90 уд/мин., ритмичный. АД 110/60 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом, суховат. Живот несколько вздут, разлитая болезненность во всех отделах, слабо выраженные симптомы раздражения брюшины в надлобковой области.

Влагалищное исследование: Из цервикального канала гнойные выделения. Тело матки несколько больше нормы, болезненное. Справа и позади матки определяется резко болезненное образование мягкой консистенции размером 8х8х6 см. Во время влагалищного исследования - непроизвольный жидкий стул.

Вопросы:

1. Где находится очаг воспаления?
2. Какие осложнения вызваны введением внутриматочной спирали?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Предполагаемый диагноз.
5. Консультация какого специалиста необходима?

6. Тактика ведения и лечения больной.

Задача № 108

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость.

Анамнез: заболела остро: появились боли внизу живота, озноб, температура повысилась до 39,5 градусов.

Менструации начались в 14 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней назад. Половая жизнь с 23 лет. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад было случайное половое сношение.

Объективно: общее состояние средней тяжести: температура тела - 39,5°C. Пульс 120 в мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительные. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Симптом Пастернацкого - отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Анализ крови: гем. - 120г/л, л. - $16,8 \times 10^9$ г/л., сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ - 38 мм/ч. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев щелевидный, слизистая оболочка влагалища бледно розового цвета, из цервикального канала отходят гнойевидные выделения. Влагалищное исследование: шейка матки эластической консистенции, наружный зев закрыт, смещение шейки матки болезненно, своды глубоки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования больной.
3. Консультация какого специалиста необходима?
4. Тактика ведения больной

Задача № 109

Молодая женщина 23 лет. Данная беременность первая, протекала без осложнений, чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю отметила появление отеков на ногах. За всю беременность прибавила в весе 14 кг. АД ранее не повышалось.

При осмотре состояние удовлетворительное. Срок беременности 36 недель. Сердцебиение плода – 140 в мин., ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней, АД – 160/90 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Какова будет Ваша лечебная тактика?
4. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 110

В родильный дом поступила первобеременная 21 год. Схватки начались за 12 часов до поступления, потуги – 3 часа тому назад. Воды отошли за 4 часа до поступления. Температура – 36,5 С. Пульс -76 уд/мин. При наружном исследовании роженицы обращает на себя внимание брахицефалическая голова и искривление нижних конечностей. Размеры таза: 27-27-32-17 см. Положение плода продольное, 2-я позиция. Головка предлежит ко входу в малый таз. С/б плода – 120 уд\мин., ритмичное. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный

шов в поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок справа, большой слева. Диагональная конъюгата 10 см. Потуги сильные через 3-4 мин.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. На основании чего выставлен диагноз?
3. Тактика врача.

Задача № 111

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД – 120/65 мм.рт.ст. Схватки через 2-3 мин по 50-55 сек. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Размеры таза 26-27-33-18 см. С/б плода глухое, ритмичное от 100 до 180 уд/мин. Положительный симптом Вастена. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонен кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. На основании чего выставлен диагноз.
2. Тактика врача.

Задача № 112

Первобеременная 17 лет, обратилась с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и выраженные кровянистые выделения из половых путей со сгустками 24 мая. Первый день последней менструации – 13 марта. Общее состояние средней тяжести, положение вынужденное – полусогнутое, держится за живот; кожные покровы бледные, АД 120\80 мм.рт.ст., пульс-86 ударов в минуту; живот мягкий, чувствительный в нижних отделах. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, отмечаются кровянистые выделения из половых путей со сгустками, шейка матки – зев зияет, тело матки в гипертонусе, увеличено до 6 недель беременности. УЗИ: в полости матки, в средней трети свободно лежит плодное яйцо, хорион на всем протяжении отслоен, сердцебиение не определяется, выраженный гипертонус матки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, с обоснованием.
2. План обследования.
3. Лечение.

Задача № 113

Первородящая 29 лет, срок гестации 39 недель. При поступлении: родовая деятельность - сильные, частые, продолжительные схватки через 2-3 минуты по 35-40 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; шейка матки сглажена. Края мягкие, податливые, тонкие. Открытие маточного зева – 3см., плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Через час излились светлые околоплодные воды. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края мягкие, податливые, тонкие. Открытие маточного зева – 7см., плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, с обоснованием.
2. Тактика, возможные осложнения.

Задача № 114

Повторнородящая 36 лет, срок гестации 38 недель. В анамнезе: трое родов, четыре – мед. аборта, одни роды – двойней. При поступлении: ВДМ – 41см, ОЖ – 105см; родовая деятельность в течение 4 часов - схватки через 7-8 минут по 15-20 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 146 ударов в минуту. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; шейка матки сглажена, края средней толщины, податливые. Открытие маточного зева – 4см., плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Через 4 часа родовая деятельность такая же, данные влагалищного исследования те же.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, с обоснованием, возможные осложнения.
2. Причины данного осложнения родов.

Задача № 115

Первородящая 25 лет, срок гестации 35 недель; При поступлении: ВДМ – 35см, ОЖ – 85см; размеры таза: 23-25-28см, наружная конъюгата-18см. Родовая деятельность - схватки через 5-4 минут по 30-35 секунд, прогрессируют. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; шейка матки сглажена, края средней толщины, податливые. Открытие маточного зева – 7 см., плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, пальпируется малый родничок слева. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, с обоснованием.
2. План ведения.

Задача № 116

Родильница седьмые сутки после родов. Жалобы на общую слабость, головную боль, чувство жара, боли в поясничной области и внизу живота. Из анамнеза: роды путем операции кесарева сечения по поводу угрожающего состояния плода – острой внутриутробной гипоксии плода, на фоне преждевременного излития околоплодных вод (безводный промежуток – 29 часов), вторичной слабости родовой деятельности. Во время беременности был диагностирован хламидиоз. На момент осмотра: состояние средней тяжести, кожные покровы: гиперемия щек, горячие на ощупь. Температура тела – 39 градусов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-19 в минуту. Печень, селезенка не увеличены. Язык сухой, обложен белым налетом; живот мягкий, участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Тело матки при пальпации болезненно, дно на уровне пупка. Влагалищное исследование: шейка матки не сформирована, тело матки до 18 недель беременности, болезненно, «тестоватой» консистенции. Выделения гнойные с «гнилостным» запахом.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, с обоснованием.

2. Необходимые методы обследования, ожидаемые результаты.
3. План ведения.
4. Возможные осложнения.

Задача № 117

Первородящая, 24 лет. В течение нескольких дней- головная боль, плохое самочувствие. До этого во время беременности чувствовала себя здоровой. *Осмотр*: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи- большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. *Наружное исследование*: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева выше пупка, 140 в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. *Влагалищное исследование*: открытие полное, плодный пузырь цел, прощупывается слева и спереди левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При производстве влагалищного исследования возник первый припадок судорог, продолжающийся 3-4мин., с потерей сознания

Вопросы:

1. Оцените состояние роженицы при поступлении.
2. Какой период родов?
3. О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
4. Что делать?

Задача № 118

В приемный блок поступила повторнобеременная с жалобами на головные боли, шум в ушах. АД 180/100, 160/100 мм.рт.ст. Отеков нет. Белка в моче нет. Срок беременности 40 недель.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика.

Задача № 119

Машиной скорой помощи доставлена беременная с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту. АД при осмотре бригадой скорой помощи 170/110 мм.рт.ст. В/в введено 20,0 25% сульфата магния. При осмотре в приемном блоке начались фибриллярные подергивания мимической мускулатуры, которые перешли в клонические судороги. Женщина без сознания, дыхание отсутствует, кожные покровы цианотичные.

Вопросы:

1. Были ли допущены какие-либо ошибки и на каком этапе?
2. Ваша тактика?

Задача № 120

Первородящая поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 8 часов, излитие околоплодных вод в течение 3 часов. Объективно: Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. СБ плода ясное, ритмичное, 137 ударов в минуту. Схватки через 3 минуты по 45 секунд. Воды подтекают, зеленоватые. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева на 7 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Лицевая линия в попереч-

ном размере, слева определяется подбородок, слева глазницы. Таз емкий. Подтекают зеленоватые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

Задача № 121

В родильный дом доставлена беременная 38 лет, в тяжелом состоянии. Пульс- 100 в мин., ритмичный, малый. Кожные покровы бледные. Женщина жалуется на сильную слабость. Беременность пятая, 38 недель. Три беременности закончились нормальными срочными родами. Четвертые роды закончены операцией кесарева сечения 2 года тому назад по поводу сильного кровотечения при сроке беременности 37-38 нед. Послеоперационный период протекал с лихорадкой, нагноением послеоперационной раны передней брюшной стенки. Выписана на 21й день после операции с живым ребенком. Сегодня дома после подъема тяжести почувствовала резкие боли в животе, на короткое время потеряла сознание, вследствие чего была машина скорой помощи. *При поступлении:* с/б плода выслушать не удалось. Схватки отсутствуют. Предлежащая часть не определяется. Контуры матки не определяются. Хорошо прощупываются по передней брюшной стенке мелкие части плода.

Вопросы:

1. Что случилось с беременной?
2. Какова степень тяжести возникшего осложнения?
3. Что с плодом?
4. Какие осложнения были после предыдущего кесарева сечения?
5. В чем ошибка врача женской консультации?

Задача № 122

Машиной скорой помощи 28.10.08 доставлена больная 15 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза: последняя менструация началась 21.10.08, в последние 2 дня усилилась и перешла в кровотечение. Менархе с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 5-6- дней, обильные, болезненные. Половой жизнью не живет.

Отмечает периодические носовые кровотечения

При исследовании рег гестум: тело матки небольших размеров, подвижное, в области придатков без особенностей. Во время осмотра наблюдаются выделения из половых путей, кровянистые, умеренные. ОАК – эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 100г/л., лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 4 мм/час.

Вопросы:

1. Возможные причины маточного кровотечения у девочки?
2. Оцените анализ крови
3. Каков план обследования
4. Этапность лечения?
5. О какой патологии идет речь?

Задача № 123

В женскую консультацию обратилась пациентка 26 лет. Жалобы на боли внизу живота справа в течение двух дней, слабость, головокружение и темно-коричневые выделения из

половых путей после задержки менструации на 2 недели. Боли иррадиируют в прямую кишку. Менструации с 13 лет по 5 дней, регулярные, через 28 дней, безболезненные, умеренные.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, температура 36,8° С, пульс 84 удара в минуту, АД 110/70, 105/70 мм ртутного столба. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в нижних отделах, больше справа. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

Per vaginam: влагалище узкое, матка несколько увеличена, смещение ее вызывает боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Шейка матки визуально не изменена. Выделения скудные, темно-коричневого цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.

Задача № 124

Три месяца назад введена ВМС. Последующие менструации были обильными и болезненными. Беспокоило головокружение, слабость, выявлена анемия. Последняя менструация 2 нед. назад. *При гинекологическом исследовании:* шейка и тело матки не изменены. Область придатков без особенностей.

Вопросы:

- 1) Чем вызвано нарушение менструальной функции?
- 2) Что послужило причиной развития анемии?
- 3) Какие дополнительные методы исследования необходимо применить?
- 4) Возможно ли в будущем применение данного метода контрацепции?
- 5) Что делать с ВМС?

Задача № 125

Женщина 42 лет явилась к врачу женской консультации для профилактического осмотра. Особых жалоб не предъявляет. Менструации через 30 дней, по 3-4 дня, необильные, регулярные. Последняя менструация в срок, скудная. *При влагалищном исследовании:* шейка не изменена, тело матки увеличено до 8-9 нед. беременности, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не изменены. Выделения светлые.

Вопросы:

- 1) Оцените данные бимануального исследования.
- 2) О чем свидетельствует характер менструации?
- 3) Нужны ли дополнительные методы исследования?
- 4) Тактика ведения больной.

Задача № 126

Больная 46 лет поступила в гинекологическое отделение для обследования и лечения. Жалобы на нерегулярные, обильные менструации. Перенесенные заболевания: грипп, частые ангины. Состоит на учете по поводу мастопатии. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез без особенностей. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, через 24 дня, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 27 лет. Роды - 1, аборт - 1. Вторичное бесплодие. В 1995 г. при осмотре обнаружено увеличение матки до 7 недель бере-

менности. Состоит на диспансерном учете. С 2003 г. менструации носят ациклический характер, обильные, длительные. Последняя менструация с 24.05.05 по 05.06.05. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, визуально и кольпоскопически не изменена. Тело матки до 11-12 недель беременности, деформировано, ограничено подвижно, безболезненно. Придатки не определяются, выделения обычные.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3) Оцените увеличение размеров матки.
- 4) Составьте план лечения.

ХИРУРГИЯ

Задача № 127

25-летняя пациентка поступила в отделение неотложной хирургии через 20 минут после аварии с жалобами на боли в животе, слабость, тошноту, головокружение. При осмотре - кожные покровы бледные. Дыхание выслушивается с обеих сторон. АД не определяется, пульс 130 в мин. В левом подреберье подкожное кровоизлияние от удара. Признаки черепно-мозговой травмы отсутствуют. Диагностирована беременность сроком 3 месяца.

Вопросы:

1. Что на Ваш взгляд требует экстренного внимания и неотложной помощи: состояние матери после травмы или состояние плода?
2. Чем обусловлено состояние пострадавшей?
3. Стоит ли дожидаться консультантов? Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения тяжести состояния пострадавшей? Ожидаемые результаты.
4. Необходима ли консультация специалиста и если «да», то какого?

Задача № 128

50-летняя женщина доставлена в хирургическое отделение с жалобами на боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание, субфебрильную температуру тела.

Боли в надлобковой области появились около 1,5 суток тому назад и сопровождаются учащенным болезненным мочеиспусканием. При ходьбе боли усиливаются, иррадируют в правую ногу, область анального отверстия. Последняя менструация 6 дней назад, в срок. Перенесенные заболевания мочевыделительной системы отрицает.

При осмотре: живот мягкий, слегка напряжен в надлобковой области: здесь же резкая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При пальцевом ректальном исследовании обнаружена кожная анальная гиперестезия, преректальная болезненность. Влагалищное исследование - задний свод выбухает.

Анализ крови: л - $14 \times 10^9 / \text{л}$, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Анализ мочи: множество лейкоцитов в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы провести?
3. Ваша лечебная тактика?

4. Нужна ли консультация другого специалиста? Если да, то какого?

Задача № 129

Больной доставлен в отделение с жалобами на боли в правой паховой области, задержку газов и стула. Беспокоит кашель в течение дня с трудноотделяемой мокротой. Иногда кашель становится приступообразным. Одышка при быстрой ходьбе.

Заболел 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота, постепенно выросли боли в правой паховой области, появилась припухлость, которая увеличивалась при кашле.

Курит. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение месяц назад. Лечился всякий раз амбулаторно. Последние данные ФЭГДС - язва в стадии рубца. Правосторонняя пахово-мошоночная грыжа - 6 лет, от предлагаемого ранее оперативного лечения отказывался.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожа бледная. Справа над ключицей пальпируется лимфоузел, размером 1x1 см, безболезненный. Над легкими – жесткое дыхание, выдох удлинён, рассеянные сухие хрипы. Глубокое дыхание сразу вызывает кашель. Пульс 124 в мин. АД 95/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжён, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание 8x7x6 см, напряжённое, резко болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость.

Вопросы:

1. Дайте интерпретацию физикальных данных над органами дыхания.
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии?
4. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Консультация какого специалиста необходима?
6. Какое лечение Вы предложите больному?
7. Насколько срочно необходимо предпринять лечебные мероприятия?

Задача № 130

Больная 52 лет вызвала врача на дом по поводу болезненного вздутия в правой паховой области в течение пяти дней, сопровождающееся схваткообразными болями в животе.

В течение 2 месяцев у неё периодически возникала эта припухлость, сохранялась длительно и сопровождалась схваткообразными болями и вздутием живота. Несколько раз была рвота. К врачам не обращалась.

Объективно: повышенного питания. Кожа обычной окраски и влажности. Над легкими и сердцем – без патологических изменений. Умеренная диффузная болезненность живота с чувствительным вздутием в правой паховой области.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какие дополнительные исследования показаны для подтверждения диагноза?
4. В каком положении необходимо исследовать больного?
5. Ваша тактика.

Задача № 131

Больная 38 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на выделение крови в виде капелек из прямой кишки во время акта дефекации, сильные ноющие боли в подложечной и околопупочной областях без определенной периодичности, вздутие живота, тошноту, иногда рвоту, чередование запоров и поносов. Ломкость ногтей, выпадение волос. Считает себя больной в течение 10 лет, к врачам никогда не обращалась. Месячные нерегулярные и продолжительные.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 165 см, вес - 66 кг. Бледность слизистых. Кожа бледная с землистым оттенком, атрофия вторичных придатков кожи, утолщение и слоистость ногтей. Язык со сглаженными сосочками, ангулярный стоматит, Живот несколько вздут, разлитая умеренно выраженная болезненность в подложечной области. Печень и селезенка – не увеличены. Осмотр области прямой кишки: варикозно расширенные геморроидальные узлы.

Вопросы:

1. Перечислите ведущие клинические синдромы и аргументируйте.
2. Консультация какого специалиста необходима?
3. Ориентировочный диагноз.
4. Предложите план лечения.
5. Прогноз и дальнейшая тактика амбулаторного ведения больной.
6. Показано ли физиотерапевтическое лечение?

Задача № 132

Водитель «маршрутного такси» 46-и лет вызвал врача на дом. Со слов больного: внезапно стало «плохо» - закружилась голова, появились выраженная слабость, головная боль, приступ тошноты и тяжесть в эпигастральной области. Затем возникла рвота и многократный жидкий водянистый стул. Связывает с тем, что на завтрак съел бутерброд с колбасой, купленный в кафе.

Самостоятельно сделал промывание желудка (раствором марганцовки), после чего самочувствие несколько улучшилось. Однако вскоре у больного появился потрясающий озноб, температура повысилась до 38.5°C, жидкий стул участился и возникли кратковременные судороги в икроножных мышцах. С начала заболевания больной не мочился.

При осмотре: бледность, цианоз губ. Пульс 86 в мин, слабого наполнения. АД 100/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области и в области пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание по XII ребру безболезненное с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дайте оценку тяжести состояния больного.
3. Какие клинические данные свидетельствуют об обезвоживании?
4. Консультация какого специалиста необходима?
5. Врачебная тактика
6. Необходимы ли противоэпидемические мероприятия и какие?

Задача № 133

Во время транспортировки больного в операционную произошло самопроизвольное вправление ущемленной паховой грыжи. Длительность ущемления 4 часа.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. ЧД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 90 в мин. АД 120/85 мм рт.ст.

Учитывая общее удовлетворительное состояние, больному выполнена радикальная операция грыжи с пластикой передней стенки пахового канала по Жирану-Спасокукоцкому. На 2-е сутки после операции отмечено ухудшение состояния, появление перитонеальной симптоматики.

Вопросы:

1. Какая ошибка была допущена во время операции?
2. Ваше мнение относительно причины ухудшения состояния больного?
3. Правильно ли проводилось лечение больного?
4. Какие дополнительные методы следует применить для уточнения причины ухудшения состояния?
5. Нужна ли консультация другого специалиста?
6. Ваша тактика при развившемся осложнении.

Задача № 134

Больной 56 лет обратился в поликлинику с жалобами на недомогание в течение последних 2 недель, субфебрилитет, быструю утомляемость, катаральные явления верхних дыхательных путей.

При осмотре - иктеричность кожи и склер. Над легкими – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 96 в 1 мин, АД 130/70 мм рт.ст. Печень - на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоболезненное опухолевидное образование округлой формы, плотноэластической консистенции. Селезенка не увеличена. С диагнозом «инфекционный гепатит» больной был госпитализирован в инфекционную больницу.

Вопросы:

1. Правомочен ли выставленный диагноз?
2. Какова причина этого синдрома желтухи?
3. Какие исследования показаны в данной ситуации?
4. Какие дифференциальные критерии желтухи при инфекционном гепатите?
5. Ваша тактика лечения?

Педиатрия

Задача № 135

Ребенок 5 месяцев, поступил с жалобами на кожные высыпания на лице, зуд кожи, общее беспокойство. Из анамнеза: заболел впервые, сыпь появилась после введения прикорма - 5% манной каши. Находится на естественном вскармливании. Мать ребенка страдает респираторным аллергозом. При осмотре: вес 7900 г, пастозный, кожа лица гиперемирована, в области щек отмечается инфильтрация, папулезно-везикулезная сыпь. На волосистой части головы - гнейс. Пальпируются шейные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В общем анализе крови: Нв - 130 г/л, Эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк.- $11 \times 10^9/л$, п-2%, сегм.-36%, Эо.-16%, л-40%, м-6%, СОЭ-15мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины возникновения заболевания.
3. Назначьте лечение.

Задача № 136

Ребенку 4 месяца. Родился в феврале. Находится на искусственном вскармливании (смесь «Малыш», 5% манная каша). Капризный, беспокойный, часто вздрагивает, отмечается повышенная потливость, в основном головы. На коже обильная потница. Большой родничок 3,5x3,5 см, края податливые, краниотабес.

Уровень Са в сыворотке крови - 2,25 ммоль/л.

Уровень фосфора – 0,8 ммоль/л.

Вопрос:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лечения.

Задача № 137

Ребенку 9 месяцев. Вскармливание смешанное (3 раза в день получает 10% манную кашу и грудное молоко). Кожные покровы бледные. Выступают лобные бугры, затылок уплощен. Большой родничок 2x2 см, края податливые. Зубов нет, грудная клетка несколько сплюсчена с боков, нижняя ее апертура развернута. Хорошо видна «Гаррисонова борозда», на ребрах пальпируются «четки». На фалангах пальцев «нити жемчуга». Уровень Са в сыворотке - 2,05 ммоль/л, Р - 0,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача № 138

Матери 28 лет, считает себя здоровой. Отцу 30 лет, здоров. Беременность четвертая. Третья беременность два года тому назад закончилась рождением ребенка, который вскоре умер. Вскрытие не производилось. Данная беременность в первой ее половине протекала без осложнений. Во второй половине мать перенесла ОРВИ, не лечилась. Роды в срок, воды отошли за два дня до родов. Масса ребенка при рождении 3500г., рост 51см. Состояние после рождения было расценено как удовлетворительное (закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 8 б.). На второй день жизни появился гнойный конъюнктивит, на пятый день - мелкие единичные гнойнички на шее. На девятый день состояние ребенка резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5 градусов, потерял в весе за сутки 100г., кожа сухая, иктеричная, на 14-ый день развился гнойный отит, на 21-ый день абсцесс – волосистой части головы и парaproктит. В анализе крови лейкоцитов – 18×10^9 /л, палочкоядерных – 16%, сегментоядерных – 63%, СОЭ – 25 мм в час. При посеве крови на стерильность выделен золотистый плазмокоагулирующий стафилококк.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.
3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

Задача №139

Вы присутствуете в родзале во время родов. Роды I, ребенок родился с массой 3600г, длиной 52 см, окружность головы-35 см, окружность груди-34 см. Закричал сразу.

Вопросы:

Доношен ли ребенок?

Когда необходимо приложить ребенка к груди?

Какой совет вы дадите маме по вскармливанию?

Какое количество грудного молока должен получать ребенок на 5-й день жизни? Воспользуйтесь при расчете формулой Зайцевой, Финкильштейна, простым способом.

Задача № 140

Ребенок родился доношенным в срок, с массой 3600 г, длиной -52 см. Мальчику исполнился 1 год. Он имеет: рост 75 см, вес 7800г, окружность головы - 46 см, окружность груди - 46см.

Вопросы:

Соответствуют ли показатели возрастной норме, если нет, то почему?

Задача № 141

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3500,0, длина 51 см. При осмотре ребенка педиатром на 3 день жизни отмечена желтушность кожных покровов и склер. Общее состояние больного не нарушено.

Вопросы:

1. С чем связано развитие желтухи?
2. Может ли она самостоятельно исчезнуть?
3. Оцените физическое развитие.
4. Рассчитайте долженствующий вес и рост в возрасте 3 мес. для данного ребенка.

Задача № 142

Ребенок родился от резус-конфликтной беременности. При рождении – отличалась выраженная желтушность склер, вялость, не сосал, угнетение физиологических рефлексов. На 2-е сутки появилась ригидность мышц затылка, судороги, симптом Грефе, гепатоспленомегалия. Непрямой билирубин в крови – 345 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с учетом формы заболевания?
2. Какую ошибку допустил врач при осмотре больного?
3. Назначить лечение ребенку.

Задача № 143

Ребенку 1 год. Мать на 2-м мес. беременности перенесла грипп. Ребенок отстает в физическом развитии, часто болеет простудными заболеваниями. При физической нагрузке появляется одышка, акроцианоз. Объективно выявляется расширение границ сердца, преимущественно влево. Пальпаторно: систолическое дрожание у основания сердца. В сердце выслушивается интенсивный систолодиастолический шум во 2-м межреберье слева, проводящийся под левую лопатку. Пульс 140 уд. в 1 минуту, высокий, скачущий. АД-100/20 мм. рт. ст. Рентгенологически определяется расширение левых отделов сердца, умеренное расширение аорты, выбухание дуги легочной артерии, усиление легочного рисунка, расширение корней легких. На ЭКГ: гипертрофия и перегрузка левого желудочка и левого предсердия. На ФКГ – ромбовидный систолический шум высокой амплитуды и короткий диастолический шум, совпадающий со II тоном. При ангиографии: контраст введенный в аорту, интенсивно распространяется и заполняет легочную артерию. Общие анализы в пределах возрастной нормы.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Предполагаемая терапия. Оцените прогноз заболевания.

Задача № 144

Ребенок 5 лет. Родился с массой 4500гр., рост 52 см. В массе прибавлял хорошо, но прибавка массы была не устойчивой при небольших погрешностях в диете или при заболеваниях - отмечалось быстрое ее снижение. Ребенок часто и тяжело болел простудными заболеваниями, бронхитами.

Объективные данные: ребенок вялый, бледный, апатичный, имеет избыточный вес. Лицо одутловатое. Тургор снижен. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы I - II размера плотноватые, безболезненные, подвижные. Дышит ртом, носовое дыхание затруднено из-за аденоидных разрастаний в носоглотке. Сердечные тоны приглушены, умеренная тахикардия, на верхушке - систолический шум функционального характера. Определяется увеличение печени и селезенки на 1,5 - 2,0 см.

Общий анализ крови: Эр. $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв- 128 г/л, Л. $10,0 \times 10^9/л$, Эоз-3, П-1, С-34, Лимф-48, М-14, СОЭ-12мм/час.

Выявлено умеренное снижение продукции 17-кето и 17-оксикортикостероидов, а также адреналина.

На R-графии грудной клетки отмечается увеличение вилочковой железы II степени. Тень сердца в форме "капли", гипоплазия дуги аорты.

Вопросы:

1. О каком заболевании свидетельствует статус ребенка?
2. Обоснуйте диагноз.

Задача № 145

Больной А. 42 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на повышение температуры до 39°C, одышку при физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой в небольшом количестве, общую слабость, потливость, отсутствие аппетита. Врач поставил диагноз: ОРВИ и назначил лечение амоксициллином, антигриппином, бромгексином. Однако на фоне проводимой терапии состояние больного ухудшилось. Появилась одышка в покое, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сохранялась лихорадка до 38-39°, ознобы несколько раз в течение дня, сменяющиеся профузной потливостью. По тяжести состояния больной был госпитализирован.

При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что брат больного в настоящее время проходит курс стационарного лечения по поводу туберкулезного лечения легких.

Объективно: диффузный цианоз лица, дыхание частое, поверхностное. ЧД – 36 в мин. Правая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Голосовое дрожание справа ниже уровня 6 ребра не проводится, перкуторно – тупость с 5 ребра, дыхание и бронхофония здесь же не прослушиваются. Шейные вены набухшие, левая граница сердца на 1,5 см кнаружи от СКЛ, ЧСС - 120 в мин. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Чем обусловлено ухудшение состояния больного?
2. Чем обусловлена физикальная картина правой половины грудной клетки?
3. Ваш предполагаемый диагноз?
4. Ваша тактика как семейного врача?
5. Обследование и ожидаемые результаты?
6. Тактика ведения больного

Задача 146

Больной Д, 48 лет, вызвал «скорую»: 1 час назад при резком вставании ощутил давление за грудиной, закашлял, сплюнул кровью, появилось выраженное ощущение удушья, разлитые боли за грудиной без иррадиации, резкая слабость и чувство «дурноты».

Болен много лет: в молодые годы перенес гонорею, лечился по этому поводу. «Привычные» жалобы - на кашель с небольшим количеством светлой мокроты в течение дня, объясняет курением.

Объективно: бледен, испуган. Лоб покрыт каплями холодного пота. Над легкими – легочный звук, книзу от угла лопатки – небольшое укорочение. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом и рассеянными сухими хрипами. ЧД – 36 в 1 мин. Пульсация аорты в яремной ямке. Сосудистый пучок 10 см, смещен вправо. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от СКЛ, верхняя – 3 межреберье. Тоны сердца приглушены. Над аортой и в яремной ямке - систолические дрожание и шум. Ритм правильный, ЧСС 130 в 1 мин. АД 100/40 мм рт.ст. Пульс на левой руке слабее, чем на правой. Органы брюшной полости – без патологии.

Анализ амбулаторной карты: 16 лет назад проводилось лечение по поводу гонореи, однократный анализ крови на RW - (+).

Вопросы:

1. Чем объяснить бледность и выраженную потливость больного?
2. Охарактеризуйте данные физикального обследования аорты.
3. Чем объяснить выявленную асимметрию пульса на двух руках?
4. Ваше предположение о характере болезни.
5. Врачебная тактика.

Задача № 147

Больной 69 лет поступает в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, похудание, общую слабость, периодически рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 20 лет страдает язвенной болезнью желудка, периодически лечится амбулаторно и в стационаре. В последние полгода - ухудшение состояния, боли приняли постоянный характер, не зависят от приема и качества пищи, стал терять в весе, ослаб.

Вопросы:

1. Развитием каких осложнений может быть обусловлена тяжесть состояния больного?
2. Каков объем необходимых обследований?
3. Показаны ли консультации других специалистов и если «Да», то каких?
4. Тактика лечения.

Задача № 148

Осмотр на дому: больная К., 50 лет, жалуется на тошноту, периодически – рвоту, не приносящую облегчения, отсутствие аппетита с отвращением к мясу и молоку, кожный зуд. Резко похудела. Отмечает кровянистые с неприятным запахом выделения из влагалища вне зависимости от чего-либо. Постоянно – познабливание.

Более 20 лет страдает хроническим пиелонефритом. Больная в поликлинику к врачам не ходит, не обследуется и лечится своими («народными») средствами.

Объективно: пониженного питания, кожа дряблая, сухая, со следами расчесов. Паховые лимфатические лимфоузлы – с крупную горошину, болезненные. Над легкими: перкуторно – легочный звук, дыхание жесткое, единичные сухие непостоянные хрипы. Справа спереди книзу от 3 ребра – укорочение звука и резкое ослабление дыхания, единичные влажные хрипы. Границы сердца в норме. Тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 98 в 1 мин.

АД 180/100 мм рт.ст. Язык сухой, трещины, сосочки сглажены. Пальпация живота слабо болезненна над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка - не увеличены.

Из амбулаторной карты: анализ мочи - светлая, удельный вес - 1008, белок 0,165 г/л, лейкоциты - 6-8 в п\зр., эритроциты ед в п\зр. Анализ крови - глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 18,2 ммоль/л, креатинин - 0,44 мкмоль/л, общий белок 62 г/л., калий крови 5,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ведущий клинический синдром?
2. Ваше предположение о причине и характере изменений в легких.
3. Ваше предположение о характере влагалищных выделений.
4. Ориентировочный диагноз.
5. Врачебная тактика.

Задача № 149

Больной А., 40 лет. Неоднократно обращается к кардиологу по поводу лечения имеющейся у него «сердечной недостаточности». Считает, что у него был инфаркт миокарда, который врачи вовремя не диагностировали. Много читал специальной литературы относительно ишемической болезни сердца. Появившиеся усиленные сердцебиения, нарастающую слабость, перебои в работе сердца расценивает как проявления усугубляющейся сердечной недостаточности. Многочисленные обследования у разных кардиологов признаков рубцовых изменений в миокарде не обнаружили. Однако это не убедило больного, т.к. периодически продолжаются сердцебиения, связанные с физической нагрузкой, длительностью до получаса (облегчение отмечается при приеме валидола). Считает, что до настоящего времени сталкивается с недостаточно квалифицированными кардиологами, которые не могут поставить очевидный диагноз и назначить своевременную терапию. Вынужден бросить работу, поскольку боится, что в любой момент возможен повторный ИМ.

Объективно: нормального телосложения, несколько худощав. Со слов больного, спортом не занимается. ЧД 16 в мин. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 80 в мин. АД 122/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень не пальпируется.

Вопросы:

1. Имеет ли картина клиники ишемической болезни сердца? Если да, то какой формы?
2. Имеет ли место у пациента картина сердечной недостаточности?
3. О каком поражении сердечно-сосудистой системы идет речь?
4. Ваш предполагаемый диагноз?
5. Ваша тактика и лечение?

Задача № 150

Больная Р. 32 года обратилась к врачу поликлиники с жалобами на затруднение глотания твердой пищи, покашливание, повышение температуры тела до 37,4°C без познания.

Работает официанткой, живет одна, снимает квартиру. Курит. Общительна.

Объективно: несколько повышенного питания, гиперемия щек. Зев - гиперемия слизистой рта, миндалины увеличены, рыхлые. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до крупной фасоли, подвижные, безболезненные. Остальные группы лимфоузлов - не увеличены. Над легкими - легочный звук, дыхание жесткое, выдох не удлиннен. Хрипов нет. ЧД 18 в 1 мин. Границы сердца в пределах нормы. На верхушке и в других точках аускультации - шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 102 в 1 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный,

на слизистой ротовой полости справа – язвочка размером 0,8 см в диаметре с ровными краями, блюдцеобразной формы, лакированным дном, в основании – уплотнение. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – не пальпируются.

Из амбулаторной карты: анализ крови- л. - 12.9×10^9 /л, п- 5 %, СОЭ - 48 мм/час. Моча - светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1014, белок 0,01 г/л, л. - 8-9 в поле зрения. Микрореакция преципитации – положительная. Флюорограмма – легочный рисунок диффузно усилен.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Дайте характеристику поражения миндалин и слизистой оболочки ротовой полости.
3. Ваша интерпретация результатов лабораторных исследований.
4. Ориентировочный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Консультация какого специалиста необходима?
7. Тактика лечения.

Задача № 151

Больной 24 года жалуется на «голодные» и «ночные» боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, периодически - тошноту. Аппетит сохранен. Беспокоит раздражительность, слабость. Вышеперечисленные жалобы появились около 4-х месяцев. В последний месяц стал отмечать головокружение, особенно при перемене положения тела, слабость усилилась. Жена заметила бледность кожных покровов. Из анамнеза: будучи студентом, «как все» питался нерегулярно, всухомятку, периодически отмечал боли в желудке, но не обращался к врачам. Курит.

Объективно: несколько пониженного питания. Кожа и слизистые бледные, чистые. В области голени – варикозное расширение вен. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. ЧСС 68 в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии, там же небольшое напряжение мышц, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена, симптомы холецистита отрицательные. Стул – склонность к запорам.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь у пациента?
2. Каковы дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Можно ли в комплексе с медикаментами назначить физиотерапию и ЛФК?
4. Какие методы физиотерапии показаны больному при этом заболевании?
5. Показано ли грязелечение при этом заболевании?
6. Есть ли показания для санаторно-курортного лечения?

Задача № 152

Больной Д., 28 лет, житель села, обратился к ревматологу с жалобами на припухлость и боли в правом коленном суставе, не может самостоятельно передвигаться. При активном опросе отмечает повышение температуры тела до 38°C, боли в костях, мышцах, разбитость, сильные боли в пояснице, левой ноге.

Из анамнеза: болен в течение 7 месяцев - неоднократно обращался в участковую больницу с жалобами на повышение температуры тела до 37.5°C, боли в костях и мышцах, разбитость. Всякий раз по поводу ОРЗ получал короткими курсами бисептол, гентамицин: самочувствие улучшалось, но ненадолго – через 2 – 3 недели все симптомы возвращались. Неделю назад

вновь появились жалобы, обратился к сельскому «костоправу», который провел сеанс массажа, костных вытяжений, но после этого состояние только ухудшилось. Занимается выращиванием и продажей скота.

Объективно: состояние средней тяжести, телосложение астеническое, кожа лица бледная. Правый коленный сустав слегка отечен, кожа над ним гиперемирована, при пальпации слегка болезненный. Все группы лимфоузлов увеличены до размера фасоли. В лёгких патологии не выявлено. На верхушке сердца выслушивается раздвоение I тона, короткий систолический шум. Печень на 3 см ниже реберной дуги, пальпируется селезенка. Положительны симптомы Эриксона и Нахласа.

Анализ крови: эр. $-3,9 \cdot 10^{12}$, л - $4,2 \cdot 10^9$; п - 2; с - 39; лимф. - 47; м - 12; СОЭ - 12 мл/час. Реакция Хеддельсона - 1:400. На рентгенограмме сустава - разрастание костной ткани, экзостоз.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Необходимы ли консультации специалистов?
3. Диагноз.
4. Проанализируйте тактику ведения больного в участковой больнице и лечение у «костоправа».
5. Тактика лечения.

Задача № 153

Больная 22 лет жалуется на частые выделения из половых путей, боли внизу живота, боли в суставах, раздражительность. Боли в поясничной области, сердцебиение.

Менархе с 16 лет, болезненные, регулярные. Во время месячных заметила кровотечения из прямой кишки. Страдает бесплодием. Перенесенные заболевания: цистит, артрит, конъюнктивит, бесплодие.

При осмотре – пониженного питания, кожные покровы бледные. Над легкими и сердцем без патологических изменений. АД 100/70 мм рт.ст.

Анализ крови – эр – $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 96 г/л. Осмотрена гинекологом: шейка матки коническая, тело матки небольших размеров, ограничено в подвижности. За маткой ниже крестцово-маточных связок определяется плотное бугристое безболезненное образование.

Вопросы:

1. Чем обусловлено общее состояние больной?
2. Чем обусловлена анемия?
3. Чем объяснить кровотечение из прямой кишки?
4. О каком заболевании идет речь?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
7. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 154

Ребенку 4 месяца. Родился в феврале. Находится на искусственном вскармливании (смесь «Малыш», 5% манная каша). Капризный, беспокойный, часто вздрагивает, отмечается повышенная потливость, в основном головы. На коже обильная потница. Большой родничок 3,5x3,5 см, края податливые, краниотабес.

Уровень Са в сыворотке крови - 2,25 ммоль/л.

Уровень фосфора – 0,8 ммоль/л.

Вопрос:

3. Поставьте развернутый клинический диагноз.
4. Составьте план лечения.

ТЕСТЫ

для подготовки к итоговому государственному междисциплинарному экзамену

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

КАРДИОЛОГИЯ

1

2-й степени повышения АД соответствуют его уровни:

2

140/90 мм рт. ст.

150/100 мм рт ст.

160/110 мм рт ст.

179/112 мм рт. ст.

180/110 мм рт ст.

#

2

У больного на обзорной рентгенограмме тень сердца напоминает «треугольник». Для какого заболевания это характерно:

3

стеноз устья легочной артерии

стеноз левого AV- отверстия

экссудативный перикардит

гипертоническое сердце

хроническое легочное сердце

#

3

Назовите заболевание, для которого характерно возникновение артериальной гипертензии с частыми пароксизма у молодого пациента:

2

синдром Конна

феохромоцитомы

альдостеромы

болезнь Такаюсу

синдром апноэ сна

#

4

Больной 54 года, обратился к кардиологу с жалобами на загрудинные боли, возникающие чаще всего ночью и при выходе на холод. Суточное ЭКГ-мониторирование зарегистрировало элевацию сегмента ST переходящего характера в предутренние часы. Для какой формы КБС характерны данные признаки?

4

впервые возникшая стенокардия

стенокардия напряжения ФК II

прогрессирующая стенокардия

вазоспастическая стенокардия

постоперационная стенокардия

#

5

На приеме у врача общей практики у больного 55 лет, отмечающего стойкое повышение АД, аускультативно был выявлен систолический шум в околопупочной области. Для какого из нижеперечисленных состояний характерен данный признак?

3

синдром Кона

коарктация аорты

реноваскулярная АГ

паренхиматозная АГ

синдром апноэ сна

#

6

Больному 53 года после обращения к кардиологу был выставлен диагноз: КБС. Стенокардия напряжения ФК III. Какие из нижеперечисленных препаратов необходимо рекомендовать с антиангинальной целью данному больному?

4

бисопролол, аторвастатин
триметазидин, розувастатин
клопидогрель, аллопуринол
небиволол, амлодипин
аспирин, изосорбида динитрат

#

7

При обследовании больному был выставлен диагноз КБС, вариантная стенокардия. Какой препарат предпочтительно надо назначить данному пациенту?

1

амлодипин
эналаприл
бисопролол
лозартан
ивабрадин

#

8

Врачом скорой медицинской помощи у больного был диагностирован ОИМ. В течение какого периода времени возможно проведение тромболитической терапии стрептокиназой с момента появления симптомов?

2

до 6 ч
до 12 ч
до 24 ч
до 48 ч
до 72 ч

#

9

В отделение реанимации бригада скорой помощи привезла больного с подозрением на крупноочаговый инфаркт миокарда. Какой наиболее характерный ЭКГ-признак можно выявить?

4

депрессия ST
инверсия з. T
элевация с. ST
глубокий з. Q
удлинение QT

#

10

В реанимацию бригадой скорой помощи был доставлен больной 56 лет с предварительным диагнозом: ОКС без подъема сегмента ST. Какой из перечисленных лабораторных показателей необходимо провести с целью подтверждения инфаркта миокарда, развившегося в первые 6 часов от начала заболевания?

1

тропонин I и T
лактатдегидрогеназа
аланинаминотрансфераза
γ-глутамилтранспептидаза
аспартатаминотрансфераза

#

11

У больного 52 лет в целях подтверждения КБС была проведена коронароангиография, на которой было выявлено протяженное атеросклеротическое поражение 3-х коронарных артерий. Какой оптимальный метод лечения рекомендуется данному больному?

4

коронарная ангиопластика
имплантация ЭКС
установка ИКДФ
коронарное шунтирование
гибридный метод лечения

#

12

У женщины 50 лет с гипертонической болезнью на приеме у врача внезапно возник приступ сердцебиения (220 ударов в мин), который был купирован массажем каротидного синуса. Какой причиной был обусловлен приступ сердцебиения?

4

- синусовой тахикардией
- мерцательной аритмией
- ортодромной тахикардией
- наджелудочковой тахикардией
- желудочковой тахикардией

#

13

Прохожий на улице резко почувствовал боли за грудиной, одышку и тошноту, после чего потерял сознание. После приезда скорой сразу же была снята ЭКГ, на которой были выявлены крупноволновые, различные по величине и форме недифференцируемые волны. О чем они свидетельствуют?

2

- фибрилляции предсердий
- фибрилляции желудочков
- трепетании желудочков
- асистолии сердца
- желудочковой тахикардии

#

14

К семейному врачу обратился больной 34-х лет с жалобами на приступы резкой мышечной слабости, судороги и повышение АД. Предварительно был выставлен диагноз: синдром Конна. Какой основной показатель в крови указывает на данное заболевание?

4

- гипоальбуминемия
- гиперкатехоламинемия
- гиперкальциемия
- гиперальдостеронемия
- гипертриглицеридемия

#

15

На консультацию к кардиологу обратился мужчина 50 лет с жалобами на повышение АД, сонливость в дневное время, отсутствие восстановления сил после сна и утреннюю головную боль. При объективном обследовании: ИМТ 36 кг/м², ЧСС 88 уд. в мин. Каков предположительный диагноз?

3

- паренхиматозная АГ
- синдром Конна
- синдром апноэ сна
- феохромочитома
- реноваскулярная АГ

#

16

С какой комбинации препаратов рационально начинать терапию больному с гипертонической болезнью I стадии 2 степени очень высокого риска?

5

- ИАПФ + диуретик+ АКК
- ИАПФ/ БРА II + бета-блокатор
- ИАПФ + АКК+ спиронолактон
- ИАПФ/ БРА II + спиронолактон
- ИАПФ/ БРА II + АКК

#

17

К врачу кардиологу обратился пациент 25 лет с повышенным уровнем АД. При объективном обследовании: стопы холодные, пульсация на бедренных артериях ослаблена. На рентгенограмме органов грудной клетки отчетливо видны узурации ребер. Для какого заболевания характерны данные признаки?

2

- феохромацитома
- коарктация аорты
- гипертиреоз
- синдром апноэ сна
- синдром Конна

#

18

В центр семейной медицины обратился пациент 53 лет, который в последнее время часто отмечает давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, плечо, после физических нагрузок, купирующиеся в покое. Для какого заболевания характерны данные признаки?

4

инфаркт миокарда

пневмоторакс

перикардит

стенокардия

аневризма ЛЖ

#

19

У мужчины 67 лет, страдающего гипертонической болезнью, резко появилась нестерпимая загрудинная боль, режущего характера, с иррадиацией в спину, после чего он потерял сознание. Аускультативно: диастолический шум над аортой. Какова вероятная причина состояния данного больного?

2

острый инфаркт миокарда

расслаивающая аневризма аорты

тромбоэмболия легочной артерии

экссудативный перикардит

аутоиммунный синдром Дресслера

#

20

На приеме у кардиолога пациент со стенокардией напряжения ФК II начал отмечать, что в последние 2 недели приступы болей за грудиной начали учащаться на привычный объем физической нагрузки. Какова тактика ведения данного больного?

2

лечение на дому

срочная госпитализация

плановая госпитализация

лечение в поликлинике

лечение в дневном стационаре

#

21

Во время аускультации 3-х месячного ребенка врач услышал систоло-диастолический шум во II межреберье слева. О каком заболевании он мог подумать?

3

тетрада Фалло

недостаточность клапана аорты

открытый артериальный проток

стеноз левого AV- отверстия

стеноз устья легочной артерии

#

22

Какой из нижеперечисленных врожденных пороков сердца часто выявляют у взрослых при случайном обследовании?

1

дефект межпредсердной перегородки

открытый артериальный проток

недостаточность аортального клапана

стеноз левого AV- отверстия

стеноз устья легочной артерии

#

23

На приема у педиатра у ребенка 3 лет был предварительно выставлен диагноз дефект межжелудочковой перегородки. Какой из инструментальных методов исследования является наиболее информативным в постановке диагноза?

4

электрокардиография

рентген исследование

фонокардиография

ЭхоКГ с доплерографией

24ч- ЭКГ-мониторирование

#

24

К врачу кардиологу на прием обратился пациент 27 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39⁰С, петехиальными высыпаниями на пальцах стоп, эритематозными высыпаниями на ладонях. Какой из нижеперечисленных методов исследования является информативным в подтверждении диагноза данного больного?

4

общий анализ крови

биопсия кожи

электрокардиография

эхокардиография

посев мокроты

#

25

К кардиологу обратился мужчина 50 лет с жалобами на повышение АД, сонливость в дневное время, отсутствие восстановления сил после сна и утреннюю головную боль. При объективном обследовании: ИМТ 36 кг/м², ЧСС 88 уд. в мин. Что из нижеперечисленного является наиболее оптимальным в лечении данного больного?

2

снижение массы тела

авто-СРАР-терапия

денервация почечных артерий

оперативное лечение

балонная ангиопластика

#

26

Препаратами выбора для профилактики пароксизмов желудочковой тахикардии у больного с сердечной недостаточностью являются:

3

соталол, хинидин

этацизин, соталол

кордарон, бисопролол

дигоксин, амиодарон

лидокаин, аллапинин

#

27

У пациента 56 лет с признаками ОКС с подъемом сегмента ST проведена тромболитическая терапия. Какой из нижеперечисленных ЭКГ-критериев указывает на полную реперфузию?

4

отсутствие динамики с. ST

уменьшение элевации с. ST на 50%

снижение элевации с. ST на 50-70%

регресс с. ST более чем на 70%

появление полной БЛНПГ

#

28

К педиатру обратилась мать с 5 летним ребенком, у которого отмечают одышку, усталость и учащенное сердцебиение после физической нагрузки. При объективном обследовании отмечается отставание в физическом развитии, сердечный горб, мягкий систолический шум во II межреберье слева от грудины. Какой из нижеперечисленных методов является оптимальным в лечении данного больного?

2

балонная ангиопластика

имплантация окклюдера

вальвулопластика

ушивание дефекта

трансплантация сердца

#

29

К терапевту обратился больной с жалобами на слабость, утомляемость, постоянные длительные боли в области сердца, которые уменьшаются в вертикальном положении и усиливаются при кашле. Какой характерный аускультативный признак может быть выявлен у данного пациента?

1

шум трения перикарда

приглушенные тоны сердца
ритм галопа
перикардиальный клик
тоны различной звучности

#

30

К кардиологу обратился больной с типичной клиникой желудочковой экстрасистолии, после обследования он был направлен на ЭКГ в целях подтверждения диагноза. Какой характерный признак ожидает увидеть врач на электрокардиограмме?

3

изменение формы зубца Р
наличие дельта-волны
полная компенсаторная пауза
ширина QRS менее 0,12 сек
элевация сегмента ST

#

31

При осмотре больного с крупноочаговым инфарктом миокарда кожные покровы холодные, покрытые липким потом, нитевидный пульс и цианоз. АД 80/60 мм рт.ст. Какое осложнение развилось у больного?

3

синдром Дресслера
расслаивающая аневризма аорты
кардиогенный шок
тромбоэмболия легочной артерии
острый сухой перикардит

#

32

У больного 72 лет находящегося в отделении интенсивной терапии с диагнозом: КБС, острый трансмуральный инфаркт миокарда нижне-боковой стенки, АВ-блокада II степени, Мобитц II, внезапно развились судороги, потерял сознание, зрачки сужены, на сонной артерии пульс 14 уд в минуту. Какое осложнение развилось у пациента?

2

фибрилляция предсердий
приступ Морганьи-Адамса
трепетание желудочков
желудочковая тахикардия
синдром Дресслера

#

33

У больного 48 лет на приеме у врача терапевта в поликлинике появились выраженные боли в левой половине грудной клетки нестерпимого характера, больной покрылся потом. В течение какого времени врачу необходимо зарегистрировать ЭКГ в данном случае?

1

в течение первых 10 мин с момента контакта врача с пациентом
в течение первых 20 мин с момента контакта врача с пациентом
в течение первых 30 мин с момента контакта врача с пациентом
в течение первого часа с момента контакта врача с пациентом
в течение первых 2 часов с момента контакта врача с пациентом

#

34

Во время конфликта с клиентом водитель такси 70 лет, страдающий сахарным диабетом, почувствовал резкую слабость, обильный пот и сильные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку. Прием нитроглицерина купировал боль через 15 минут. Больной обратился к кардиологу в поликлинику. Какова тактика врача поликлиники при выявлении изменений на ЭКГ в виде депрессии сегмента ST?

3

проведение суточного ЭКГ-мониторирования
проведение ЭКГ-нагрузочных проб
направление на коронароангиографию
проведение эхокардиографии
дуплексное сканирование периферических артерий

#

35

К педиатру обратилась женщина с ребенком 3-х месячного возраста. При опросе врач предположил диагноз ДМЖП. Какой основной аускультативный признак характерен для данного порока?

1

грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины
диастолический шум над областью мечевидного отростка
трехчленный ритм «перепела»
систолический шум во 2 межреберье справа от грудины
хлопающий, усиленный 1 тон на верхушке

#

36

При пальпации сердца на верхушке у больного выявляется диастолическое дрожание, не совпадающее с пульсацией на каротидной артерии. Для какого порока сердца характерен данный признак?

1

митральный стеноз
митральная недостаточность
аортальный стеноз
аортальная недостаточность
стеноз легочной артерии

#

37

При пальпации на основании сердца выявляется систолическое дрожание, совпадающее с пульсацией на каротидной артерии. Для какого порока сердца характерен данный признак?

3

митральный стеноз
митральная недостаточность
аортальный стеноз
аортальная недостаточность
стеноз легочной артерии

#

38

К врачу обратилась женщина 40 лет с типичными приступами стенокардии. Какова должна быть тактика врача при наличии промежуточной предстеновой вероятности КБС (5-15%) и возможной клинической вероятности у данной больной?

2

назначить только антиангинальную терапию
провести нагрузочные пробы
направить на коронароангиографию
направить на госпитализацию в стационар
назначить только антиагрегантную терапию

#

39

У больного, перенесшего 5 недель назад острый инфаркт миокарда, появились боли в грудной клетке, лихорадка, шум трения перикарда, увеличенное СОЭ. Отрицательной динамики на ЭКГ не выявлено. Каков предположительно диагноз?

1

аутоиммунный синдром Дресслера
разрыв хорды митрального клапана
повторный инфаркт миокарда
бактериальный эндокардит
идиопатический перикардит

#

40

К кардиологу обратился мужчина 50 лет с типичной клиникой стенокардии. Какой из нижеперечисленных объективных признаков характерен для наличия атеросклероза?

5

ревматоидные узелки
пятна Джейнуэя
папулы Готтрона
кальциноз кожи
симптом Франка

#

41

У больного во время осмотра верхняя граница сердца определяется в I межреберье. При каком из пороков сердца наиболее значительно увеличивается левое предсердие?

3

стеноз легочной артерии
открытый аортальный проток
митральный стеноз
стеноз устья аорты
стеноз легочной артерии

#

42

Во время повторного обследования у больного с митральным стенозом врач отметил появление признаков мерцательной аритмии. Исчезновение какого из аускультативных признаков будет характерно у данного пациента?

3

хлопающего 1 тона
щелчка открытия митрального клапана
пресистолического шума
акцента 2 тона над легочной артерией
мезодиастолического шума

#

43

Вечером после работы у женщины резко поднялось АД до 180/100 мм рт.ст., появились тахикардия, одышка, тошнота и рвота. Какой из нижеперечисленных является препаратом выбора для экстренного снижения АД у данной больной?

1

каптоприл
изосорбит динитрат спрей
фуросемид
бисопролол
амлодипин

#

44

Женщина 54 года отмечает жалобы на сердцебиение и повышение АД до 180/110 мм.рт.ст. Какие из перечисленных комбинаций антигипертензивных препаратов прежде всего следует рекомендовать данной пациентке?

4

алискирен+торасемид
пропранолол+индап
эналаприл+лозартан
периндоприл+амлодипин
фуросемид+спиронолактон

#

45

В каких отведениях на ЭКГ типично проявление изменений при остром инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка:

2

I, II, aVL
II, III, aVF
I, V₅-V₆
aVL, V₁-V₄
V₁-V₄, aVF

#

46

К врачу обратилась больная 35 лет с признаками митрального стеноза. Какой характерный аускультативный признак при данном заболевании обнаружит доктор?

2

ритм «галоп»
ритм «перепела»
маятникообразный ритм
перикардальный щелчок
ослабление 1 тона на верхушке

#

47

К кардиологу обратилась женщина 37 лет с клиникой инфекционного эндокардита. О каком заболевании в анамнезе важно уточнить врачу при подозрении на данное заболевание?

4

коронарной болезни сердца
кардиомиопатии
гипертонической болезни
ревматическом пороке сердца
системных заболеваниях

#

48

Во время осмотра больного врач отметил kloкочущее дыхание, слышимое на расстоянии и массу влажных крупнопузырчатых незвонких хрипов над всей поверхностью легких. Для какой клинической ситуации наиболее характерны данные признаки?

4

хроническая ПЖСН
хроническая ЛЖСН
сердечная астма
альвеолярный отек легких
астматический статус

#

49

У больного внезапно начался приступ пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Какова тактика оказания помощи больному при отсутствии эффекта от проведения вагусных проб?

1

аденозин 6-18 мг в/в
лидокаин 100-200 мг в/в
дигоксин 0,5 мг в/в
амиодарон 150 мг в/в
соталол 20-200 мг в/в

#

50

Больная 62 лет с перенесенным ишемическим инсультом, страдает артериальной гипертензией III степени и сахарным диабетом. Какая из перечисленных ниже комбинаций антигипертензивных препаратов показана данной больной?

5

верошпирон+амлодипин
гипотиазид+бисопролол
фуросемид+каптоприл
небиволол+периндоприл
лизиноприл+амлодипин

#

51

У больной 53 лет, страдающей артериальной гипертензией, появился сухой кашель на фоне приема ингибиторов АПФ? На препарат из какой группы антигипертензивных средств необходимо перевести пациента?

1

блокаторы рецепторов ангиотензина II
блокаторы минералокортикоидных рецепторов
антагонисты кальциевых каналов
агонисты имидазолиновых рецепторов
 α -адреноблокатор

#

52

После регистрации у пациента электрокардиограммы врач заподозрила наличие перенесенного инфаркта миокарда. Какой наиболее характерный ЭКГ-признак она обнаружила?

4

элевация сегмента ST
депрессия сегмента ST
уменьшение амплитуды з. R
патологический зубец Q
конкордантные изменения с. ST

#

53

Врач измерял давление у пациентов. У какого больного из перечисленных уровней АД считается нормальным?

1

125/80 мм.рт.ст.

139/90 мм.рт.ст.

140/85 мм.рт.ст.

160/95 мм.рт.ст.

185/90 мм рт.ст.

#

54

Какой из нижеперечисленных аускультативных признаков характерен для больного с декомпенсированной сердечной недостаточностью?

1

ритм «галопа»

ритм «перепела»

перикард-тон

систолический клик

диастолический шум

#

55

О какой патологии следует прежде всего подумать при обнаружении у пожилого пациента клинической триады: обмороки, боли стенокардитического характера и признаки сердечной недостаточности?

4

гипертрофическая КМП

дилатационная КМП

митральный стеноз

стеноз устья аорты

коронарная болезнь сердца

#

56

У пожилого пациента с клинической триадой, представленной обмороками, болями стенокардитического характера и признаками сердечной недостаточности, какой из методов лечения является оптимальным?

3

длительная антибактериальная терапия

симптоматическое лечение заболевания

транскатетерная имплантация аортального клапана

стентирование коронарной артерии

установка кардиовертера-дефибриллятора

#

57

О каком осложнении ОИМ следует думать у больного с длительно сохраняющейся элевацией сегмента ST в отведениях V1-V4 на ЭКГ?

3

разрыв сердца

кардиогенный шок

аневризма сердца

перикардит

синдром Дресслера

#

58

У больной 40 лет с рефрактерной артериальной гипертензией во время обследования был выявлен шум в околопупочной области. Какой из нижеперечисленных методов исследования будет информативным в данном случае?

2

УЗИ надпочечников

УЗДГ почечных артерий

полисомнография

биопсия почек

коронароангиография

#

59

У больной 40 лет с рефрактерной артериальной гипертензией во время обследования был выявлен шум в околопупочной области. Какой из нижеперечисленных методов лечения является оптимальным в данном случае?

5

альфа-адреноблокаторы

гемодиализ
нефрэктомия
трансплантация почек
балонная ангиопластика

#

60

У больной 50 лет был выставлен диагноз первичный гиперальдостеронизм. Какие изменения в общем анализе мочи характерны при данной патологии?

2

глюкозурия
щелочная реакция
цилиндрурия
гематурия
лейкоцитурия

#

61

У больной 43 лет после перелома шейки бедра через несколько дней повысилась температура до 37,5⁰С, появились одышка, кровохарканье. Объективно отмечается варикозное расширение вен нижних конечностей, болезненность по ходу вен. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?

4

острый инфаркт миокарда
внебольничная пневмония
нозокомиальная пневмония
тромбоэмболия легочной артерии
прогрессирующая стенокардия

#

62

У больного 50 лет с диагнозом феохромоцитомы появились жалобы на тошноту, чувство страха, тревоги. При объективном осмотре АД 230/120 мм рт.ст. Какой из нижеперечисленных препаратов является средством выбора у данного больного?

2

фуросемид
фентоламин
нитроглицерин
пропранолол
верапамил

#

63

Мужчина 26 лет поступил с жалобами на периодически высокое артериальное давление, которое сопровождается дрожью, повышением температуры с головной болью и потливостью. В анализе крови во время приступа было отмечено высокое содержание катехоламинов, гипергликемия и лейкоцитоз. Для какого заболевания характерны данные признаки?

5

синдром Конна
коарктация аорты
тиреотоксикоз
болезнь Иценко-Кушинга
феохромоцитомы

#

64

У больного в результате терапии уредились приступы стенокардии, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам. Какая группа препаратов оказывает подобный эффект?

1

β-адреноблокаторы
α-адреноблокаторы
статины
антиагреганты
антикоагулянты

#

65

У больного через 2 суток после хирургической операции появились жалобы на выраженную одышку. АД при измерении 90/60 мм рт.ст. Какую из шкал необходимо применить при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии?

3

CRUSADE

GRACE

Wells

SCORE

HAS-BLED

#

66

У больного на ЭКГ врач скорой помощи обнаружил зубец Q более 0,03 сек, снижение амплитуды зубца R и элевацию сегмента ST в отведениях V1-V4 на 4 мм. О развитии какой патологии предположил врач?

4

выпотного перикардита

вазоспастической стенокардии

стенокардии напряжения

остром инфаркте миокарда

тромбоэмболии легочной артерии

#

67

У больного 65 лет, на снятой ЭКГ были зарегистрированы желудочковые экстрасистолы типа «R на T». Согласно классификации Lown к какому классу они относятся?

5

I

II

III

IV

V

#

68

При снятии ЭКГ у пациента с признаками внезапной смерти зарегистрирована прямая линия. Какова должна быть дальнейшая тактика бригады СМП?

3

продолжать СЛР

проведение дефибрилляции

введение эпинефрина

введение кордарона

имплантировать ЭКС

#

69

Больной 65 лет, состоит на учете по поводу КБС, стенокардии напряжения ФК II. Обратился к врачу в связи с увеличением приступов стенокардии до 3-4 раз/сут, которые плохо купируются приемом НТГ под язык, отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам в течение последних 2 недель. Какой из нижеперечисленных ферментов необходимо исследовать с целью дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома?

1

тропонин I, T

лактатдегидрогиназа

аланинаминотрансфераза

γ-глутамилтранспептидаза

аспартатаминотрансфераза

#

70

Больной с подозрением на инфаркт миокарда поступил в отделение реанимации, где на ЭКГ выявили признаки ОИМ нижне-боковой стенки левого желудочка. Поражению какой артерии соответствуют данные изменения на ЭКГ?

3

правая коронарная артерия

передняя нисходящая артерия

огибающая артерия

диагональная ветвь ПНА

межжелудочковая артерия

#

71

У больного с клиникой вазоспастической стенокардии проводилось суточное ЭКГ-мониторирование. Какие ЭКГ-изменения характерны при данной патологии во время приступа стенокардии?

1

дискордантная элевация сегмента ST на 1 мм и выше
косовосходящая элевация сегмента ST на 1 мм и выше
отрицательные коронарные z.T в грудных отведениях
патологический z.Q в грудных отведениях
конкордантная элевация сегмента ST на 1 мм и выше

#

72

Больной 52 года, с признаками ОИМ доставлен в реанимацию. Кожные покровы холодные, покрытые липким потом, цианоз, нитевидный пульс. АД 60/40 мм рт.ст. Какое осложнение развилось у данного больного?

2

отек легких
кардиогенный шок
выпотной перикардит
фибрилляция желудочков
синдром Дресслера

#

73

При снятии ЭКГ бригадой СМП у больного были обнаружены признаки ОИМ передне-перегородочной области ЛЖ. Через 3 часа после госпитализации у больного появились признаки острой правожелудочковой недостаточности. О каком осложнении следует думать?

2

острая аневризма левого желудочка
разрыв межжелудочковой перегородки
формирование тромба в полости левого желудочка
разрыв задней папиллярной мышцы
развитие аутоиммунного синдрома Дресслера

#

74

При снятии ЭКГ бригадой СМП у больного были обнаружены признаки ОИМ передне-перегородочной области ЛЖ. Через 3 часа после госпитализации у больного появились признаки острой правожелудочковой недостаточности. Какова должна быть дальнейшая тактика врача?

4

проведение тромболитической терапии
немедленное снижение артериального давления
проведение экстренной коронароангиографии
проведение экстренного хирургического лечения
немедленное введение антикоагулянтных препаратов

#

75

При анализе ЭКГ больного врач обратила внимание на укорочение интервала R-R, ЧСС- 140 уд. в мин, чередование зубца P и комплекса QRS сохранено. Для какого состояния характерны данные изменения?

1

синусовой тахикардии
трепетания предсердий
трепетания желудочков
фибрилляции предсердий
фибрилляции желудочков

#

76

При обследовании больного врач обратил внимание на изменения ЭКГ, где отмечались ЧСС 50 уд/мин, неизменные комплексы QRS и удлинение интервала R-R. Для какого состояния характерны данные изменения?

3

синусовой аритмии
блокады ножек пучка Гиса
синусовой брадикардии
идиовентрикулярного ритма
мерцания предсердий

#

77

У больного 63 лет с КБС 3 недели назад приступы стенокардии стали возникать при меньшем объеме физических нагрузок. Сегодня болевой приступ развился в покое и продолжался 1,5 часа, не купировался нитроглицерином, сопровождался холодным липким потом и двигательным беспокойством. Какова должна быть первоочередной тактика врача в данной ситуации?

2

исследовать кровь на тропонин
снять электрокардиограмму
исследование эхокардиографии
исследование рентгенографии
проведение коронароангиографии

#

78

В реанимацию с подозрением на ОИМ госпитализировали больного. После снятия ЭКГ врач отметил острейшую стадию. Какие характерные для данной стадии изменения были при этом обнаружены?

2

патологический зубец Q
элевация сегмента ST
отрицательный зубец T
сегмент ST на изолинии
депрессия сегмента ST

#

79

У больного во время прикроватного ЭКГ-мониторирования были зарегистрированы парные желудочковые экстрасистолы. К какой степени по Lown относятся зарегистрированные экстрасистолы?

4

I
II
III
IV
V

#

80

У больного 74 лет на 2-й день после ОИМ внезапно появились признаки острой левожелудочковой недостаточности, аускультативно систолический шум на верхушке сердца. О каком осложнении следует думать?

4

острая аневризма левого желудочка
разрыв межжелудочковой перегородки
формирование тромба в полости левого желудочка
разрыв задней папиллярной мышцы
развитие аутоиммунного синдрома Дресслера

#

81

У больного с хронической сердечной недостаточностью появились жалобы на одышку в покое, прибавку массы тела более 2 кг за последние 2 недели. Какой из нижеперечисленных маркеров необходимо исследовать в первую очередь?

2

цистатин-С
NT- pro-BNP
тропонин
N-GAL
D-димер

#

82

У больного на снятой ЭКГ были выявлены следующие изменения: электрическая ось сердца отклонена вправо, $R/S > 1$ в V1, $R_{V1} + S_{V5} > 10,5$ мм, отрицательный зубец T в V1-V2. Для каких изменений характерны данные критерии?

4

гипертрофия левого предсердия
гипертрофия правого предсердия
гипертрофия левого желудочка
гипертрофия правого желудочка
гипертрофия обоих желудочков

#

83

Больной 65 лет со стенокардией напряжения ФК II получает бета-блокаторы, антагонисты кальциевых каналов с антиангинальной целью. Какие из нижеперечисленных препаратов возможно добавить с целью усиления антиишемической терапии?

2

торасемид
триметазидин
каптоприл
метформин
дигоксин

#

84

У больного во время мониторирования ЭКГ зарегистрировали желудочковые экстрасистолы высоких градаций, в связи с чем переведен в отделение реанимации. К каким степеням по Lown относятся зарегистрированные экстрасистолы?

4

I, II, III, IV a
II, III, IVa, IV b
III, IVa, IV b
III, IVa, IV b, V
I, IV a, IV b, V

#

85

Больной 75 лет обратился к кардиологу с жалобами на типичные приступы стенокардии. Какова должна быть дальнейшая тактика в ведении больного?

4

проведение ВЭМ-пробы
проведение стресс-ЭхоКГ
компьютерная томография
коронароангиография
24ч-ЭКГ-мониторирование

#

86

Больной 40 лет с частыми приступами наджелудочковой тахикардии при очередном рецидиве не удалось купировать вагусными пробами. Какой из нижеперечисленных препаратов показан в данной случае?

1

аденозин
лидокаин
амлодипин
хинидин
ивабрадин

#

87

У больной 47 лет был выставлен диагноз: синдром Конна. Как вы считаете, какой из нижеперечисленных вариантов является методом радикального лечения?

3

длительная терапия спиронолактоном
диета с ограничением натрия и увеличенным содержанием калия
хирургическое удаление опухоли надпочечника
диета с увеличенным содержанием калия и панангина
длительная терапия глюкокортикостероидами

#

88

Больному необходимо было определить следующее: суточную экскрецию калия и натрия, содержание альдостерона в моче, уровень ренина в крови. О какой патологии подумал врач, назначая данные обследования?

3

феохромоцитома
первичный гипертиреоз
гиперальдостеронизм
гипопаратиреоз
несахарный диабет

#

89

Больной 45 лет обратился к врачу с жалобами на головные боли по утрам, дневную сонливость, бессонницу по ночам, храп. При осмотре ИМТ 35 кг/м², АД 150/100 мм рт.ст., ЧСС 70 уд в мин. Какой метод из нижеперечисленных будет наиболее информативным в данном случае?

2

сатурация кислорода
полисомнография
коронароангиография
эхокардиография
электрокардиография

#

90

Больная 45 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, прибавку массы тела, сухость во рту, жажду. При осмотре лунообразное лицо, багрово-синюшные стрии в области живота, ИМТ 35 кг/м², АД 150/100 мм рт.ст., ЧСС 70 уд в мин. Какой метод диагностики необходимо провести в качестве скрининга?

3

каптоприловая проба
клонидиновая проба
дексаметазоновая проба
проба с фуросемидом
проба с верошпироном

#

91

К врачу обратился молодой пациент с жалобами на головную боль, снижение зрения, тяжесть и слабость в нижних конечностях. Во время осмотра доктор обратил внимание на ослабление пульса на бедренной артерии и повышенное АД на руках и сниженное на ногах. О каком заболевании следует думать?

4

феохромочитома
дефект МЖП
дефект МПП
коарктация аорты
аневризма аорты

#

92

Какой препарат необходимо принимать больным с постоянной формой мерцательной аритмии ревматического генеза с антикоагулянтной целью?

3

аспирин
гепарин
варфарин
дигоксин
фуросемид

#

93

Больной 65 лет с хронической сердечной недостаточностью ФК II, получающий небиволол, рамиприл, обратился к врачу на контрольный осмотр. По данным ЭхоКГ в динамике врач отметил увеличение полости левого предсердия. Какой из нижеперечисленных препаратов больному с ХСН со II ФК необходимо назначать обязательно?

4

дигоксин
верапамил
фуросемид
спиронолактон
гидрохлортиазид

#

94

Больной 65 лет с диагнозом: КБС, состояние после стентирования ПНА, ПКА с выраженными признаками ХСН и ФВ менее 20%, получающего все необходимые препараты для лечения, был проведен консилиум с участием врачей. Какой из нижеперечисленных методов лечения показан больному?

5

имплантация клапана аорты
имплантация окклюдера
эндоваскулярная эндартерэктомия
имплантация ЭКС

ресинхронизирующая терапия

#

95

Больная 75 лет отмечает давящие боли за грудиной при подъеме на один лестничный пролет, головокружение и перебои в области сердца. В анамнезе: ОИМ в прошлом году. Объективно: в легких застойные влажные хрипы. АД - 160/100 мм рт. ст. ЧСС-98 уд/мин. Какой из симптомов свидетельствует о наличии присоединения сердечной недостаточности у данной больной?

5

повышенное АД

головокружение

давящие боли за грудиной

перебои в области сердца

застойные влажные хрипы

#

96

В реанимацию поступил больной с типичной клиникой острого инфаркта миокарда. Болевой синдром появился около 3 часов назад. Какой из нижеперечисленных показателей повысится раньше у данного больного?

3

гамма-глутамилтранспептидаза

МВ-фракция креатинфосфокиназа

высокочувствительный тропонин

аспартатаминотрансфераза

лактатдегидрогеназа

#

97

У пациентки с сердечной недостаточностью через месяц после приема эналаприла появилось чувство першения в горле, сухой кашель. Какими будут ваши дальнейшие действия?

5

отменить эналаприл сроком на 2 недели

добавить противокашлевой препарат

уменьшить дозу эналаприла в 2 раза

увеличить дозу эналаприла в 2 раза

заменить на блокаторы рецепторов ангиотензина II

#

98

У больного с ОИМ появились признаки отека легких. Какой препарат необходимо применить для купирования данного состояния?

2

пропранолол

фуросемид

дилтиазем

дигоксин

каптоприл

#

99

У какого из пациентов с нижеперечисленным фактором риска будет наиболее высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений?

4

гликогемоглобин 6,2 %

САД 130/80 мм рт.ст.

общий холестерин 5,2 ммоль/л

ИМ у отца в возрасте 45 лет

ЧСС 75 уд в мин.

#

100

Больной 26 лет. Лицо лунообразное, кожа багрового оттенка. Избыточное отложение жира на животе и бедрах. Конечности худые. Отмечаются красные полосы растяжения на коже живота и плеч. АД 160/90 мм рт. ст. Сахар крови 7,0 ммоль/л. Рентгенологически: турецкое седло расширено. О каком заболевании следует думать?

2

первичный гиперальдостеронизм

болезнь Иценко- Кушинга

первичный гипотиреоз

синдром апноэ сна

коарктация аорты

#

101

Больной 35 лет доставлен в реанимацию бригадой СМП с гипертоническим кризом. АД 180/120 мм рт.ст., ЧСС 90 уд в мин, глюкоза крови - 6,5 ммоль/л. В анамнезе: частые кризы с подъемом АД до 200/140 мм рт. ст., сопровождающиеся потливостью, резким возбуждением. Какой препарат для купирования криза будет наиболее эффективным в данном случае?

5

урапидил

фуросемид

эсмолол

нимодипин

фентоламин

#

102

Больной 53 лет вызвал бригаду СМП в связи с некупируемым приступом загрудинной боли продолжительностью около 1 часа. На снятой ЭКГ: элевация сегмента ST в отведениях V1-V4 на 4 мм. Какой из нижеперечисленных критериев по данным ЭхоКГ будет выявлен у данного больного?

2

фракция выброса ЛЖ $\geq 55\%$

гипокинез передней стенки ЛЖ

полость ЛЖ в систолу $\geq 6,5$ см

митральная регургитация

ассиметрия стенки МЖП и ЗСЛЖ

#

103

Больной 53 лет вызвал бригаду СМП в связи с некупируемым приступом загрудинной боли продолжительностью около 1 часа. На снятой ЭКГ: элевация сегмента ST в отведениях V1-V4 на 4 мм. Была проведена экстренная коронароангиография. В какой из артерий вероятнее всего произошла окклюзия?

2

правая коронарная артерия

передняя нисходящая артерия

огибающая артерия

диагональная ветвь ПНА

межжелудочковая артерия

#

104

Больной 55 лет госпитализирован в клинику в связи с прогрессирующей стенокардией. В анализах крови тропонин отрицательный. Какую из шкал необходимо использовать с целью определения риска смерти?

2

CRUSADE

GRACE

Wells

SCORE

HAS-BLED

#

105

При какой локализации атеросклеротических бляшек прогноз заболевания у больных КБС является наиболее неблагоприятным?

3

правой коронарной артерии

передней нисходящей артерии

стволе левой коронарной артерии

огибающей коронарной артерии

межжелудочковой ветви ЛКА

#

106

Больной 55 лет госпитализирован в клинику в связи с прогрессирующей стенокардией. В анализах крови тропонин отрицательный. Какую из шкал необходимо использовать с целью определения риска кровотечения для назначения двойной антиагрегантной терапии?

1

CRUSADE

GRACE

Wells
SCORE
HAS-BLED

#

107

У больного при госпитализации в стационар на ЭКГ выявлены признаки острой блокады левой ножки пучка Гиса. При сравнении с предыдущими ЭКГ данные изменения не были зарегистрированы. Какова должна быть врачебная тактика ?

3

назначение гастропротекторных препаратов
немедленная имплантация ЭКС
проведение экстренной коронароангиографии
проведение коронарного шунтирования
немедленное введение диуретических препаратов

#

108

Что является основным методом патогенетической терапии больных ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ, поступивших в первые 4-6 часов от начала заболевания:

2

имплантация ЭКС
тромболитическая терапия
коронарное шунтирование
в/в инфузия нитроглицерина
в/в инфузия метопролола

#

109

Больную 55 лет беспокоят головные боли, мелькание мушек перед глазами, периодические колющие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке, редко в покое, плохой сон. Впервые 10 лет назад зарегистрировано повышение АД до 150/100 мм рт ст. Какие изменения вы обнаружите при ЭКГ?

2

полная блокада ПНПГ
гипертрофия левого желудочка
отрицательный зубец Т
удлинение интервала QT
гипертрофия правого желудочка

#

110

У больного с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST возник кардиогенный шок в первые 6 часов. С помощью какого метода лечения достигается наилучший результат лечения?

5

поддержанием САД допамином
в/в инфузией нитроглицерина
в/в инфузией нитропруссиды
в/в инфузией гепарина
реперфузионной терапией

#

111

У больного имеется подозрение на острый инфаркт миокарда. Через какое время отмечается повышение высокочувствительного тропонина в сыворотке крови?

1

через 2-6 часов
через 8-12 часов
через 24 часа
через 2-3 дня
через 14 дней

#

112

У больного 60 лет с длительной нелеченной артериальной гипертензией присоединились признаки мерцательной аритмии. Какой из препаратов должен быть назначен больному с антикоагулянтной целью?

3

аспирин
небилет
варфарин

клопидогрель

дигоксин

#

113

У больного 60 лет с длительной нелеченной артериальной гипертензией присоединилась мерцательная аритмия. Какой из препаратов, назначенных больному для длительного приема с антикоагулянтной целью, не требует контроля МНО?

2

гепарин

ривароксабан

эноксапарин

фраксипарин

варфарин

#

114

Какой из нижеперечисленных препаратов является обязательным при лечении больных с сердечной недостаточностью?

3

дигоксин

варфарин

эмпаглифлазин

ивабрадин

триметазидин

#

115

У больного на фоне инфаркта миокарда появились признаки синдрома Дресслера. Какой из нижеперечисленных препаратов наиболее эффективен при лечении данного больного?

2

пенициллин

аспирин

морфин

тавегил

преднизолон

#

116

Больной 55 лет со стенокардией напряжения ФК II на приеме у кардиолога. По данным суточного ЭКГ-мониторирования средняя ЧСС 80 уд в мин, макс. ЧСС 120 уд. в мин в 18ч, мин. ЧСС 70 уд в мин в 02.00ч. Дозу какого из препаратов необходимо увеличить с целью достижения целевого ЧСС?

3

амлодипин

триметазидин

бисопролол

аспирин

клопидогрель

лозартан

#

117

Больному с нестабильной стенокардией прогрессирующего течения в стационаре проводилась стандартная терапия. На 5-е сутки у пациента появились гематомы на коже живота, конечностей. Какой из препаратов необходимо ввести в качестве антидота?

2

витамин К

протамина сульфат

дефероксамин

свежезамороженная плазма

активированный уголь

аднексанет

#

118

У больного 20 лет выявлена АГ. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках, пульс на стопах, берцовой и бедренной артериях ослаблен. Ваше предположение о диагнозе?

4

синдром Лериша

фибромускулярная дисплазия
неспецифический аортоартериит
коарктация аорты
облитерирующий эндартериит

#

119

У больного, находящегося на лечении в отделении реанимации с диагнозом: КБС, острый инфаркт миокарда резко упало АД, расширились зрачки, пульс на сонных артериях не определяется, тоны сердца не выслушиваются. Сознание отсутствует. Что необходимо сделать в первую очередь?

3

очистить дыхательные пути
начать дыхание «рот-в рот»
начать непрямой массаж сердца
начать дефибрилляцию
ввести в\в адреналин

#

120

У больного, находящегося на лечении в отделении реанимации с диагнозом: КБС, острый инфаркт миокарда резко упало АД, расширились зрачки, пульс на сонных артериях не определяется, тоны сердца не выслушиваются. Сознание отсутствует. На мониторе зарегистрирована фибрилляция желудочков. Какова должна быть дальнейшая тактика?

4

ввести в\в амиодарон
начать дыхание «рот-в рот»
начать непрямой массаж сердца
начать дефибрилляцию
ввести в\в адреналин

#

121

У больного, находящегося на лечении в отделении реанимации с диагнозом: КБС. ОИМ, резко упало АД, расширились зрачки, пульс на сонных артериях не определяется, тоны сердца не выслушиваются. Сознание отсутствует. На мониторе зарегистрирована фибрилляция желудочков. Безуспешно проведены 3 попытки дефибрилляции. Какова должна быть дальнейшая тактика?

2

ввести в\в добутамин, стрептокиназу
ввести в\в эпинефрин, амиодарон
ввести в\в лидокаин, допамин
ввести в\в вазопрессин, лидокаин
ввести в\в допамин, альтеплазу

#

122

Больной 56 лет с КБС, гипертонической болезнью обратился к кардиологу с жалобами на внезапно возникшие чувство дискомфорта, перебои в области сердца. Аускультативно: тоны различной звучности и продолжительности. АД 140/90 мм рт.ст. ЧСС-110 уд в мин. Пульс 90 уд в мин. О присоединении какого нарушения ритма следует думать?

3

наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
желудочковая пароксизмальная тахикардия
пароксизмальная мерцательная аритмия
суправентрикулярная экстрасистолическая аритмия
желудочковая экстрасистолическая аритмия

#

123

У больного с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение на ЭКГ зарегистрировано: интервал PQ 0,22 сек с выпадением каждого третьего комплекса QRS. Признаки какого нарушения проводимости имеются?

5

атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц I
полная атриовентрикулярная блокада
синдром слабости синусового узла
атриовентрикулярная блокада I степени
атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц II

#

124

У больного при поступлении в отделение реанимации по поводу жалоб на слабость, утомляемость, головокружение, при осмотре обнаружено сознание спутанное, АД 80/50 мм рт.ст., ЧСС 30 уд в мин. На ЭКГ: интервал PQ 0,26 сек с выпадением каждого третьего комплекса QRS. После введения атропина эффекта нет. Какова должна быть дальнейшая тактика врача?

5

ввести в/в эпинефрин
начать дыхание «рот-в рот»
начать непрямой массаж сердца
начать дефибрилляцию
установка временного ЭКС

#

125

Больному с КБС назначен аспирин с антиагрегантной целью. Какая доза препарата оказывает подобный эффект?

2

50-75 мг
75-325 мг
325-500 мг
500-1000 мг
1000-3000 мг

#

126

Какой препарат целесообразно назначить пожилому больному с I ФК сердечной недостаточности и постинфарктным кардиосклерозом?

3

дигоксин
нитроглицерин
периндоприл
фуросемид
амлодипин

#

127

Больной 55 лет с КБС обратился к врачу с жалобами на чувство дискомфорта за грудиной, сопровождающиеся перебоями в работе сердца. На снятой ЭКГ: зубец P отсутствует, деформированный уширенный комплекс QRS, полная компенсаторная пауза. О каком нарушении ритма следует думать?

4

синусовая аритмия
мерцательная аритмия
наджелудочковая экстрасистолия
желудочковая экстрасистолия
трепетание предсердий

#

128

Больной 55 лет с КБС обратился к врачу с жалобами на чувство дискомфорта за грудиной, сопровождающиеся перебоями в работе сердца. На снятой ЭКГ: зубец P отсутствует, деформированный уширенный комплекс QRS, полная компенсаторная пауза. Какой из нижеперечисленных препаратов можно назначить данному больному в качестве препарата выбора с антиаритмической целью?

5

дигоксин
ивабрадин
амлодипин
лидокаин
бисопролол

#

129

У больного 70 лет на 5е сутки пребывания в стационаре по поводу ХСН появились жалобы на выраженную одышку, кровохарканье. Объективно отмечается варикозное расширение вен нижних конечностей. АД при измерении 90/60 мм рт.ст. Какой из нижеперечисленных анализов крови позволяет исключить тромбоэмболию легочной артерии?

2

тропонин
Д-димер
фибриноген

креатинин
протеин S

#

130

У больного 70 лет на 5 сутки пребывания в стационаре по поводу ХСН появились жалобы на выраженную одышку, кровохарканье. Объективно отмечается варикозное расширение вен нижних конечностей. АД при измерении 90/60 мм рт.ст. По данным ЭхоКГ: признаки перегрузки ПЖ. Какой из нижеперечисленных обследований является «золотым» стандартом при данной патологии?

3

коронароангиография

рентгенография

ангиопульмонография

компьютерная томография

УЗДГ вен нижних конечностей

#

131

К кардиологу обратился больной 65 лет с жалобами на боли за грудиной, возникающие во время выраженных физических нагрузок, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, иррадиирующие в левую руку, проходящие через 5 мин после прекращения нагрузки. Какой из нижеперечисленных препаратов показан больному в качестве препарата первого ряда с антиишемической целью?

2

ивабрадин

небиволол

триметазидин

никорандил

ранолазин

#

132

Больной 70 лет со стенокардией напряжения ФК III обратился к кардиологу с жалобами на учащение приступов стенокардии, ощущение сердцебиения, увеличение количества потребляемых табл НТГ. Пациенту 3 мес назад была подобрана терапия биспрололом, аторвастатином, аспирином, эналаприлом, триметазидина. Пациент прекратил прием одного из препаратов. Резкая отмена какого из препаратов могла привести к развитию острого коронарного синдрома?

1

биспролола

аторвастатина

аспирина

эналаприла

триметазидина

#

133

Больной 70 лет со стенокардией напряжения ФК III обратился к кардиологу с жалобами на учащение приступов стенокардии, ощущение сердцебиения, увеличение количества потребляемых табл НТГ. Подобные жалобы отмечает в течение последних 2 недель. Какая из форм стенокардии возникла у больного?

3

впервые возникшая стенокардия

стенокардия напряжения ФК II

прогрессирующая стенокардия

вазоспастическая стенокардия

постоперационная стенокардия

#

134

Больной 55 лет обратился к кардиологу с жалобами на боли за грудиной, возникающие при выполнении обычных бытовых физических нагрузок, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, купирующиеся после прекращения нагрузки. Подобные жалобы отмечает в течение последних 4 недель. Какая из форм стенокардии имеет место у больного?

1

впервые возникшая стенокардия

стенокардия напряжения ФК II

прогрессирующая стенокардия

вазоспастическая стенокардия

постоперационная стенокардия

#

135

У больного, перенесшего 2 года назад инфаркт миокарда, во время физической нагрузки внезапно появилось сердцебиение, сопровождающееся ощущением нехватки воздуха, общей слабостью. На ЭКГ зарегистрирована наджелудочковая пароксизмальная тахикардия. Что необходимо ввести для купирования приступа?

5

Изосорбида динитрат в/в

хинидин в/в

морфин в/в

лидокаин в/в

верапамил в/в

#

136

Больного в течение 3 месяцев беспокоят приступы болей за грудиной длительностью до 15 мин., возникают чаще ночью в предутренние часы. Физическую нагрузку переносит хорошо. Какую форму стенокардии необходимо исключить у больного?

4

прогрессирующая стенокардия

постинфарктная стенокардия

нестабильная стенокардия

вазоспастическая стенокардия

впервые возникшая стенокардия

#

137

Пациенту с впервые выявленной АГ (АД на уровне 150/90 мм.рт.ст.) проведено диагностическое обследование. Какой из нижеперечисленных показателей относится к факторам риска гипертонической болезни?

3

повышение креатинина

повышение ЛПВП

ЧСС более 80 уд в мин

повышение гемоглобина

снижение электролитов

#

138

У больного, страдающего гипертонической болезнью, несколько часов назад резко повысилось АД до 230/120 мм рт.ст., сопровождалось головной болью, рвотой, головокружением, слабостью в правой верхней конечности. Развитием какого осложнения опасно подобное состояние больного?

1

мозгового инсульта

отека легких

сердечной недостаточности

тромбоэмболией сосудов почек

тромбоэмболией легочной артерии

#

139

На приеме у врача ребёнок 1 года с признаками плохой переносимости физических нагрузок, отеками на ногах, в анамнезе частые пневмонии, аускультативно: систоло-диастолический шум. Какой из нижеперечисленных препаратов используется в лечении данного порока?

4

клопидогрель

абциксимаб

парацетамол

индометацин

тикагрелор

#

140

У больного 40 лет после употребления алкоголя ЧСС была 170 уд в мин., после массажа каротидного синуса снизилась до 74 уд в мин. Как вы считаете, какое нарушение ритма было у пациента?

1

наджелудочковая пароксизмальная тахикардия

желудочковая пароксизмальная тахикардия

пароксизмальная мерцательная аритмия

суправентрикулярная экстрасистолическая аритмия

желудочковая экстрасистолическая аритмия

#

141

Какой из нижеперечисленных препаратов снижает смертность у больных с перенесенным инфарктом миокарда?

3

дигоксин

амиодарон

бисопролол

лидокаин

триметазидин

#

142

К врачу обратился больной с жалобами на повышение температуры тела, слабость и головные боли. Отмечает снижение массы тела и ухудшение зрения. Объективно больной цвета «кофе с молоком», имеются геморрагические высыпания на груди и голени, а также на сетчатке. Для какого заболевания характерны данные признаки?

3

вирусный миокардит

сухой перикардит

инфекционный эндокардит

ревматический перикардит

выпотной перикардит

#

143

Больной 62 лет отмечает жалобы на давящие боли за грудиной более 30 минут, не купируемые приемом 2 таблеток НТГ, двигательное беспокойство. Состоит на учете по поводу КБС, стенокардии напряжения II ФК. Объективно: кожа бледная, влажная, тоны сердца приглушены, ЧСС 80 уд, АД 140/90 мм рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, элевация сегмента ST в I, aVL, V4-V6 на 4 мм. Какой препарат необходимо ввести с целью купирования болевого синдрома?

3

метамизол натрия (баралгин) в/в

Дроптаверин (но-шпа) в/м

морфин в/в

диклофенак в/м

анальгин в/в

#

144

Пациент 56 лет, длительно страдающий гипертонической болезнью, внезапно почувствовал одышку. Вызвал скорую помощь. При осмотре: акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество влажных хрипов. ЧД 30 в минуту. АД 140/100 мм.рт.ст. ЧСС 100 в минуту. На ЭКГ: ритм синусовый, подъем сегмента ST до 3 мм в отведениях I, aVL, V1-V4. Какой из вариантов ОИМ развился у больного?

4

классический

абдоминальный

аритмический

астматический

безболевого

#

145

Больная 53 лет, в течение последних трех дней беспокоит давящая боль в эпигастрии, тошнота, потливость, слабость. Неоднократно была рвота без облегчения. Принимала спазмолитики, анальгетики без существенного эффекта. Доставлена в хирургический стационар с диагнозом: обострение хронического панкреатита. На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 66 уд в мин., подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V5-V6 на 1,5 мм. Ваш предварительный диагноз?

3

острый холецистит

острый панкреатит

инфаркт миокарда

острый аппендицит

язвенная болезнь желудка

#

146

Больная 53 лет, в течение последних трех дней беспокоит давящая боль эпигастрии, тошнота, потливость, слабость. Неоднократно была рвота без облегчения. Принимала спазмолитики, анальгетики без существенного эффекта. Доставлена в хирургический стационар с диагнозом: обострение хронического панкреатита. На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 66 уд в мин., подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V5-V6 на 1,5 мм. Какой вариант ОИМ развился у больной?

2

классический
абдоминальный
аритмический
астматический
безболевого

#

147

У больного 42 лет при объективном обследовании были выявлены признаки, характерные для недостаточности аортального клапана. Какой пульс характерен для данной патологии?

4

pulsus filiformis
pulsus parvus et molis
pulsus parvus, tardus, rarus
pulsus celer, altus, magnus
pulsus frequens

#

148

Мужчина 40 лет, после злоупотребления алкоголем в течение 2 дней почувствовал перебои в работе сердца, слабость, утомляемость, одышку при ходьбе. При объективном осмотре: ЧСС 140 уд в мин, пульс 88 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. На ЭКГ: зубцы Р не визуализируются, интервалы R-R различные, комплексы QRS не расширены. Для какого состояния характерны данные признаки?

3

трепетание предсердий
трепетание желудочков
фибрилляция предсердий
фибрилляция желудочков
предсердная тахикардия

#

149

Больная 56 лет, после перенесенного 2 дня назад ОИМ, внезапно потеряла сознание, покрылась холодным потом. Кожа бледная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 170 уд в мин. АД 80/50 мм рт.ст. На ЭКГ: широкие желудочковые комплексы неправильной формы, одинаковой амплитуды, расстояние R-R одинаковое. Какое нарушение ритма развилось у больной?

3

фибрилляция желудочков
фибрилляция предсердий
желудочковая пароксизмальная тахикардия
предсердная пароксизмальная тахикардия
трепетание желудочков

#

150

Мужчине 49 лет, ожидавшему очередь к терапевту, внезапно стало плохо. Появились головокружение, слабость, потемнение в глазах и боль в области сердца. На ЭКГ: ритм правильный, ЧСС 175 уд\мин., деформация и расширение комплекса QRS более 0,12 сек. с дискордантным расположением сегмента ST и зубца Т. О каком состоянии следует думать?

3

суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия
пароксизмальная мерцательная аритмия
желудочковая пароксизмальная тахикардия
синусовая тахикардия
полная атриовентрикулярная блокада

#

151

Больной 50 лет, внезапно почувствовал себя плохо: появилась нарастающая давящая боль за грудиной, через полчаса боль стала невыносимой. Больной бледен, покрыт холодным потом. ЧД - 22 в мин, ЧСС - 100 в мин. АД - 70/50 мм рт.ст. Диурез - 20 мл/час. О каком заболевании идет речь?

1

острый инфаркт миокарда
тампонада перикарда
нестабильная стенокардия
расслаивающая аневризма аорты
тромбоэмболия легочной артерии
#

152

У больного на фоне высокой лихорадки появились одышка, учащенное сердцебиение. При объективном осмотре: узелки Ослера, пятна Джемсуэя, увеличение границ сердечной тупости влево, тахикардия. АД 150/40 мм рт.ст. Выставлен диагноз: инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана. Укажите аускультативную картину у данного больного?

2

грубый систолический шум на верхушке сердца
диастолический шум во II м/р справа и в точке Боткина-Эрба
систолический шум у основания мечевидного отростка
систо-диастолический шум во II межреберье слева
мезодиастолический шум на верхушке сердца

#

153

Больной 42 лет доставлен в стационар с жалобами на чувство нехватки воздуха, тупые боли сдавливающего характера за грудиной. Две недели назад перенес ОРВИ. Объективно: умеренный цианоз лица, шеи. ЧД 36 в мин. Верхушечный толчок не определяется. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо, вниз и влево. Сердечные тоны глухие, ритмичные, ЧСС- 116 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Какой наиболее вероятный диагноз?

5

инфаркт миокарда
нестабильная стенокардия
сухой перикардит
экссудативный плеврит
выпотной перикардит

#

154

Больной 25 лет, предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение при физической нагрузке, боли в прекардиальной области, кашель. Объективно: акроцианоз и румянец с цианотическим оттенком. Рентгенологически: выбухание ствола легочной артерии и ушка левого предсердия, увеличение правого желудочка, в I косом положении пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. О каком пороке сердца можно думать?

1

стенозе левого АВ-отверстия
недостаточности митрального клапана
стенозе устья аорты
недостаточности аортального клапана
дефекте межжелудочковой перегородки

#

155

Врач кардиолог при обследовании больного предварительно поставил диагноз: недостаточность митрального клапана. Какая аускультативная картина должна быть у данного пациента?

3

систолический шум на верхушке с сохраненным I тоном
грубый систолический шум в области мечевидного отростка
систолический шум на верхушке в сочетании с ослабленным I тоном
протодиастолический шум в области мечевидного отростка
акцент II тона над легочной артерией

#

156

У женщины 34 года, через 2 недели после перенесенной вирусной инфекции появились слабость, одышка, боли в области сердца, сердцебиение. При осмотре АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС-80 уд. в мин., тоны приглушены. Низковольтная ЭКГ, зубец Т (-) в отведениях V1-V4. О какой патологии можно думать?

2

выпотной перикардит
вирусный миокардит
коронарная болезнь сердца
дилатационная кардиомиопатия
инфекционный эндокардит

#

157

У женщины 34 года, через 2 недели после перенесенной вирусной инфекции появились слабость, одышка, боли в области сердца, сердцебиение. При осмотре АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС-80 уд. в мин., тоны приглушены. Низковольтажная ЭКГ, зубец Т (-) в отведениях V1-V4. Какой из нижеперечисленных методов обследования является «золотым» стандартом при подозрении на миокардит?

3

коронароангиография

компьютерная томография

эндомиокардиальная биопсия

эхокардиография

сцинтиграфия

#

158

Определите врачебную тактику при инфекционном эндокардите у пациента молодого возраста с прогрессирующим разрушением аортального клапана и начальными проявлениями сердечной недостаточности:

4

терапия антибактериальными препаратами

терапия антикоагулянтными препаратами

терапия тромболитическими препаратами

экстренное оперативное лечение

терапия гормональными препаратами

#

159

К врачу обратился больной с характерными жалобами хронической ревматической болезни сердца и аортальным стенозом. Для дальнейшего обследования пациент был направлен на рентгенографию органов грудной клетки. Какие рентгенологические признаки, характерные для данного порока, обнаружит врач?

1

аорта расширена на всем протяжении, выбухает IV дуга

выбухает ушко левого предсердия, талия сердца сглажена

выбухает легочной ствол, наличие линий Керли

увеличенное левое предсердие вписывается в контур сердца

аорта расширена в восходящем отделе, подчеркнута талия сердца

#

160

Пациентке 23 года, после хирургического вмешательства (протезирование митрального клапана) был назначен варфарин. При контрольном обследовании МНО достигло 4,0. Какова должна быть тактика врача в отношении коррекции антикоагулянтной терапии?

2

увеличить дозу препарата

уменьшить дозу препарата

пропустить один день приема варфарина

отменить полностью прием варфарина

продолжить терапию варфарином в той же дозировке

#

161

Больной 22 года, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C с ознобами, одышку при минимальной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. Тоны сердца приглушены, выслушивается диастолический шум над аортой. ЧСС 106 уд/мин. АД - 120/40 мм рт. ст. Какое поражение клапана развилось у данного больного с инфекционным эндокардитом?

2

стеноз аортального клапана

недостаточность клапана аорты

стеноз левого AV- отверстия

недостаточность митрального клапана

стеноз устья легочной артерии

#

162

Пациентке 27 лет, было проведено хирургическое вмешательство (протезирование митрального клапана). При выписке была назначена терапия непрямыми антикоагулянтами (варфарином). Мониторинг какого показателя необходимо проводить для правильного подбора дозы препарата?

2

АЧТВ
МНО
ТВ
ПТИ
фибриноген
#

163

Какое осложнение часто присоединяется у больных со стенозом левого АВ-отверстия?

1

мерцательная аритмия
пневмония
аневризма левого предсердия
нарушение проводимости
коронарная недостаточность

#

164

Женщина 35 лет, курящая, ИМТ 32 кг/м², жалуется на внезапно возникшую одышку, повышение температуры тела до 37,5°C, кашель с мокротой и прожилками крови, слабость, боль в левой половине грудной клетки. На ЭКГ: признаки острой перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Какое осложнение необходимо исключить у больной?

4

острый бронхит
новообразование бронхов
бронхоэктатическая болезнь
тромбоэмболия легочной артерии
острый инфаркт миокарда

#

165

Больная 40 лет обратилась с жалобами на сердцебиение, головокружение, общую слабость. Приступ сердцебиения возник впервые около 20 мин назад. Объективно тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 200 уд. в мин., АД-140/90 мм рт.ст. На ЭКГ: ритм правильный, ЧСС 200 уд. в мин., зубец Р не определяется. Желудочковый комплекс не изменен. Ваш предположительный диагноз?

4

пароксизмальная мерцательная аритмия
суправентрикулярная экстрасистолическая аритмия
желудочковая экстрасистолическая аритмия
наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
желудочковая пароксизмальная тахикардия

#

166

У пациента с гипертрофической кардиомиопатией, выявленной несколько лет назад, появились обмороки. На ЭКГ без динамики. Какое диагностическое обследование необходимо назначить больному в первую очередь?

1

суточное мониторирование ЭКГ
фонокардиографию
ЭКГ-нагрузочные тесты
суточное мониторирование АД
рентгеноскопию органов грудной клетки

#

167

В поликлинику обратился больной с жалобами на лихорадку с субфебрильной температурой, ознобом, потливостью, снижением веса. Объективно: пятна Лукина, узелки Ослера. Какова патогномоничная ЭхоКГ-картина при данной патологии?

2

гипокинез стенки ЛЖ
вегетации на клапанах
митральная регургитация
снижение фракции выброса
фиброз створок клапанов

#

168

У больного с митральным стенозом появилась осиплость голоса. С чем связано появление данного симптома?

2

обострение хронического фарингита
сдавление левого возвратного нерва
присоединение герпетической ангины
обострение хронического тонзиллита
употребление холодных напитков и продуктов

#

169

Больному был предположительно выставлен диагноз гипертрофической кардиомиопатии. Какова характерная аускультативная картина должна быть у данного больного?

2

грубый систолический шум над аортой, проводится в сосуды шеи
грубый систолический шум над аортой, не проводится в сосуды шеи
диастолический шум во II м/р справа и в точке Боткина - Эрба
систо-диастолический шум во II межреберье справа
протодиастолический шум на верхушке сердца

#

170

У больного с митральным стенозом при контрольном визите к врачу исчез пресистолический шум над верхушкой сердца. При присоединении какого нарушения ритма характерна данная клиническая картина?

2

синусовая аритмия
мерцательная аритмия
наджелудочковая экстрасистолия
желудочковая экстрасистолия
трепетание желудочков

#

171

Больной 15 лет отмечает жалобы на онемение ног. При осмотре: астеничная грудная клетка, узкий таз, худые ноги. АД 180/110 мм рт.ст. При R-графии грудной клетки: узурация ребер. О каком заболевании можно предположить?

1

коарктация аорты
феохромоцитомы
болезнь Иценко-Кушинга
болезнь Такаясу
атеросклероз почечных артерий

#

172

У больного 60 лет беспокоят жалобы на боли стенокардитического характера, головокружение, обмороки. При осмотре: систолическое дрожание во II межреберье справа, признаки сердечной недостаточности. О какой патологии следует думать?

3

гипертрофическая КМП
дилатационная КМП
стеноз устья аорты
митральный стеноз
коронарная болезнь сердца

#

173

У больного 60 лет беспокоят жалобы на боли стенокардитического характера, головокружение, обмороки. При осмотре: систолическое дрожание во II межреберье справа, признаки сердечной недостаточности. По данным ЭхоКГ: кальцинаты клапана аорты. Раскрытие АК 1,0 см. Каков генез порока у данного больного?

3

врожденный
ревматический
атеросклеротический
инфекционный
идиопатический

#

174

Для диагностики выпотного перикардита у больного врач провел рентгенографию органов грудной клетки. Какие рентгенологические признаки характеризуют данную патологию?

3

застой легочного рисунка
подчеркнута талия сердца
треугольная конфигурация сердца
видна тень левого предсердия
расширение всех отделов аорты
#

175

Больная 65 лет поступила с жалобами на постоянного характера боли в области сердца, усиливаются в положении лежа на спине и уменьшаются в вертикальном положении, повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, недомогание. Аускультативно: шум трения перикарда. Для какой патологии характерны данные изменения?

2

пневмония
перикардит
миокардит
пневмоторакс
стенокардия

#

176

Больная 65 лет поступила с жалобами на постоянного характера боли в области сердца, усиливаются в положении лежа на спине и уменьшаются в вертикальном положении, повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, недомогание. Аускультативно: шум трения перикарда. Какой ЭхоКГ-критерий характеризует данную патологию?

2

сепарация листков перикарда
утолщение листков перикарда
диффузный гипокинез стенок ЛЖ
вегетации на клапанах сердца
парадоксальное движение МЖП

#

177

Больная 35 лет поступила с жалобами на постоянного характера боли в области сердца, усиливаются в положении лежа на спине и уменьшаются в вертикальном положении, повышение температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, недомогание. Пять дней назад перенесла ОРВИ. Аускультативно: шум трения перикарда. Какой из нижеперечисленных является препаратом выбора при данной патологии?

2

стрептокиназа
аспирин
гепарин
клопидогрель
фуросемид

#

178

Какой из нижеперечисленных клинических признаков характерен для развития тампонады сердца?

4

боль в области сердца
выраженная одышка
дефицит пульса
пародоксальный пульс
шум трения перикарда

#

179

У больного 60 лет, находящегося в стационаре по поводу выпотного перикардита внезапно развился отёк и цианоз шеи, лица, рук, верхней части груди, сопровождающийся набуханием шейных вен. Как называется данный симптом?

2

лицо Корвизара
воротник Стокса
симптом Мюссе
лицо Гипократа
симптом Плише

#

180

У больного 60 лет, находящегося в стационаре по поводу выпотного перикардита внезапно развился отёк и цианоз шеи, лица, рук, верхней части груди, сопровождающийся набуханием шейных вен. О развитии какого осложнения указывает появление данного симптома?

3

острого инфаркта миокарда
тромбоэмболии легочной артерии
тампонады сердца
острой сердечной недостаточности
расслаивающей аневризмы аорты

#

181

У больного 60 лет, находящегося в стационаре по поводу выпотного перикардита внезапно развился отёк и цианоз шеи, лица, рук, верхней части груди, сопровождающийся набуханием кожных вен. Какова должна быть тактика врача?

5

проведение экстренной коронароангиографии
проведение тромболитической терапии
срочное введение диуретических препаратов
немедленная имплантация ЭКС
проведение экстренного перикардиоцентеза

#

182

Основной метод лечения больных с констриктивным перикардитом?

1

перикардэктомия
перикардиоцентез
имплантация ЭКС
стентирование сосудов
трансплантация сердца

#

183

У больного 42 лет появились жалобы на одышку, сердцебиение, головокружение, обмороки. В анамнезе: отец умер в возрасте 40 лет внезапно. Аускультативно: систолический шум над аортой, не проводится на сосуды шеи. О какой патологии у больного можно заподозрить?

2

коронарной болезни сердца
гипертрофической кардиомиопатии
дилатационной кардиомиопатии
гипертонической болезни
ревматическом пороке сердца

#

184

У больного 42 лет появились жалобы на одышку, сердцебиение, головокружение, обмороки. В анамнезе: отец умер в возрасте 40 лет внезапно. Аускультативно: систолический шум над аортой, не проводится в сосуды шеи. Какова ЭхоКГ-картина при данной патологии?

5

кальцинаты клапана аорты
диффузный гипокинез стенок ЛЖ
вегетации на клапанах сердца
парадоксальное движение МЖП
асимметрическая гипертрофия ЛЖ

#

185

Спортсмен 37 лет внезапно пожаловался на головокружение, потерял сознание и умер. Какова наиболее вероятная причина внезапной смерти у данного больного?

3

коронарная болезнь сердца
тромбоэмболия легочной артерии
гипертрофическая кардиомиопатия
дилатационная кардиомиопатия
расслаивающая аневризма аорты

#

186

У больной 40 лет появились жалобы на одышку, сердцебиение, головокружение, обмороки. В анамнезе: отец умер внезапно в молодом возрасте. Пальпаторно: систолическое дрожание во II межреберье справа. Аускультативно: систолический шум над аортой, не проводится на сосуды шеи. Какой из нижеперечисленных препаратов является основным в медикаментозном лечении больных с данным заболеванием?

4

фуросемид

дигоксин

нифедипин

бисопролол

ивабрадин

#

187

Какое из перечисленных инвазивных методов лечения показано больным с гипертрофической кардиомиопатией?

5

проведение коронарного шунтирования

имплантация электрокардиостимулятора

транскатетерная имплантация аортального клапана

стентирование коронарной артерии

установка кардиовертера-дефибриллятора

#

188

К кардиологу обратился больной 40 лет, состоявший на учете по поводу инфекционного миокардита, с жалобами на выраженную одышку при малейшей физической нагрузке, иногда в покое, сердцебиение, отеки на нижних конечностях. При осмотре: смещение всех границ сердца, тоны приглушены, систолический шум на верхушке и над областью мечевидного отростка, S3. Какое осложнение развилось у больного?

2

гипертрофическая кардиомиопатия

дилатационная кардиомиопатия

рестриктивная кардиомиопатия

инфекционный эндокардит

инфекционный миокардит

#

189

Какое из перечисленных методов лечения является радикальным в лечении больных с дилатационной кардиомиопатией?

4

проведение коронарного шунтирования

имплантация электрокардиостимулятора

транскатетерная имплантация аортального клапана

проведение трансплантации сердца

установка кардиовертера-дефибриллятора

#

190

Какой из нижеперечисленных препаратов показан больным с дилатационной кардиомиопатией с целью улучшения систолической функции сердца?

4

небилет

варфарин

клопидогрель

дигоксин

амлодипин

#

191

У больного 68 лет с хронической сердечной недостаточностью появились признаки гинекомастии. Какой из нижеперечисленных препаратов для лечения ХСН мог вызвать подобный побочный эффект?

4

дигоксин

бисопролол

фуросемид

спиронолактон

эмпаглифлозин

#

192

В отделении ургентной кардиологии больной резко стало плохо, она потеряла сознание. На ЭКГ прямая линия. Чем могла сопровождаться данная патология клинически?

2

судорогами, тахикардией, тахипноэ
расширением зрачков, отсутствием пульса и АД
сужением зрачков, повышением АД
гиперемией лица и кожи, брадикардией
бледностью или синюшностью кожных покровов

#

193

При снятии ЭКГ бригадой скорой помощи зарегистрированы волны различной высоты и ширины, неодинаковой формы с переходом в прямую линию. Для какого нарушения ритма характерны данные изменения?

3

пароксизмальной мерцательной аритмии
синдрому слабости синусового узла
фибрилляции желудочков и асистолии
желудочковой пароксизмальной тахикардии
пароксизмальной наджелудочковой тахикардии

#

194

Больной с острым коронарным синдромом после выписки из стационара длительно получает двойную антиромбоцитарную терапию с целью снижения риска повторных сердечно-сосудистых осложнений. Какие препараты включают в двойную терапию?

3

варфарин, аспирин
аспирин, гепарин
аспирин, клопидогрель
ривароксабан, абциксимаб
фраксипарин, аспирин

#

194

К кардиологу обратился мужчина 28 лет с признаками аортальной недостаточности. О каком заболевании из анамнеза врач должен уточнить, чтобы выяснить генез заболевания?

1

инфекционном эндокардите
инфекционном миокардите
коронарной болезни сердца
атеросклерозе аорты
открытом аортальном протоке

#

195

Какой препарат необходимо принимать больному после выписки из стационара, перенесшему инфаркт миокарда с целью снижения риска возникновения повторного ИМ?

5

антикоагулянты
мочегонные
тромболитики
сердечные гликозиды
бета-блокаторы

#

196

При обследовании пациента 44 лет недавно переболевшего гриппом при проведении эхокардиографии обнаружена дилатация всех полостей сердца и пристеночный тромб в области верхушки. О чем свидетельствуют данные признаки?

5

о развитии рестриктивной кардиомиопатии
о развитии инфекционного эндокардита
о развитии острой ревматической лихорадки
о развитии гипертрофической кардиомиопатии
о развитии дилатационной кардиомиопатии

#

197

При обследовании пациента 44 лет недавно переболевшего гриппом при проведении эхокардиографии обнаружена дилатация всех полостей сердца и пристеночный тромб в области верхушки. Какой препарат больной должен получать длительно с антикоагулянтной целью?

4

аспирин
гепарин
дигоксин
варфарин
фуросемид

#

198

Появление какого признака свидетельствует о митриализации порока недостаточности аортального клапана?

3

систолического шума во II межреберье справа
систолического шума во II межреберье слева
систолического шума на верхушке сердца
диастолического шума на верхушке сердца
систолического шума в области мечевидного отростка

#

199

При аускультации больного врач услышал мягкий, дующий протодиастолический шум над аортой, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс. Для какого порока характерны данные клинические признаки?

3

дефекта межпредсердной перегородки
недостаточности митрального клапана
недостаточности аортального клапана
стеноза устья аорты
стеноза левого АВ-отверстия

#

200

О чем свидетельствует появление шума Грехема-Стилла у больного с митральным стенозом?

3

о присоединении мерцательной
аритмии
о развитии трикуспидальной недостаточности
об относительной недостаточности клапана легочной артерии
о развитии тромбов в полости ушка левого предсердия
о развитии тромбоэмболии легочной артерии

#

НЕФРОЛОГИЯ

#

1

При лечении хронического пиелонефрита противопоказан прием:

3

антибиотиков
нитрофурановых препаратов
кортикостероидов
сульфаниламидов
производных налидиксовой кислоты

#

2

Развитие нефротического синдрома характерно для:

2

IgA нефропатии
Амилоидоза почек
тубулоинтерстициального нефрита
хронического пиелонефрита
поликистозной болезни почек

#

3

Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите:

2

выраженные отеки в течение последних 6 месяцев
наличие затяжного нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
артериальная гипертония, сохраняющаяся на фоне приема антигипертензивных препаратов
наличие в моче эритроцитов, сохраняющиеся в течение последних 6 месяцев
выраженном мочевом синдроме без гипертонии

#

4

Альбуминурия и гипопроотеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

1

острого гломерулонефрита
хронического пиелонефрита
мочекаменной болезни
интерстициального нефрита
острого пиелонефрита

#

5

Основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

3

золотистый стафилококк
клебсиелла
 β -гемолитический стрептококк группы А
синегнойная палочка
вирусы

#

6

Какой морфологический тип гломерулонефрита имеет наименее благоприятное течение:

1

Фокально-сегментарный склероз Мембранопротеративный
Липоидный нефроз
Мезангиопротеративный
Мембранозный

#

7

Назовите классическую триаду при остром гломерулонефрите:

3

гипертония, отеки, изостенурия
гипертония, отеки, олигурия
гипертония, отеки, гематурия
гипертония, отеки, цилиндрурия
гипертония, отеки, лихорадка

#

8

Диагностическим критерием «нефротического синдрома» является:

1

протеинурия более 3,5 г/сут.
микроальбуминурия
эритроцитурия более 20-30 в п/зр.
гипохолестеринемия
цилиндрурия более 500 в 1 мл мочи

#

9

В этиологии ХГН имеет большое значение:

1

вирусная инфекция
воздействие солей тяжелых металлов
протозойная инфекция
злоупотреблением алкоголем
врожденные дефекты сосудистой системы почек

#

10

При биохимическом исследовании крови у больных с амилоидозом и нефротическим синдромом отмечается:

2

гипергликемия
гиперхолестеринемия
гиперальбуминемия
гиперурикемия
гипохолестеринемия

#

11

Выберите сочетания симптомов острого нефритического синдрома:

1

Артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия, отеки, Гипо - и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, лейкоцитурия

Артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, отеки Протеинурия, отеки, гипо - и диспротеинемия Артериальная гипертензия, азотемия, анемия, отеки

#

12

Посев мочи необходимо проводить при:

2

остром гломерулонефрите
хроническом пиелонефрите
хроническом гломерулонефрите
нефротическом синдроме
амилоидозе

#

13

У больной, 17 лет, через неделю после перенесённой ангины, наблюдаются выраженные отёки лица и конечностей, головная боль, потемнение мочи. Анализ мочи 3 месяца назад был без отклонений от нормы. АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС - 80 в минуту. Анализ крови: Нб - 125 г/л, СОЭ - 15 мм/ч Титр антистрептолизина-О 1:625. Анализ мочи: уд.вес - 1016, белок - 2,2 г/л, эритроциты - до 80 в поле зрения, лейкоциты - 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 3-4 в поле зрения, бактерии - нет. Предполагаемый этиологический фактор заболевания:

1

Стрептококк
Грибы рода Candida
Стафилококк
Микоплазма
Вирус

#

14

При остром гломерулонефрите стрептококковой этиологии повреждение клубочков происходит под влиянием?

2

антител, направленных против мембраны стрептококка
комплекса антиген-антитело
экзотоксинов стрептококка
эндотоксинов стрептококка
перекрестной мимикрии

#

15

Что необходимо для проведения пробы Нечипоренко:

4

суточная моча
утренняя моча
первая порция утренней мочи
средняя порция утренней мочи
последняя порция утренней мочи

#

16

Выберите правильную комбинацию патогенетического лечения нефротического синдрома:

2

диуретики, иАПФ, антибиотики
глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты
белковые препараты, сартаны, антикоагулянты
противовирусные, НПВС, антиагреганты
антибиотики, глюкокортикостероиды, иАПФ

#

17

Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие?

3

стафилококковой инфекции

вирусной инфекции

стрептококковой инфекции

инфицирования кишечной палочкой

инфицирования другими бактериями

#

18

Макроскопические изменения почек в исходе хронического гломерулонефрита:

2

первично сморщенные почки

вторично сморщенные почки

большие пестрые почки

большие красные почки

большие белые почки

#

19

Назовите этиологические факторы преренальной ОПП:

1

гемолитическая анемия

острый гломерулонефрит

обструкции мочевых путей

тубуло-интерстициальный нефрит

гиперплазия предстательной железы

#

20

Наиболее благоприятный морфологический вариант гломерулонефрита:

4

Мезангиопролиферативный ГН.

Мембранозный ГН.

Мембранопролиферативный ГН.

Минимальные изменения клубочков

Фокально-сегментарный гломерулосклероз

#

21

У больного длительно страдающего бронхоэктатической болезнью появились признаки нефротического синдрома, в первую очередь необходимо исключить?

2

хронический пиелонефрит

амилоидоз почек

интерстициальный нефрит

хронический гломерулонефрит

острый гломерулонефрит

#

22

Для острого гломерулонефрита характерна:

4

гиперурикозурия

глюкозурия

оксалатурия

гематурия

выраженная лейкоцитурия

#

23

Назовите иммунологические сдвиги в крови при постстрептококковом гломерулонефрите?

1

высокие титры антител к антигенам стрептококка

повышение титра почечных аутоантител

наличие антинуклеарных антител

высокий уровень комплемента
повышение IgA в сыворотке крови

#

24

Стероидная терапия показана при:

1

активном нефротическом синдроме
первичном амилоидозе
лекарственном поражении почек
диабетическом нефроангиосклерозе
хроническом пиелонефрите

#

25

Что характерно лабораторно для ХБП:

3

гиперальбуминемия
дислипидемия
гиперкреатининемия
уробилинурия
гипербилирубинемия

#

26

При какой патологии наблюдается сочетание анемии и артериальной гипертензии?

2

гипертонической болезни
хронической почечной недостаточности
синдроме Иценко-Кушинга
феохромоцитоме
В₁₂-дефицитной анемии

#

27

Высокая диастолическая гипертензия характерна для:

4

гипертиреоза
гипертонической болезни
атеросклероза аорты
нефрогенной гипертензии
диэнцефального синдрома

#

28

Какие характерные признаки хронического гломерулонефрита позволяют отличить его от гипертонической болезни?

2

опережающее мочевоому синдрому повышение АД
мочевой синдром, предшествующий повышению АД
частое развитие сосудистых осложнений (инсульт, инфаркт)
частые гипертонические кризы
лейкоцитурия с повышением АД

#

29

Что противопоказано при терапии ХБП:

3

гипотензивные средства
препараты эритропоетина
стероидные гормоны
петлевые диуретики
β-блокаторы

#

30

Основным фактором развития острого гломерулонефрита является?

3

повышение сосудистой проницаемости
некроз эпителия канальцев

образование иммунных комплексов
жировая дистрофия эпителия канальцев
гиалиноз артериол

#

31

Препаратом выбора при лечении анемии у больных ХБП 5 ст. является:

3

препарат железа
цианкоболамин
препарат эритропоэтина
рибофлавин
витамин К

#

32

Для какого заболевания характерен данный анализ мочи: белок 0.165г/л, лейкоциты 20-30 в поле зрения. Эритроциты 0-1 в поле зрения

1

Хронический пиелонефрит
Амилоидоз почек
Хронический гломерулонефрит
Люпус-нефрит
Острый гломерулонефрит

#

33

Назовите заболевание, сопровождающееся развитием амилоидоза:

5

лимфогранулематоз
хронический тонзиллит
болезнь Крона
гранулематоз Вегенера
ревматоидный артрит

#

34

Заместительная почечная терапия проводится на следующих стадиях ХБП:

5

ХБП 1 ст.
ХБП 2 ст.
ХБП 3 ст.
ХБП 4 ст.
ХБП 5 ст

#

35

Для верификации диагноза и установления морфологической формы гломерулонефрита необходимо:

3

радиоизотопное исследование
ультразвуковое исследование
биопсия почек
рентгенологическое исследование
компьютерная томография

#

36

Причиной развития ренальной ОПП может быть?

2

гемолитическая анемия
острый гломерулонефрит
обструкции мочевых путей
тубуло-интерстициальный нефрит
гиперплазия предстательной железы

#

37

Укажите причины прerenальной ОПП?

2

увеличение сердечного выброса

дегидратация
гиперволемиа
гипертонический криз
метаболический ацидоз

#

38

Что является ведущей причиной развития анемии у больных ХБП?

3

дефицит железа
уремия
дефицит эритропоэтина
задержка жидкости
гемолиз

39

Достоверный диагностический метод для верификации гломерулонефрита?

5

компьютерная томография
экскреторная урография
позитронно-эмиссионная томография
УЗИ почек
биопсия почек

#

40

Какое суждение относительно хронического пиелонефрита является верным?

1

хронический пиелонефрит поражает чашечно-лоханочный аппарат и приводит к ХБП
одним из частых проявлений хронического пиелонефрита является нефротический синдром
определяющее значение в лечении хронического пиелонефрита имеет прием кортикостероидов
поражение базальной мембраны клубочков
поражение капилляров клубочкового аппарата

#

41

Для хронического пиелонефрита в анализах мочи характерны следующие изменения:

2

сахар в моче, гематурия
лейкоцитурия, бактериурия
цилиндрурия, оксалатурия
гематурия, цилиндрурия
протеинурия более 3 г/л, лейкоцитурия

#

42

Больная, 62 лет жалобы на слабость, пониженную работоспособность. Длительное время страдает мигренью, в течение последних 7 лет постоянно принимала цитрамон до 4 табл. в сутки. При осмотре: бледность кожи с желтушным оттенком. АД 140/90 мм. рт. ст.

При УЗИ почек - размеры обеих почек 85x38 мм, контуры неровные, толщина паренхимы 12 мм. Какие патологические процессы являются главной причиной ХБП у пациентки?

1

склерозирование большей части нефронов
васкулит почечных артерий
дистрофия канальцев
некроз канальцев
сужение мочеточников

#

43

Какое заболевание сопровождается увеличением почек, несмотря на ухудшение почечных функций?

1

амилоидоз
первичный нефросклероз
хронический гломерулонефрит
хронический пиелонефрит
мочекаменная болезнь

#

44

Клубочковая фильтрация неэффективна при уровне клиренса креатинина?

5

80 мл/мин

60 мл/мин

45 мл/мин

30 мл/мин

15 мл/мин

#

45

Пациент, 45 лет. жалуется на отёки ног, лица, выраженную слабость, снижение аппетита, учащенный кашицеобразный стул до 3 р/д. Из анамнеза: с 35 лет страдает остеомиелитом большеберцовой кости левой голени, неоднократно оперировался. В течение 2-х лет в моче отмечается протеинурия 0,165-0,66 г/л. Объективно: отёки лица, голеней. ЧСС - 80 в мин. АД - 120/60 мм.рт.ст. ОАК: Нв -130 г/л, Эр.- $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- $5,9 \times 10^9$ /л, п/я-1%, сегм.-55%, Лим.-30%, Мон.-10%, э-3%, б-1%. СОЭ-56 мм/ч. ОАМ: уд. вес-1022, белок-2,8 г/л, лейкоциты-до 6 в п/зр, Эр.-не обнаружены. Какое осложнение основного заболевания со стороны почек развилось у данного больного?

2

Хронический гломерулонефрит

Амилоидоз почек

Хронический пиелонефрит в фазе обострения

Рак почки

Хронический пиелонефрит

#

46

Показания к назначению глюкокортикостероидов при хроническом гломерулонефрите:

2

изолированный мочево́й синдром

нефротический синдром

гипертонический синдром

нефротический и гипертонический синдром

гематурический синдром

#

47

Назовите важный морфологический признак хронического пиелонефрита:

5

иммунокомплексное поражение базальной мембраны клубочков

асептическое воспаление интерстициальной ткани почек

дистрофия канальцев

воспалительная инфильтрация канальцев

воспалительная инфильтрация интерстициальной ткани почек

#

48

Протеинурия переполнения встречается при:

1

миеломной болезни

хроническом пиелонефрите

хроническом гломерулонефрите

остром гломерулонефрите

поликистозе почек

#

49

Какие показатели СКФ соответствует ХБП терминальной стадии?

5

СКФ - 160 мл/мин

СКФ - 42 мл/мин

СКФ - 71 мл/мин

СКФ - 28 мл/мин

СКФ – менее 15 мл/мин

#

50

Какая микрофлора наиболее часто вызывает хронический пиелонефрит:

1

кишечная палочка

стафилококк
β-гемолитический стрептококк группы А
энтерококк
синегнойная палочка

#

51

Больной 53 лет, с длительным анамнезом ревматоидного артрита, нерегулярно принимающий метотрексат, поступил с жалобами на отеки ног, ощущение тяжести в правом подреберье. В суточном анализе мочи протеинурия до 10 г/сут. В ОАМ эритроциты 8-10 в поле зрения, холестерин 7,9 ммоль/л, альбумин 28 г/л, креатинин 145 мкмоль/л, СКФ 54 мл/мин. Какая стадия хронической болезни почек у пациента?

3

1 ст.

2 ст.

3 ст.

4 ст.

5 ст.

#

52

Тактика ведения больного с хроническим гломерулонефритом определяется?

5

Данными клинической картины

Результатами исследования крови

Результатами исследования мочи

Результатами посева мочи

Результатами морфологического исследования биопсии

#

53

При каком количестве бактерий бактериологическая проба считается положительной при диагностики пиелонефрита?

5

100 бактерий/мл мочи

500 бактерий в утренней порции мочи

1000 бактерий в средней порции мочи

10000 бактерий в суточной моче

100000 бактерий/мл мочи и более

#

54

Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

2

повышение артериального давления, отеки

полиурию, полидипсию

гиперкалиемию, гипонатриемия

метаболический ацидоз, полиурия

судороги, гиперкалиемия

#

55

Антибактериальная терапия является обязательным компонентом лечения:

2

острого интерстициального нефрита

обострения хронического пиелонефрита

острой почечной недостаточности

хронической почечной недостаточности

хронического пиелонефрита вне обострения

#

56

Больной, 28 лет жалуется на отеки нижних конечностей, появившиеся внезапно 2 недели назад. В течение 2-х месяцев беспокоит слабость, потеря аппетита, ноющие боли в поясничной области слева, периодически – повышение температуры до 37,8⁰С, без ознобов. Похудел за это время на 4 кг. Объективно: кожные покровы бледные. Отеки стоп, голеней, нижней трети бедер, лица. В лёгких везикулярное дыхание без хрипов. ЧСС – 80 в минуту. АД – 130/80 мм.рт.ст. В общем анализе крови выявлена анемия, СОЭ-45 мм/ч. Креатинин-81 мкмоль/л. Общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ОАМ: уд. вес-1019, белок-4,8 г/л, лейкоциты-до 5 в п/зр., эр.-45-60 в п/зр. Ваш предварительный диагноз?

5

амилоидоз почек
хронический гломерулонефрит
хронический пиелонефрит
интерстициальный нефрит
острый гломерулонефрит

#

57

Для какого заболевания характерен данный анализ мочи: белок 4200 г/л, лейкоциты 3-4/в пз. Эритроциты неизмененные 2-3/в пз, эритроциты измененные в большом количестве, гиалиновые цилиндры 5-6/в пз.

1

Хронический гломерулонефрит
Мочекаменная болезнь
Хронический пиелонефрит
Интерстициальный нефрит
Амилоидоз почек

#

58

Дайте описание «facies nephritica»:

4

лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи

отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек

лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного про-

фузного пота

лицо одутловатое, бледное, отеки под глазами, веки набухшие, глазные щели узкие

лицо одутловатое, желтовато-бледное с отчетливым цианотичным оттенком, губы цианотичные

#

59

При шоке острое почечное повреждение обусловлено:

3

влиянием токсических веществ поврежденных тканей

сопутствующей инфекцией

падением артериального давления

недостаточностью надпочечников

метаболическим ацидозом

#

60

Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

3

радиоизотопная ренография

ультразвуковое сканирование почек

ангиография сосудов почек

экскреторная урография

компьютерная томография

#

61

Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

1

нефросклероз

пролиферация мезангиальных клеток

деструкция малых отростков подоцитов

отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране

облитерация выносящей артериолы

#

62

Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

4

повышение содержания мочевины в крови

повышение содержания креатинина в крови

гиперфосфатемия

гиперкалиемия

гиперурикемия

#

63

Больной 32 лет. В течение 20 лет наблюдался с диагнозом гломерулонефрит. Мочевой синдром с протеинурией от 1,2 до 2,6 г/сутки, в течение последних 2-х лет – АГ. Резкое ухудшение после перенесённой ОРВИ: стала беспокоить ежедневная рвота, снижение аппетита, бессонница ночью и сонливость днём, зуд кожи, частые носовые кровотечения. Диурез – около 700 мл/сутки. Объективно: кожа бледно-жёлтая, сухая, с расчёсами. АД = 190/120 мм.рт.ст. ЧСС = 82 в минуту. ОАМ: уд. вес – 1010, белок – 2,8 г/л, лейкоц. – до 5 в п/зр, эр. – 10-20 в п/зр. ОАК: гем. – 72 г/л, СОЭ = 20 мм/ч. Общий белок – 65 г/л, калий – 6,3 ммоль/л, креатинин – 920 мкмоль/л. Какой препарат лучше назначить для лечения остеодистрофического синдрома у данного пациента?

3

кортикостероиды
ингибиторы АПФ
препараты кальция
антикоагулянты
антагонисты кальция

#

64

Основной клинический признак нефротического синдрома:

3

Повышение АД
Сердцебиение
Отёки
Дизурия
Лихорадка

#

65

Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

3

радиоизотопная ренография
ультразвуковое сканирование почек
ангиография
экскреторная урография
компьютерная томография

#

66

При каком заболевании почек показана терапия кортикостероидами?

2

острый гломерулонефрит, развернутый (классический) вариант
хронический гломерулонефрит нефротической формы
хронический гломерулонефрит в стадии терминальной почечной недостаточности
амилоидоз почек
опухоль почки

#

67

При каких заболеваниях показано применение нефропротекции?

2

ишемической болезни сердца
хронической болезни почек
реактивном артрите
болезни Крона
сахарном диабете в дебюте

#

68

Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

1

нефросклероз
пролиферация мезангиальных клеток
деструкция малых отростков подоцитов
отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране
облитерация выносящей артериолы

#

69

Какой антибиотик является нефротоксичным?

3

ампициллин
пенициллин
амикацин
эритромицин
оксациллин

70

У больного 38 лет мембранозный гломерулонефрит, ХБП V ст., Ваша тактика лечения:

1

гемодиализ, пересадка почки
преднизолон 1 мг/кг/сут
циклофосфан 3 мг/кг/сут
преднизолон 1 мг/кг/сут + гепарин 20 000 ЕД/сут + курантил 150 мг/сут
пульс терапия преднизолоном

71

О нефротическом синдроме говорят при наличии:

4

повышение СОЭ
протеинурия до 2 г/сут
гиперпротеинемии
протеинурии > 3,5 г/сут
наличии М-градиента в белковых фракциях

72

Больная А., 45 лет. Длительное время страдает хроническим пиелонефритом. При очередном обострении, проявляющемся болями в поясничной области, дизурией, субфебрилитетом, выявлены протеинурия 0,066 г/л., лейкоцитурия 40–50 в поле зрения, бактериурия. В посеве мочи рост кишечной палочки в титре 1×10^7 микробных тел в 1 мл. Выберите из перечисленных препаратов наиболее эффективный в данной ситуации.

5

Ампициллин.
Эритромицин.
Цефалоспорины.
Ко-тримоксазол.
Ципрофлоксацин

73

Что имеет кардинальное значение для дифференциальной диагностики острого и хронического гломерулонефритов:

5

сбор анамнеза
осмотр больного
правильная трактовка результатов лабораторно-инструментальных методов исследования
обнаружение признаков почечной недостаточности
биопсия почек

74

Острый гломерулонефрит чаще развивается вследствие?

3

стафилококковой инфекции
вирусной инфекции
стрептококковой инфекции
инфицирования кишечной палочкой
инфицирования другими бактериями

75

Появление отеков, артериальной гипертензии, гематурии у больного 30 лет на фоне ангины свидетельствует в пользу?

1

острого гломерулонефрита
обострения хронического гломерулонефрита
амилоидоза почек

опухоли почки
хронического пиелонефрита

#

76

Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

1

Пиелонефрите

Гломерулонефрите

Амилоидозе

Нефролитиазе

Нефротическом синдроме

#

77

Что Вы назначите при артериальной гипертензии у больных с хроническим гломерулонефритом?

1

иАПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов + статины+дипиридамо

преднизолон, НПВС, бета-блокатор

пульс –терапия, циклофосфамидом, блокатор кальциевых каналов

метотрексат, НПВС, петлевые диуретики

пульс терапия преднизолоном, фибраты, антикоагулянты

#

78

Для пиелонефрита при проведении пробы по Нечипоренко характерно:

5

лейкоциты – менее 1000, Э - 200, цилиндры - нет

лейкоциты – более 1000, Э - 800, цилиндры - 450

лейкоциты – менее 2000, Э - 800, цилиндры - 350

лейкоциты – более 2000, Э - 1100, цилиндры - 500

лейкоциты – более 4000, Э - 1350, бактериурия>100тыс.

#

79

Какой антигипертензивный препарат можно использовать при ХПН:

3

Гидрохлортиазид

Метилдопа

Нифедипин

Спиронолактон

Эплеренон

#

80

При вторичном амилоидозе прогноз, главным образом, определяется поражением?

1

почек

надпочечников

сердечно-сосудистой системы

периферической нервной системы

ЖКТ

#

81

Свидетельством почечного происхождения гематурии является обнаружение в моче?

2

неизмененных эритроцитов

эритроцитарных цилиндров

эритроцитов и протеинурии одновременно

выщелоченных эритроцитов

эритроцитов и глюкозы одновременно

#

82

У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысились АД. Наиболее вероятный диагноз:

1

острый гломерулонефрит

острый пиелонефрит

обострение хронического гломерулонефрита. апостематозный нефрит
амилоидоз почек

#

83

Какие состояния являются абсолютными показаниями к проведению гемодиализа:

2

выраженная полицитемия, гипоальбуминемия

гиперкалиемия, гиперкреатининемия

гипокреатининемия, гиперхолестеринемия

гипокалиемия, гипонатриемия

полиурия с никтурией, лейкоцитурия

#

84

Количество калия в сыворотке крови при ХБП:

1

повышается

понижается

не меняется

меняется в зависимости от артериального давления

меняется в зависимости от суточного диуреза

#

85

У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

1

амилоидоз почек

гломерулонефрит

пиелонефрит

интерстициальный нефрит

тромбоз почечных вен

#

86

Наиболее ранним признаком при амилоидозе почек является?

1

микроальбуминурия

гематурия

лейкоцитурия

цилиндрурия

изостенурия

#

87

При амилоидозе почек достоверным методом диагностики является:

2

общий анализ мочи

биопсия слизистой оболочки прямой кишки

определение общего белка и белковых фракций в сыворотке крови

УЗИ внутренних органов

определение фракций иммуноглобулинов

#

88

Что характерно для хронического пиелонефрита в фазу обострения:

1

лейкоцитурия

протеинурия

эритроцитурия

цилиндрурия

глюкозурия

#

89

Показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

3

анурия в течение 2-х часов

высокая гипертензия

повышение уровня калия в сыворотке крови ≥ 7 мэкв/л
повышение уровня креатинина сыворотки ≥ 400 мкмоль/л
развитие перикардита

#

90

Определяющим методом в диагностике вазоренальной гипертензии является:

3

радиоизотопная ренография
ультразвуковое сканирование почек
ангиография сосудов почек
экскреторная урография
компьютерная томография

#

91.

Что такое протеинурия?

5

наличие гиалиновых и зернистых цилиндров
наличие белка в моче 50мг/сутки
положительную 3-х стаканную пробу
наличие эритроцитов в моче более 6 в поле зрения
наличие белка в суточной моче более 150 мг/сутки

#

92.

Самой частой причиной нефротического синдрома является

3

хронический гломерулонефрит
люпус-нефрит
амилоидоз почек
диабетическая нефропатия
тромбоз почечных вен

#

93

Быстро прогрессирующий (экстра-капиллярный) гломерулонефрит может развиваться при?

2

липоидном нефрозе
СКВ
ревматоидном артрите
системной склеродермии
геморрагическом васкулите

#

94.

Лечение глюкокортикостероидами противопоказано при

5

активном волчаночном нефрите
истинной склеродермической почке
мезангиопролиферативном гломерулонефрите
поражении почек при синдроме Вегенера
нефрите с минимальными изменениями

#

95.

Допустимое количество белка в суточной моче составляет:

3

500 мг
50 мг
150 мг
не должно быть
следы белка

#

96.

Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать:

3

анализ мочи по методу Нечипоренко

фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка
лейкоцитарную формулу мочи
анализ мочи по Зимницкому
общий анализ мочи

#

97.

Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

4

употреблением преимущественно белковой пищи
значительной лейкоцитурией и бактериурией
употреблением преимущественно жирной пищи
употреблением большого количества соли
употреблением большого количества сахара

#

98.

Определение активности ХГН необходимо для:

1

назначения патогенетической терапии
оценки прогноза заболевания
установления клинической формы заболевания
оценки функционального состояния почек
назначения антибактериальной терапии

#

99

У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

2

дерматомиозита
системной красной волчанки
системной склеродермии
узелкового артериита
ревматоидного артрита

#

100.

К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

3

преднизолоном
цитостатиками
индометацином
курантилом
гепарином

#

101.

Наиболее частой причиной развития острого почечного повреждения является:

3

гломерулярный некроз
папиллярный некроз
тубулярный некроз
поражения интерстиции
гидронефроз

#

РЕВМАТОЛОГИЯ

1

Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита III стадии являются:

3

околосуставный остеопороз
остеопороз и сужение суставной щели
остеопороз, сужение суставной щели, множественные узурсы
остеопороз, сужение суставной щели, множественные узурсы, костные анкилозы
остеосклероз, краевой остеофитоз

#

2

Что представляют собой тофусы?

2

отложение пирофосфата кальция
отложение в тканях моноурата натрия
воспалительные гранулемы
уплотнение подкожной клетчатки
кальцинаты

#

3

Какие суставы наиболее чаще поражаются при ревматоидном артрите:

2

дистальные межфаланговые суставы
проксимальные межфаланговые суставы
первый пястно-фаланговый сустав
суставы шейного отдела позвоночника
суставы поясничного отдела позвоночника

#

4

Важным проявлением острой ревматической лихорадки является:

3

полиартрит
хорея
кардит
кольцевидная эритема
подкожные ревматические узелки

#

5

Для ревматического полиартрита характерно:

1

обратимость суставного синдрома
деформация суставов кистей по типу ласт моржа
деформация суставов кистей по типу ласт шейки лебедя
летучесть болей
исчезновение болей только после приема кортикостероидов

#

6

Какой из ниже перечисленных критериев при ревматической лихорадке относится к большим?

3

артралгии
лихорадка
хорея Сиденгама
регургитация на клапанах
повышение СОЭ

#

7

Какой из этих препаратов относится к “базисным” в терапии РА:

4

ортофен
метипред
диклофенак
метотрексат
преднизолон

#

8

Какие из следующих лабораторных показателей характерны при дерматомиозите?

3

нарастание активности трансаминаз
умеренный лейкоцитоз и эозинофилия
повышение креатининфосфокиназы
увеличение СОЭ и С-реактивного белка
повышение уровня оксипролина в сыворотке крови

#

9

Какой из ниже перечисленных критериев при ревматической лихорадке относится к большим?

3

артралгии
лихорадка
полиартрит
регургитация на клапанах
повышение СОЭ

#

10

К ранним проявлениям склеродермии относят:

4

длительную немотивированную лихорадку
мигрирующие артриты
дистальные контрактуры конечностей
синдром Рейно
индурацию кожи

#

11

Дерматомиозит – идиопатическое воспалительное заболевание (продолжите определение):

3

характеризующееся поражением кожи и периферической мускулатуры по типу прогрессирующего фибрози-
рования
аутоиммунного генеза с явлениями паралитической слабости и кожными инфильтратами
со слабостью проксимальных мышц, повышением активности ферментов крови, типичными изменениями элек-
тромиографии и воспалительными инфильтратами в мышцах
сочетающее в себе признаки склеродермического поражения кожи и псевдопаралитического поражения мышц
аутоиммунного генеза с поражением кожи и внутренних органов

#

12

Жалобы на «стартовые боли» в суставах характерны для:

2

ревматоидного артрита
остеоартрита
ревматического артрита
подагры
реактивного артрита

#

13

Какой симптом патогномоничен для системной красной волчанки:

3

полиартрит
кардит
эритема в виде "бабочки"
нефрит
спленомегалия

#

14

К наиболее характерным поражениям кожи при системной склеродермии относятся:

2

кольцевидная эритема
симптом «кисета» вокруг рта
подкожная венозная сеть
геморрагические высыпания
пятна Лукина

#

15

Укажите типичную локализацию воспалительного процесса в суставах в дебюте ревматоидного артрита:

1

мелкие суставы кистей
тазобедренные
плюснефаланговые
коленные
плечевые

#

16

Кто чаще страдает ревматоидным артритом:

3

мужчины молодого возраста (до 40 лет)

женщины 40-60 лет и старше

женщины молодого возраста до 40 лет

мужчины, ведущие неправильную половую жизнь

спортсмены

#

17

Какие висцеральные поражения характерны для системной склеродермии:

1

базальный пневмофиброз

амилоидоз почек

язвенное поражение ЖКТ

геморрагический васкулит

дивертикулит кишечника

#

18

Для диагностики ССД наиболее значимы:

5

увеличение СОЭ

повышенный титр ревматоидного фактора (РФ)

гипер-у-глобулинемия

выявление антинуклеарного фактора

антитела к топоизомеразе I и антицентромерные АТ

#

19

У больных подагрой выявляются:

4

узловая эритема

кольцевидная эритема

гемморагическая пурпура

тофусы

телеангиэктазии

#

20

Ревматическая лихорадка вызывается:

4

стафилококком

β -гемолитическим стрептококком группы С

пневмококком

β -гемолитическим стрептококком группы А

энтерококком

#

21

В каких суставах при остеоартрите выявляются узелки Бушара:

1

проксимальных межфаланговых суставов кисти

дистальных межфаланговых суставов кисти

коленного сустава

первого плюснефалангового сустава

локтевого сустава

#

22

Что характерно для системной склеродермии:

5

Эритема на лице

миозит

полиартрит

гепатит

базальный пневмофиброз

#

23

К характерным поражениям кожи при системной склеродермии относятся:

1

склеродактилия
симптом жгута
геморрагические высыпания
пятна Лукина
кольцевидная эритема

#

24

У больных острой ревматической лихорадкой выявляются:

2

узловая эритема
кольцевидная эритема
гемморагическая пурпура
тофусы
телеангиэктазии

#

25

Выберите достоверную для диагноза ревматоидного артрита комбинацию признаков:

5

"летучие" артралгии в крупных суставах
вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов
стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты
острый моноартрит сустава большого пальца стопы
симметричность поражения мелких суставов, утренняя скованность более 1 часа

#

26

Укажите препарат 1 линии для лечения системной склеродермии?

4

хлорохил
метотрексат
циклофосфамид
мофетила микофенолат
преднизолон

#

27

При каком пороке сердца наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка?

2

недостаточность аортального клапана
стеноз устья аорты
недостаточность митрального клапана
стеноз митрального клапана
недостаточность трикуспидального клапана

#

28

Для поздней стадии ревматоидного артрита характерно развитие:

5

атрофией мышц
деструкцией хряща (узуры)
эпифизарным остеопорозом
деформацией суставов
анкилозом

#

29

У мужчины 52 лет с болями в коленных суставах в синовиальной жидкости выявили кристаллы мочевой кислоты. Для какого заболевания это характерно?

5

системной красной волчанки
системной склеродермией
ревматического полиартрита
остеоартрита с синовитом
подагрического артрита

#

30

У больной 22 лет длительно страдающей СКВ, появились отеки лица, нижних конечностей. Какое осложнение можно предположить:

1

почечная недостаточность

печеночная недостаточность

желудочно-кишечные осложнения

панкреатическая недостаточность

сердечная недостаточность

#

31

У больного с верифицированным ревматоидным артритом базисную терапию целесообразно начать с:

2

преднизолон

метотрексат

гидроксихлорохина

сульфасалазин

циклофосфамид

#

32

У мужчины 52 лет с болями в суставах стопы при рентгенологическом исследовании выявлены округлые дефекты кости, крупные костные кисты

Для какого заболевания это характерно?

5

анкилозирующего спондилоартрита

реактивного артрита

ревматического полиартрита

остеоартрита с синовитом

подагрического артрита

#

33

4

У больной 36 лет, длительно болеющей ревматоидным полиартритом, в моче обнаружена протеинурия более 3,5 г/л. Развитие какого заболевания можно предположить?

5

хронический пиелонефрит

хронический гломерулонефрит

интерстициальный нефрит

гидронефроз почек

амилоидоз почек

#

34

Какова причина развития острой аортальной недостаточности?

2

ревматический эндокардит

инфекционный эндокардит

атеросклероз

пролапс митрального клапана

СКВ

#

35

Для СКВ справедливо утверждение:

5

типично моно органное поражение

заболевание развивается преимущественно у молодых мужчин

необходимо курсовое применение кортикостероидов

необходимо курсовое применение НПВП

типично полиорганное поражение

#

36

Типичные висцеральные проявления при склеродермии:

2

поражение желудка и кишечника
поражение легких и пищевода
поражение ЦНС и периферической нервной системы
поражение печени и селезенки
поражение миокарда и перикарда

#

37

У больного 18 лет после стрептококковой инфекции появились признаки острой ревматической лихорадки. Какой период времени необходим для этого?

2

через 5-7 дней
через 10-14 дней
через месяц
через полгода
через год

#

38

У больной 32 лет длительно страдающей ревматоидным артритом, появились плотные отеки нижних конечностей. Какое висцеральное проявление можно предположить:

2

поражение сердца
поражение почек
поражение легких
васкулиты
поражение нервной системы

#

39

При каком из пороков сердца значительно увеличивается левое предсердие?

3

стенозе легочной артерии
незаращенном Боталлове протоке
митральном стенозе
стенозе устья аорты
недостаточности 3-хстворчатого клапана

#

40

У больного 38 лет, выявлены признаки аортальной недостаточности, что является критерием для ограничения физической активности у данного больного?

2

Одышка при физических нагрузках

Синкопальные состояния при физических нагрузках

Боли в области сердца при физических нагрузках

Появление отеков на нижних конечностях

Тяжесть в правом подреберье

#

41

Острому ревматическому кардиту соответствует:

1

вальвулит клапана
надрывы клапана
деформация клапана
перфорации клапана

вегетации на клапане

#

42

Паннус – это...

1

Агрессивная грануляционную ткань

Утренняя скованность больше 1 часа

Повышение АЛТ

Узелок Гебердена

Высокий титр АСЛ-О

#

43

Ревматоидный фактор представляет собой?

2

b-макроглобулин

Антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM

Антитело к синовиальной оболочке

Антитело к Shared epitop (общему эпитопу)

Антитело к артритугенному пептиду

#

44

Критериями дополнительной иммунологической характеристики ревматоидного артрита являются?

1

антитела к циклическому цитруллинированному пептиду

ревматоидный фактор

C-реактивный белок

анти-Sm антитела

антиядерные антитела

#

45

Деформация типа «плавник моржа» у больных ревматоидным артритом происходит при формировании?

2

сгибательной контрактуры в пястно-фаланговых суставах в сочетании с переразгибанием проксимальных и сгибанием дистальных межфаланговых суставов

локтевой девиации кисти с отклонением пальцев в сторону локтевой кости за счёт подвывихов в пястно-фаланговых суставах

выраженного сгибания в пястно-фаланговых суставах и переразгибания дистальных межфаланговых суставов

сгибательных контрактур в проксимальных межфаланговых суставах

остеолиза с укорочением фаланг и сморщиванием кожи над ними

#

46

При каком заболевании часто вовлекается лучезапястный сустав?

1

ревматоидном артрите

подагрическом артрите

туберкулезном артрите

псориазическом артрите

реактивном артрите

#

47

Частой причиной гипотрофии мышц кистей является?

1

ревматоидный артрит

подагрический артрит

артрит при склеродермии

псориазический артрит

реактивным артрит

#

48

Какие изменения на ЭКГ возникают при остром перикардите?

1

конкордантный подъем сегмента ST

депрессия сегмента ST

блокада правой ножки пучка Гиса
атрио-вентрикулярная блокада
блокада левой ножки пучка Гиса

#

49

Для острого перикардита наиболее характерны следующие нарушения ритма:

1

Предсердные аритмии.
Фибрилляция желудочков.
Блокада правой ножки пучка Гиса.
Блокада левой ножки пучка Гиса.
Желудочковые пароксизмальные тахикардии.

#

50

Важнейший симптом в диагностике острого фибринозного перикардита:

2

Боль за грудиной.
Шум трения перикарда.
Тахикардия.
Снижение АД.
Дисфагия.

#

51

Больной жалуется на тупые боли в области сердца, одышку и ортопноэ в течение 2 недель. Выявлены глухие тоны сердца, а также снижение пульсового давления до 20 мм рт. ст. Наиболее вероятная причина данного состояния:

2

острый инфаркт миокарда
массивный выпот в полости перикарда
декомпенсированное легочное сердце
появление мерцательной тахикардии
массивный выпот в плевральной полости

#

52

С каким заболеванием из нижеперечисленных чаще проводится дифференциальная диагностика при острых сухих перикардитах по ЭКГ-данным:

1

инфарктом миокарда;
ТЭЛА;
гипертрофической кардиомиопатией;
миокардитом Фидлера;
со спонтанным пневмотораксом.

#

53

Для констриктивного перикардита характерны:

3

Артериальное и венозное давление практически не изменяются.
Повышение артериального и венозного давления.
АД снижено, венозное - повышено.
АД повышено, венозное - снижено.
Снижение АД и венозного давления.

#

54

Что характерно для больного в стадии компенсации при недостаточности митрального клапана?

5

одышка
сердцебиение
перебои в сердце
кашель
отсутствие жалоб

#

55

В дебюте ревматоидного артрита наиболее часто поражаются следующие суставы:

1

пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые
локтевые
тазобедренные
коленные
шейный отдел позвоночника

#

56

Какие жалобы предъявляют больные в стадии компенсации митрального стеноза?

1

одышка при физической нагрузке
вздутие живота
гепатомегалия
отеки голеней
боли в правом подреберье

#

57

Клинические симптомы характерны для недостаточности митрального клапана:

1

увеличение границ относительной сердечной тупости влево и вверх + ослабление I тона и систолический шум на верхушке сердца
увеличение границ относительной сердечной тупости вверх + расщепление I тона на верхушке
увеличение границ относительной сердечной тупости вправо + ослабление I тона и систолический шум в V точке
увеличение границ относительной сердечной тупости вправо + усиление I тона и систолический шум в V точке
увеличение границ относительной сердечной тупости влево и вправо + усиление I тона и систолический шум IV точке

#

58

Клинические симптомы митрального стеноза:

2

увеличение границ относительной сердечной тупости влево и вверх + ослабление I тона и систолический шум на верхушке
увеличение границ относительной сердечной тупости вверх и вправо + усиление I тона и диастолический шум на верхушке
увеличение границ относительной сердечной тупости вправо + усиление I тона, дополнительный тон и диастолический шум в IV точке
увеличение границ относительной сердечной тупости вправо + усиление I тона и систолический шум в V точке
увеличение границ относительной сердечной тупости влево и вправо + усиление I тона и систолический шум IV точке

#

59

Какие изменения пульса и АД можно выявить у больного при недостаточности аортального клапана

1

пульс быстрый, высокий + высокое пульсовое давление
пульс медленный, низкий + снижение систолического давления
пульс быстрый, высокий + повышение диастолического давления
пульс медленный, низкий + высокое диастолическое давление
пульс быстрый, низкий и низкое пульсовое давление

#

60

Диастолический шум при митральном стенозе имеет следующую характеристику:

4

Иррадирует в левую подмышечную область.
Лучше выслушивается в положении на правом боку.
Сопровождается III тоном.
Лучше выслушивается в положении на левом боку на высоте фазы выдоха.
Лучше выслушивается в положении стоя.

#

61

Укажите препарат для лечения острой ревматической лихорадки, если отмечена аллергическая реакция на пенициллин:

3

амикацин
цефтриаксон
рокситромицин
имипенем
тетрациклин

#

62

Лечение метотрексатом больного с ревматоидным артритом рекомендуется прекратить при повышении уровня трансаминаз печени от верхней границы нормы более чем в

3

1,5 раза

2 раза

3 раза

3,5 раза

4 раза

#

63

Метотрексат при лечении ревматоидного артрита назначается в стартовой дозе

3

2,5 мг в неделю

5 мг в неделю

7,5 мг в неделю

10 мг в неделю

15 мг в неделю

#

64

Доза перорального метотрексата при лечении ревматоидного артрита в случае хорошей переносимости должна быть повышена не менее чем до?

3

15 мг в неделю

17,5 мг в неделю

20 мг в неделю

25 мг в неделю

30 мг в неделю

#

65

Что предпочтительно в лечении ДМ (полимиозита):

3

нестероидные противовоспалительные препараты

аминохинолиновые препараты

кортикостероидные препараты

антибактериальные препараты

противовирусные препараты

#

66

Максимальный лечебный эффект при назначении базисных средств больным с ревматоидным артритом наступает через:

5

2 месяца

3 месяца

4 месяца

5 месяцев

6 месяцев

#

67

Базисная терапия подагры включает:

1

Аллопуринол

Преднизолон

Индометацин

Пенициллин

Диациреин

#

68

Выберите препарат первой линии при лечении острого перикардита?

4

пенициллин

преднизолон

метотрексат

аспирин

гидроксихлорохин

#

69

Протодиастолический шум при митральном стенозе возникает вследствие:

3

Активной систолы предсердий.

Появления мерцательной аритмии.

Увеличения градиента давления на митральном клапане.

Митральной регургитации.

Растяжения левого предсердия.

#

70

Наиболее важным механизмом, обеспечивающим противовоспалительный, жаропонижающий и анальгетический эффект НПВП, является

4

подавление миграции макрофагов

снижение лизосомальной проницаемости

уменьшение сосудистой проницаемости

подавление синтеза провоспалительных простагландинов

ингибирование супероксидных радикалов

#

71

Для диагностики ревматоидного артрита на рентгенограмме характерно?

4

наличие симптома «пробойника»

наличие остеофитов

наличие синдесмофитов

узурация эпифизов

двусторонний сакроилеит

#

72

Тяжелыми осложнениями терапии аминохинолиновыми препаратами являются:

2

гастроэнтерологические нарушения

ретинопатии

кожные сыпи

расстройство стула

миопатии

#

73

При проведении длительной глюкокортикостероидной терапии у больных РА отдается предпочтение отдают:

1

метилпреднизолону

дексаметазону

триамсинолону

бетаметазону

полькортолану

#

74

Базисный препарат при ревматоидном артрите:

2

пенициллин

лефлюнамид

актовегин
индометацин
преднизолон
#

75

В питании больных подагрой необходимо ограничить:

5

молочные продукты
легкоусвояемые углеводы
злаковые
фрукты
мясные продукты

#

76

Пациентам со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита рекомендуется проведение?

2

Антибактериальной терапии.
Уратснижающей терапии
Гиродутерапии
Оксалатснижающей терапии
Гиполипидемической терапии

#

77

Основное показание к внутрисуставному введению кортикостероидов при ревматоидном артрите:

3

утренняя скованность в суставах
сужение суставной щели
моно - или олигоартрит с экссудативными проявлениями
поражение внутренних органов
сочетание ревматоидного артрита с остеоартрозом

#

78

Причиной разрушения суставных поверхностей при ревматоидном артрите является:

3

первичное воспаление в ткани хряща
токсичный состав синовиальной жидкости
наползающий на хрящ паннус
ревматоидные узелки
ревматоидный васкулит

#

79

Препарат для купирования острого приступа подагры:

4

тетрациклин
фебуксостат
розувастатин
колхицин
аллопуринол

#

80

В качестве базисном лечении подагры применяют следующие группы препаратов?

3

цитостатики
прокинетики
урикодепрессанты
генно-инженерные препараты
антибиотики

#

81

Укажите препарат для базисной терапии подагрического артрита

3

азатиоприн
преднизолон

аллопуринол
хондроитин сульфат
нимесулид

82

Какой метод исследования позволяет подтвердить склеродермическое поражение сосудов микроциркуляторного русла?

4
КТ с контрастированием органов грудной клетки
ангиография сосудов верхних конечностей
ангиография сосудов нижних конечностей
капилляроскопия сосудистого русла ногтевого ложа
МРТ кистей

83

Какой препарат из группы генно-инженерных биологических препаратов используется для лечения тяжелых форм системной красной волчанки?

2
инфликсимаб
ритуксимаб
цертолизумаб
этанерцепт
адалимумаб

84

При остром течении системной красной волчанки период развития полисиндромности составляет:

1
1-6 месяцев
7-10 месяцев
11-12 месяцев
3 года
5 -10 лет

85

При проведении больным системной красной волчанкой пульс-терапии глюкокортикостероидами используют?

3
преднизолон
дексаметазон
метилпреднизолон
триамцинолон
гидрокортизон

86

Значительное похудание, резкая мышечная слабость, параорбитальный отек -это симптомы, характерные для:

3
узелкового периартериита
системной склеродермии
дерматомиозита
системной красной волчанки
гигантоклеточного артериита

87

Выявление у пациента остеолиза ногтевых фаланг свидетельствует в пользу диагноза?

3
ревматоидного артрита
псориатической артропатии
системной склеродермии
болезни Рейтера
остеоартроза

88

При осмотре больного с дерматомиозитом можно выявить наличие:

1

гелиотропной сыпи
гиперпигментации кожи
узловой эритемы
гемотомы
кератодермию

#

89

К обязательным инструментальным исследованиям при системной склеродермии относится?

1

рентгеноскопия пищевода с барием
электроэнцефалография
КТ головного мозга
игольчатая электромиография
ЭКГ

#

90

Диагностическое значение при дерматомиозите имеет:

2

повышение уровня белков острой фазы;
высокая активность креатинфосфокиназы;
умеренный лейкоцитоз;
наличие гемолитической анемии.
повышение С-реактивного белка

#

91

При длительной терапии ОА на хондроциты отрицательно действуют, усиливая катаболический процесс в суставном хряще следующие препараты:

5

димексид
гиалуроновая кислота
хондроитина сульфат
фебуксостат
преднизолон

#

92

В лечении остеоартрита целесообразно использовать:

1

хондроитин сульфат
колхицин
милурит
метотрексат
фебуксостат

#

93

Базисная терапия остеоартрита включает в себя:

3

пульс-терапию глюкокортикоидами
постоянный прием НПВП
прием хондропротекторов
постоянный прием милурита
постоянный прием цитостатиков

#

94

Какие лабораторные показатели характерны для остеоартрита:

5

гипохромная анемия
лейкоцитоз
эритроцитоз
тромбоцитопения
нормальные показатели крови

#

95

У больной остеоартритом с гипертонической болезнью 2 стадии предпочтителен:

2

диклофенак
мелоксикам
вольтарен
метотрексат
индометацин

#

96

Назовите точный метод дифференциации неревматического и ревматического миокардитов:

3

Двухмерная ЭхоКГ.
Коронарография с вентрикулографией.
Биопсия миокарда.
ЭКГ.
Фонокардиография.

#

97

Увеличение сердца при миокардите связано с:

4

Гипертрофией миокарда.
Выпотом в полость перикарда.
Накоплением в миокарде гликогена.
Дилатацией миокарда
Снижением АД

#

98

Для выявления выпота в полости перикарда наиболее информативны:

4

Радиоизотопное сканирование сердца.
ЭКГ.
Коронароангиография.
ЭхоКГ.
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

#

99

У больного усиление I тона и диастолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией. Какой порок можно заподозрить у больного?

2

митральную недостаточность
митральный стеноз
аортальную недостаточность
аортальный стеноз
трикуспидальный стеноз

#

100

У больного выслушивается ослабление I тона и систолический шум на верхушке, отклонение контрастированного пищевода по дуге большого радиуса во 2-ой косой проекции. Какой порок можно заподозрить у больного?

1

митральную недостаточность
митральный стеноз
аортальную недостаточность
аортальный стеноз
трикуспидальный стеноз

#

101

Какие нарушения ритма чаще всего возникают при митральном стенозе?

1

фибрилляция предсердий
фибрилляция желудочков
предсердная экстрасистолия
желудочковая экстрасистолия
желудочковая пароксизмальная тахикардия

#

102

Больная 27 лет, с жалобами на недомогание, слабость, похудание на 7 кг за 2 месяца, боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна на лице, озноб. Из анамнеза: болеет около 6 месяцев. При осмотре: кожа и слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Какое обследование в первую очередь необходимо провести данной больной:

2

определение мочевой кислоты в крови и моче
определение АНФ, уровень комплемента С3, С4, СОЭ
анти Scl -70, антитела к топоизомеразе
определение титра антистрептолизина О (АСЛ-О)
определение ревматоидного фактора, АЦЦП

#

103

У больного ослабление I тона на верхушке, ослабление II тона над аортой, систолический шум над аортой, на Эхо-КГ- турбулентный систолической поток, гипертрофия левого желудочка. Какой порок сердца у больного?

4

митральная недостаточность
митральный стеноз
аортальная недостаточность
аортальный стеноз
сочетанный аортальный порок

#

104

У больного ослабление I тона и систолический шум у основания мечевидного отростка, усиливающийся на высоте вдоха (с-м Риверо-Корвалло). Какой порок можно заподозрить у больного?

5

митральную недостаточность
митральный стеноз
аортальную недостаточность
аортальный стеноз
трикуспидальную недостаточность

#

104

Чем отличается систолический шум изгнания от систолического шума регургитации?

4

Сливается с I тоном.
Возникает в последнюю треть систолы.
Сопровождается III тоном.
Возникает через небольшой интервал после I тона.
Ничем не отличается.

#

105

Пресистолический шум при аускультации сердца у больного с митральным стенозом исчезает при развитии?

3

Предсердной экстрасистолии
Желудочковой экстрасистолии
Мерцательной аритмии
Блокады правой ножки пучка Гиса
Блокады левой ножки пучка Гиса

#

106

У больной 46 лет, 3 месяца назад диагностирован дерматомиозит с прогрессирующим течением (багровые параорбитальные отеки, мышечная слабость, лихорадка, дисфагия с поперхиванием, СОЭ-40 мм/час). Лечение преднизолоном в суточной дозе 15 мг заметно не повлияло на болезнь. Какую причину следует предполагать прежде всего?

3

недоверность диагноза
не назначены НПВП
недостаточная доза преднизолона
не назначен метотрексат
не назначен сульфасалазин

#

107

Больная 40 лет, в течение длительного времени наблюдается у ревматолога. В последнее время усилилась одышка, появились отеки на ногах. При обследовании: цианотичный румянец на щеках, сердце расширено влево и вверх, дрожание в области верхушки. При аускультации на верхушке громкий 1 тон, диастолический шум, раздвоение 2 тона, ритм неправильный. Печень выступает на 3 см ниже реберной дуги, отеки голеней. Аускультативная картина характерна для:

2

митральной недостаточности
митрального стеноза
пульмонального стеноза
аортального стеноза
аортальной недостаточности

#

108

У женщины 28 лет наблюдаются боли в мелких суставах кистей с ограничением подвижности, утренняя скованность более 1 часа. Какой иммунологический показатель будет решающим для постановки диагноза:

3

АНА
АТ к ds ДНК
АЦЦП
Смит АТ
Антифосфолипидные АТ

#

109

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. О каком заболевании следует думать:

2

ревматоидный артрит
системная склеродермия
дерматомиозит
системная красная волчанка
смешанное соединительно-тканное заболевание

#

110

Больная 64 лет, жалуется на ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которое возникло около 5 лет назад и постепенно прогрессирует. При осмотре обращают на себя внимание узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в них ограничена. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

Поставьте диагноз:

4

ревматоидный артрит
реактивный артрит
ревматический артрит
остеоартрит
подагрический артрит

#

111

У больного 47 лет, отмечается следующее сочетание симптомов: вовлечение в процесс плюснефалангового сустава большого пальца стопы, в период обострения резкое покраснение, деформация суставов, подкожные узелки на ушных раковинах и локтях. Для какого заболевания это характерно:

1

подагрический артрит
реактивный артрит
остеоартрит
ревматоидный артрит
ревматический артрит

#

112

У больного 49 лет диагностирован острый приступ подагры. Страдает данным заболеванием в течение 10 лет с обострениями 2-3 раза в год. Какие рентгенологические признаки должны выявляться:

3

единичные мелкие эрозии
множественные мелкие эрозии
симптом пробойника
эпифизарный остеопороз
субхондральный остеосклероз
#

113

Женщина 26 лет, обратилась по поводу полиартрита мелких суставов кистей рук, запястья в течение 6-х месяцев. 2 месяца назад стала терять волосы, недавно после поездки на море появилась эритематозная сыпь на лице. Температура 38°C. АД- 140/100 мм.рт.ст. В моче -протеинурия. Какое заболевание можно предположить у больной:

2

системная склеродермия
системная красная волчанка
системный геморрагический васкулит
дерматомиозит
полимиозит

#

114

Для оценки пуринового обмена проводят исследование?

2

липидного спектра
содержание мочевой кислоты в крови
содержание креатинина в крови
содержание оксалатов в моче
содержание фосфатов в моче

#

115

У женщины 28 лет наблюдаются боли в мелких суставах кистей с ограничением подвижности. При проведении дифференциальной диагностики между ревматоидным артритом и СКВ какой показатель будет решающим для постановки диагноза:

3

повышение СОЭ
наличие РФ в сыворотке крови
наличие АНА в сыворотке крови в высоком титре
повышение Ig G, M, A
повышение Ig G, M, A и СРБ

#

116

Внезапное появление кашля и одышки является показанием к немедленной отмене?

1

метотрексата
азатиоприна
сульфасалазина
НПВС
циклоспорина

#

117

Диагностическую ценность при системной красной волчанке представляет выявление антител:

1

к нативной ДНК
к денатурированной ДНК
к митохондриям
к тромбоцитам
к эритроцитам

#

118

Выберите наиболее безопасную тактику назначения колхицина при остром подагрическом артрите:

5

внутривенное введение 1 мг колхицина
внутривенное введение 2 мг колхицина
внутривенное введение 3 мг колхицина

пероральное назначение на протяжении 3 дней (первые сутки - 3 мг, вторые -2 мг, третьи - 1 мг)

пероральное назначение 0,5 мг колхицина каждый час до достижения эффекта

#

119

Наиболее яркая клиническая картина синовита с частыми обострениями наблюдается при остеоартрите:

4

тазобедренного сустава

дистальных межфаланговых суставов кистей

I плюснефалангового сустава

коленного сустава

проксимальных межфаланговых суставов

#

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1

Для гастрита типа А характерно:

1

наличие антител к обкладочным клеткам

уровень гастрина в крови 50 пг/мл

гиперхлоргидрия

гипохромная анемия

наличие антител к *H. Pylori*

#

2

Какой из перечисленных препаратов обезвреживает аммиак на уровне кишечника при печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени?

2

флумазенил

лактоулоза

орницетил

глутаминовая кислота

оротат калия

#

3

Больной, 40 лет предъявляет жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью. О каком осложнении идет речь?

4

пенетрация

перфорация

кровотечение

стеноз привратника

малигнизация

#

4

Что из нижеперечисленного является характерным клиническим признаком энтерита?

3

желудочная диспепсия

астено-вегетативный синдром

нарушение всасывания пищи

лихорадка

запоры

#

5

Укажите характер болей при язвенной болезни 12-перстной кишки?

4

тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи

схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи

постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи

боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды

боли через 30 минут после еды

#

6

Что характерно для гастрита типа В?

5

наличие антител к обкладочным клеткам
повышение уровня гастрина в крови > 100 нг/л
ахлоргидрия
пернициозная анемия
наличие антител к НР

#

7

Пациента, 32 лет беспокоят дискомфорт и ноющая боль по всему животу, аппетит снижен, периодически появляется тошнота. Также пациент отмечает нарушение стула – поносы сменяются запорами. При копрологическом исследовании – избыточный рост грибов рода *Candida*. Препараты какой группы надо назначить пациенту:

5

антибиотики
спазмолитики
НПВС
ферменты
противогрибковые

#

8

Какой из перечисленных факторов способствует застою желчи:

1

нарушение режима питания
инсоляция
интенсивные физические упражнения
гипотермия
тяжелый умственный труд

#

9

После самостоятельного бесконтрольного приема 2 г Изониазида через 1,5 часа у пациента остро стали развиваться следующие симптомы: резкое чувство тошноты, которое сопровождалось рвотой, повысилась температура до 38°C. Объективно: кожные покровы желтушные, ощущается специфический «печеночный» запах. Пациент заторможен, в контакт вступает с трудом. Что можно ожидать при лабораторном исследовании?

1

повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
повышение уровня холестерина
снижение уровня щелочной фосфатазы
снижение прокальцитонина
повышение протромбина

#

10

Какой признак характерен для аутоиммунного гепатита:

1

наличие антинуклеарных антител и/или антигладкомышечных аутоантител
наличие HBsAg
повышенные титры АСЛ-О
снижение уровня IgG
снижение уровня IgE

#

11

Какой признак наиболее характерен для гипертонической формы дискинезии желчных путей?

5

тяжесть в правом подреберье
диспепсические симптомы
болезненность в правом подреберье
шаровидный желчный пузырь (холецистография, УЗИ)
положительный эффект холекинетики

#

12

Какое средство применяется для подавления активности ферментов поджелудочной железы?

4

алмагель
платифиллин

фамотидин
трасилол
омепразол

13

Укажите важнейшие факторы в этиологии цирроза печени:

2

воспаление и камни желчных путей
гепатотропные вирусы и алкоголь
нарушение обмена меди и железа
токсины и лекарственные средства
алиментарные и производственные вредности

14

Выберите характеристику биохимического синдрома холестаза:

2

повышение активности трансаминаз, ЛДГ, щелочной фосфатазы
повышение билирубина, холестерина, щелочной фосфотазы
снижение альбумина и факторов свертываемости крови
диспротеинемия и положительные осадочные пробы
гипопротромбинемия, гипоальбуминемия

15

К холестазу могут приводить следующие причины:

1

опухоль большого дуоденального сосочка
гастрит типа В
гастродуоденальный рефлюкс
болезнь Крона
спленомегалия

16

Хронический атрофический гастрит проявляется:

2

болезненной тяжестью по ходу петель кишечника
болями в эпигастральной области сразу после пищи
ночными болями, иррадирующими в правое подреберье
голодными болями в области эпигастрия
диареей, чередующейся запорами

17

Для хронического атрофического гастрита рентгенологически характерны:

1

рельеф слизистой желудка сглажен
утолщение складок слизистой оболочки
тонус и перистальтика усилены
эвакуация содержимого желудка ускорена
конвергенция складок слизистой оболочки

18

Больная 22 лет, в течение последних 3-х лет наблюдается в поликлинике по поводу внезапно возникающих приступов коликообразных болей в правом подреберье, носящих кратковременный характер. Приступ сопровождается тошнотой, потливостью. Возникновение приступа связывает с психоэмоциональными факторами. Боли купируются инъекцией но-шпы. За период наблюдения повышения температуры тела, желтухи не отмечалось. Пузырные симптомы в периоды обострения слабо положительны. Неоднократное проведение общего анализа крови, мочи, печеночных проб в периоды обострения отклонений не выявило.

Каков предварительный диагноз?

4

хронический холецистит
желчно-каменная болезнь
синдром раздраженной кишки
функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипертоническому типу
функциональное расстройство желчевыводящих путей по гипотоническому типу

#

19

Какой из ниже перечисленных результатов холецистографии соответствует хроническому холециститу:

2

форма желчного пузыря не изменена

желчный пузырь деформирован

сокращение желчного пузыря ускорено

ускоренное сокращение желчного пузыря после приема холецистокинетика

адекватное сокращение желчного пузыря после приема холецистокинетика

#

20

Клиническая картина хронического холангита характеризуется следующей симптоматикой:

2

резкая приступообразная боль в области правого подреберья

боль в области правого подреберья на фоне желтухи и лихорадки

давящая или распирающая боль в области правого подреберья

периодически ноющая боль в области правого подреберья

положительные симптомы Ортнера, Василенко, Мерфи

#

21

Пациентка 34 лет, жалуется на боли ноющего характера в правом подреберье, тошноту, сухость во рту по ночам, склонность к запору. После дообследования установлен диагноз хронического бескаменный холецистит.

Какие препараты показаны данной пациентке:

3

антибиотики

урикозурики

желчегонные

антациды

ферменты

#

22

Какая диета рекомендуется больному с дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу:

2

диета с ограничением употребления механических и химических пищевых раздражителей, прием маломинерализованных вод

диета с достаточным количеством желчегонных продуктов, а также солей магния и грубой растительной клетчатки, прием высокоминерализованных вод

диета с ограничением желчегонных продуктов, прием маломинерализованных вод, при неэффективности предложить пациенту хирургическое лечение

необходимы экстрактивные вещества

достаточно ограничить жирную и жареную пищу, периодически назначать физиолечение

#

23

Пациентка, 34 года, на приеме у врача с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38°C , озноб, общее недомогание, чувство тошноты. Из анамнеза: боли в правом подреберье периодически беспокоили при погрешностях в диете. Лабораторно – эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты $12 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ 18 мм/ч, уровень щелочной фосфатазы 300 ЕД/л. Инструментально – на УЗИ уплотнены стенки желчного пузыря. Ваш предполагаемый диагноз?

4

острый холецистит

дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу

дискинезия желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу

хронический холецистит, в фазе обострения

холангит

#

24

Стеаторея наблюдается при:

2

хроническом гастрите

хроническом панкреатите

хроническом вирусным гепатит С

гнилостной диспепсии

бродильной диспепсии

#

25

У больной 45 лет жалобы на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, которые усиливаются после приема жирной и жареной пищи. Лабораторно – эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты $10,9 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ 25 мм/ч. При проведении УЗИ - расширение желчного пузыря, утолщение и отек его стенки. О каком заболевании идет речь?

1

холецистит

холангит

дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу

дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу

дискинезия по смешанному типу

#

26

Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита:

1

злоупотребление алкоголем

хронические вирусные инфекции

желчнокаменная болезнь

избыточная масса тела, гиперлипидемия

гиперхолестеринемия

#

27

Что относится к признакам портальной гипертензии при циррозе печени?

3

лицо Корвизара

подкожные узелки

варикозное расширение вен пищевода, желудка

варикозное расширенные вены нижних конечностей

геморрагический диатез

#

28

Какие профилактические мероприятия следует проводить пациенту с хроническим холециститом?

5

диета, стол №10

своевременное лечение обменных нарушений

санаторно – курортное лечение с употреблением минеральных вод, повышенной минерализации

периодическое назначение курса спазмолитических препаратов

своевременное и правильное лечение острого холецистита

#

29

Какие заболевания обусловлены инфицированием *Helicobacter pylori*?

2

атрофический гастрит (аутоиммунный)

гастрит, язвенная болезнь желудка и 12 -перстной кишки

эозинофильный гастрит

рефлюкс-эзофагит

рефлюкс-гастрит

#

30

Боль при обострении язвенной болезни желудка:

4

кинжальная над всей поверхностью живота

ноющая постоянная, тесно связана с приемом соленой пищи

тупая боль в правом подреберье

острая боль в эпигастрии

спастическая, исчезает при применении холеретиков

#

31

Выбрать, что из перечисленного характерно для первичного билиарного цирроза печени:

5

положительные маркеры вирусного гепатита

резкое снижение МНО, ПТИ

повышенный уровень фибриногена
гипохолестеринемия
обнаружение антитела к митохондриям

#

32

Антихеликобактерная терапия показана в следующих случаях:

3

синдром Золлингера-Эллисона
рефлюкс-гастрит
язвенная болезнь желудка, ассоциированная НР
демпинг синдром
неспецифический язвенный колит

#

33

Понос может быть следствием поражения:

5

желудка
поджелудочной железы
тонкой кишки
толстой кишки
желудка, поджелудочной железы, тонкой и толстой кишки

#

34

Выберите характерные клинические симптомы холангита:

2

боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
резкие боли в правом подреберье, появление обесцвеченного кала, темной мочи кратковременная боль в эпигастральной области, рвота, понос
субфебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз, резкое увеличение АЛТ, АСТ
тугие боли в правом подреберье, отрыжка горечью

#

35

Решающую роль в патогенезе синдрома раздраженного кишечника играет?

2

нарушение секреторной функции толстой кишки
повышению висцеральной гиперчувствительности и нарушение моторной функции толстой кишки
нарушение инкреторной функции толстой кишки
нарушение абсорбционной функции толстой кишки
нарушение всех функций толстой кишки

#

36

Лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

3

лейкоцитоз
уровень аминотрансфераз крови
уровень амилазы крови и эластазы-1 в кале
уровень щелочной фосфатазы крови
гипергликемия

#

37

Какой метод является надежным для исключения малигнизации язвы желудка?

5

рентгенологический
эндоскопия
кал на скрытую кровь
исследование желудочной секреции
эндоскопия с биопсией

#

38

Какое заболевание из нижеперечисленных приводит к развитию цирроза печени?

1

болезнь Вильсона-Коновалова
миеломная болезнь

болезнь Бадда-Киари
вирусный гепатит А
холангит

#

39

Чем клинически проявляется хронический неатрофический гастрит?

3

повышением температуры тела
отрыжкой «тухлым»
болями в эпигастральной области возникающими после еды
стул не изменяется
аппетит повышен

#

40

Для хронического неатрофического гастрита эндоскопически характерны:

2

диффузное или очаговое истончение слизистой оболочки, цвет ее бледный, множественные эрозии
покраснение, гипертрофия складок, единичные эрозии и кровоизлияния в подслизистой основе
слизистая оболочка имеет бархатистый вид, складки разглажены
складки слизистой небольшие, гипотрофичны
дефект слизистой оболочки

#

41

Болезнь Крона осложняется:

1

формированием фистул и свищей
кишечным кровотечением
токсическим мегаколоном
кишечной проходимостью
вторичным панкреатитом

#

42

Рентгенологически выявленное отсутствие перистальтики в дистальном отделе пищевода при нормальной моторике в проксимальном отделе характерно для:

2

ахалазии пищевода
склеродермии
диффузного спазма пищевода
эзофагита
пищевода Баррета

#

43

Ведущим патогенетическим звеном язвенной болезни с локализацией язвы в теле желудка является:

3

кислотно - пептический фактор
рефлюкс желчи
снижение защитных свойств слизистой оболочки желудка (СОЖ).
нарушение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта
иммунологические факторы

#

44

Укажите из числа нижеприведенных характерные для неспецифического язвенного колита эрозивно-язвенные и другие органические изменения слизистой оболочки толстой кишки:

2

линейные глубокие язвы, захватывающие глубокие слои стенки толстой кишки.
неглубокие язвы, ограничившийся слизистой и подслизистой оболочки толстого кишечника.
большие язвы с подрывными краями, заполненные творожистой массой.
извилистые глубокие язвы
бледно-желтые мембранозные налеты

#

45

Укажите лекарственный препарат, используемых для противорецидивного лечения и поддерживающей терапии Неспецифического язвенного колита:

2

антибиотики

препараты 5-аминосалициловой кислоты

глюкокортикоиды местного и системного эффекта

инфликсимаб

лечебные клизмы с маслом облепихи

#

46

Для развития холангита необходимо наличие следующих компонентов:

2

заболевание печени

застой желчи с инфицированием

переедание

снижение секреции соляной кислоты

психогенные факторы

#

47

Какое из ниже перечисленных заболеваний сопровождается наличием воспалительных изменений со стороны общего анализа крови в период обострений?

4

дискинезия желчевыводящих путей

синдром раздраженного кишечника

хронический гастрит типа А

хронический холецистит

дисбактериоз кишечника

#

48

В основе какого заболевания лежит образование антител к париетальным клеткам слизистой желудка?

2

хронический неатрофический гастрит

хронический атрофический гастрит

язвенная болезнь желудка

при всех формах гастритов

рефлюкс-гастрит

#

49

Назовите признаки хронического энтерита:

4

как правило, запоры, которые могут сменяться поносами

точечная болезненность в пилородуоденальной области, с иррадиацией вправо

боли в животе, усиливающиеся в положении больного на спине, на левом боку и при приведении ног к туловищу

болезненность живота над пупком и сильным давлении левее и выше пупка положительный симптом Менделя

#

50

Какой болевой синдром характерен для больных хроническим холециститом?

4

боли по всему животу опоясывающего характера

голодные, ночные боли в эпигастральной области

интенсивные, приступообразные боли в правом подреберье

постоянные боли в правом подреберье, при приеме жирной, жареной, острой пищи

сильные, интенсивные боли в эпигастральной области сопровождающиеся тошнотой, рвотой, больные покрываются потом

#

51

Какие морфологические изменения характерны для хронического холецистита?

2

отек подслизистой желчного пузыря

утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря

уплощение рельефа с атрофическими процессами

наличие эозинофильных инфильтратов

гипоплазия и метаплазия стенок желчного пузыря

#

52

Гастроскопически для атрофического гастрита характерно:

2

покраснение, отечность, гипертрофия складок

слизистая бледная, видны сосуды подслизистой основы, диффузное или очаговое истончение слизистой оболочки

слизистая гиперемирована с наличием эрозий и истончением подслизистой оболочки с резким выделением сосудистого рисунка

наличие желчи в желудочном содержимом

гиперскладчатость слизистой и подслизистой оболочки, большое количество желчи

#

53

Что клинически характерно для больных хроническим атрофическим гастритом?

5

болезненности в правом подреберье и увеличения печени

набор массы тела

болезненности при пальпации левой подвздошной области

урчания по ходу 12-перстной кишки

атрофии сосочков языка

#

54

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

3

копрологическое исследование

ректороманоскопия

биохимическое исследование крови

рентгенологические данные

исследование желудочной секреции

#

55

Укажите характер болей при язвенной болезни 12-перстной кишки?

4

тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи

схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи

постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи

режущая боль в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды

боли через 30 минут после еды

#

56

Ведущий из синдромов при билиарном циррозе печени?

4

диспепсический

астенический

портальная гипертензия

холестаза

печеночная недостаточность

#

57

Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно не рубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в подложечной области, похудание. В данном случае можно думать о:

2

стенозе выходного отдела желудка

первично язвенной форме рака

пенетрации язвы

перфорации язвы

микрочровотечении из язвы

#

58

У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появились тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно предположить следующее:

1

органический стеноз пилородуоденальной зоны
функциональный стеноз
рак желудка
пенетрацию язвы
перфорацию язвы
#

59

Контроль эффективности эрадикационной терапии при НР-ассоциированном гастрите проводится?

3

сразу после окончания 7-14-дневного курса антигеликобактерного лечения
спустя 2 недели после окончания эрадикационной терапии
спустя 4 недели после окончания эрадикационной терапии
спустя 8 недель после окончания эрадикационной терапии
сроки проведения контроля эффективности значения не имеют

#

60

Ведущим патогенетическим звеном развития язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке является?

1

резко выраженный фактор агрессии
рефлюкс желчи
ослабление защитных факторов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки
иммунологические факторы
нарушение моторной функции ЖКТ

#

61

Какие показатели характерны для гастрита типа В?

5

наличие антител к обкладочным клеткам
повышение уровня гастрина в крови > 100 нг/л
ахлоргидрия
пернициозная анемия
наличие антител к НР

#

62

Какие данные свидетельствуют в пользу начинающегося массивного некроза печени при ВГ:

2

печень увеличена значительно, равномерно, тугоэластичной консистенции, поверхность гладкая, слегка чувствительна
печень увеличена значительно, мягкой «тестовой» консистенции, болезненна
печень увеличена равномерно, плотновата, край заострен, безболезненна
печень увеличена неравномерно, плотная, край заострен, поверхность неровная
печень не увеличена, на вдохе пальпируются заостренный край, плотная, безболезненна

#

63

Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

5

острого гастрита
аутоиммунного гастрита
гранулематозного гастрита
болезни Менетрие
хеликобактерной инфекции

#

64

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

1

синдроме раздраженной кишки
демпинг-синдроме
истерии
гранулематозном колите
глутеновой энтеропатии

#

65

При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:

1

к снижению агрессивности желудочного содержимого
повышению агрессивности желудочного содержимого
агрессивность не изменяется
к понижению слизисто-бикарбонатного барьера
к диарее

#

66

Диагноз "гастрит" считается правомочным при каком из следующих условий:

3

при наличии нарушения инкреторной функции желудка
при наличии нарушения секреторной функции желудка
при наличии лейкоцитарной, лимфоцитарной или эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки желудка
при наличии нарушения двигательной функции желудка
при наличии болевого синдрома

#

67

Базисная терапия неспецифического язвенного колита:

5

антибиотики
производные 5-аминосалициловой кислоты
кортикостероиды
цитостатики
сочетание кортикостероидов с цитостатиками

#

68

Больной 23 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, умеренную желтуху, общую слабость, похудание, боли в суставах. В анамнезе: острый вирусный гепатит в детстве. Объективно: кожные покровы желтуш-ные. Печень увеличена - выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. При биохимических исследованиях: уровень трансаминаз повышен более 3 раз, общий билирубин - 32,8 мкмоль/л. Обнаружен австралийский антиген.

Какой диагноз наиболее вероятен?

3

аутоиммунный гепатит
первичный билиарный цирроз печени
хронический вирусный гепатит В
цирроз печени
болезнь Жильбера

#

69

Что из перечисленного является наиболее значимым для диагностики первичного гемахроматоза?

3

повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа
повышение уровня экскреции железа с мочой
повышенное насыщение трансферрина железом
наличие синдрома цитолиза
наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице

#

70

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на резкие кинжальные боли в животе разлитого характера, тошноту, общую слабость. Последние 4 недели принимал НПВ в таб. в связи с сильными болями в суставах. Из анамнеза известно о длительном течении язвенной болезни желудка, должного лечения не получает. Лабораторно – гемоглобин 105 г/л, эритроциты- $3,8 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты- $11,0 \cdot 10^9$ г/л. Каков Ваш предполагаемый диагноз?

2

обострение язвенной болезни желудка
перфорация язвы желудка
пенетрация язвы желудка
острая язва 12-перстной кишки
обострение хронического неатрофического гастрита

#

71

Больная 56 лет, жалуется на кожный зуд, желтуху, боли в правом подреберье, похудание. В течение 3-4 лет беспокоит кожный зуд. В последнее время кожный зуд усилился и появилась желтуха. В анализах: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, значительное повышение ЩФ, ГГТП, умеренное повышение трансаминаз. Поставлен предварительный диагноз: Первичный билиарный цирроз печени.

Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

5

определение содержания общего белка и его фракций

антитела к гладкой мускулатуре

антитела к печеночно-почечным микросомам

антитела к печеночно-панкреатическому антигену

антимитохондриальные антитела

#

72

Больной 43 лет жалуется на боли в правом и левом подреберьях, усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, частые носовые кровотечения, резкое похудание на 12 кг за 3 месяца. Болен в течение 4 лет, когда впервые отметил потемнение кожных покровов. Резкое ухудшение состояния в течение последнего месяца, выразившееся в значительном потемнении мочи, появлении отеков и увеличении объема живота.

Объективно: кожные покровы бронзовой окраски, иктеричность склер, темная пигментация ладонных складок и подошв, "сосудистые звездочки" на груди, спине и плечах. Живот увеличен за счет свободной жидкости в брюшной полости. Печень и селезенка увеличены в размерах. В крови повышенное насыщение трансферрина железом

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

1

гемохроматоз

болезнь Вильсона-Коновалова

первичный билиарный цирроз печени

болезнь Бада-Киари

амилоидоз печени

#

73

Что является показанием к кортикостероидной терапии у больного с диффузными поражениями печени?

2

высокая активность воспалительного процесса у больных с невирусными гепатитами

высокая активность у больных с аутоиммунными поражениями печени

амилоидоз печени с присоединением амилоидоза др. внутренних органов

болезнь Коновалова-Вильсона, с высокими титрами АЛТ, АСТ и присоединением спленомегалии

гемохроматоз и высокий риск развития цирроза печени

#

74

Что является признаком, позволяющим достоверно установить злокачественное перерождение язвы желудка?

3

при фиброэзофагоскопии края язвы в виде валика

углубление язвенного кратера при повторной гастрофиброскопии

наличие атипичных клеток в биоптате, полученном при гастробироскопии

картина гладкого круглого кратера, выявленная при первичной гастробироскопии

наличие полипа, обнаруженного при рентгеноскопии или гастробироскопии

#

75

При лечении гастроэзофагеального рефлюкса применяются препараты:

5

пирензипин

но-шпа

метронидазол

лоперамид

итоприд

#

76

У мужчины 45 лет с жалобами на жгучие боли в эпигастрии с иррадиацией в область сердца, не купирующиеся полностью приемом антацидов, возникающие в горизонтальном положении и при наклонах, регургитации съеденной пищей можно заподозрить:

3

ишемическую болезнь сердца

ахалазию кардии

грыжу пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом
язвенную болезнь
рак пищевода

#

77

Что характерно для синдрома Жильбера:

3

снижение протромбина
увеличение IgM
гипербилирубинемия за счет непрямой фракции
анемия
синдром цитолиза

#

78

Что такое "мелена"?

2

"жирный", блестящий, плохо смывающийся кал
жидкий кал черного цвета
обесцвеченный кал (серый)
кал с кусочками непереваренной пищи
черный оформленный кал

#

79

Какое осложнение возникло, если у больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей?

4

пенетрация
перфорация
кровотечение
стеноз привратника
малигнизация

#

80

Какой из перечисленных препаратов обезвреживает аммиак на уровне печеночных клеток при печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени?

3

флумазенил
лактоулоза
орнитин
метранидазол
оротат калия

#

81

Для диагностики причины подпеченочной желтухи наиболее информативным и безопасным современным методом исследования является:

4

УЗИ

гепатобилисцинтиграфия
ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)
магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)
чрескожная чреспеченочная холангиография

#

82

О чем свидетельствует болезненность в зоне Шоффара?

5

о поражении тела желудка
о поражении пилорической части желудка
о поражении 12-перстной кишки
о поражении 12-перстной кишки и пилорической части желудка
о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и головки pancreas

#

83

Мужчина 45 лет обратился к врачу с жалобами на острый приступ болей в эпигастриальной области и за грудиной, который возник сегодня утром, один раз была рвота. Накануне вечером употреблял большое количество пищи и никотина. С чего следует начинать обследование?

3

зондирования желудка

рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки

ЭКГ

гастродуоденоскопии

обзорная рентгенография органов брюшной полости

#

84

Для какого из перечисленных синдромов характерен кожный зуд, увеличение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина:

2

печеночно-клеточной желтухи

внутрипеченочного холестаза

синдром Жильбера

синдром Криглера-Наяра

гемолитической желтухи

#

85

Когда встречается сочетание гепатомегалии, спленомегалии и мелены?

2

при кровоточащей язве 12-перстной кишки

при кровоточащих венах пищевода при циррозе печени

при тромбозе мезентериальной артерии

при неспецифическом язвенном колите, в фазе обострения

при кровоточащей язве желудка

#

86

Какие значения характерны для синдрома цитолиза?

1

АСТ 50 МЕ/л, АЛТ 74 МЕ/л, ЛДГ 400 ЕД/л

щелочная фосфатаза 200 ЕД/л

ПТИ 50%, МНО 0,9

общий билирубин 15 ммоль/л, прямой 4 мкмоль/л, непрямой 16 мкмоль/л

положительная реакция Кумбса

#

87

При каком из перечисленных заболеваний печени уровень сывороточного церулоплазмينا играет ключевую роль в правильной постановке диагноза?

1

болезнь Коновалова-Вильсона

гемохроматоз

первичный билиарный цирроз печени

аутоимунный гепатит

первичный склерозирующий холангит

#

88

Для надпеченочной желтухи наиболее характерно:

1

повышение непрямого билирубина и увеличение стеркобилина в кале и моче

повышение только непрямого билирубина

повышение только прямого билирубина

повышение прямого билирубина и увеличение стеркобилина в кале и моче

повышение общего билирубина, без увеличения прямого и непрямого билирубина

#

89

У больного хроническим активным гепатитом общий билирубин сыворотки крови - 24,6 мкмоль/л, прямой билирубин - 11,2 мкмоль/л, АсТ - 60 Ед/л. АлТ - 75 Ед/л. Определите синдром:

1

цитолита

холестаза

синдром мезенхимального воспаления
гепатодепрессивный синдром
синдром трудно определить

#

90

Синдром, отличающий хронический гепатит от цирроза печени:

5

гепатомегалия
внепеченочные знаки
диспепсия
цитолитический синдром
портальная гипертензия

#

91

Больная 35 лет жалуется на голодные и ночные боли в подложечной области, изжогу, утихающие после приема пищи, а иногда тупые боли и тяжесть в эпигастральной области после приема пищи. Изредка появляется чувство быстрого насыщения пищей. Больна около 7 месяцев. Лечилась по поводу хронического гастрита без особого успеха.

Объективно: питание сохранено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при поверхностной пальпации локального напряжения мышц передней брюшной стенки нет. При глубокой пальпации определяется легкая диффузная болезненность в эпигастральной области без четкой локализации. Стул и мочеиспускание в норме. Лабораторные и инструментальные исследования без отклонений от нормы. При исследовании биоптата слизистой оболочки желудка гистологическим методом *Helicobacter pylori* не обнаружен.

Каков Ваш заключительный клинический диагноз?

4

обострение хронического гастродуоденита
обострение язвенной болезни
обострение хронического панкреатита
язвеноподобный вариант при функциональной диспепсии
обострение хронического бескаменного холецистита

#

92

Гемолитические желтухи проявляются:

5

конъюгированной билирубинемией и увеличением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы
неконъюгированной билирубинемией и увеличением АЛТ, АСТ, ЛДГ
повышение только щелочной фосфатазы
конъюгированной гипербилирубинемией
повышением общего и неконъюгированного билирубина, повышенное содержание стеркобилиногена и уробилиногена

#

93

Характерный начальный симптом первичного билиарного цирроза

4

гепатомегалия
внепеченочные знаки
спленомегалия
кожный зуд
желтуха

#

94

Какой из перечисленных методов является ведущим для диагностики некалькулезного холецистита:

3

дуоденальное зондирование
клинический анализ крови
УЗИ желчного пузыря
холецистография
биохимический анализ крови

#

95

У больного с циррозом печени и асцитом для профилактики портосистемной энцефалопатии применяется:

3

фуросемид внутрь

ампициллин парентерально
лактолоза внутрь
дюспаталин внутрь
переливание цельной консервированной крови

#

96

Женщина 35 лет в течение 6 месяцев жалуется на мигрень, дневные боли по всему животу без четкой локализации, вздутие живота, неустойчивый стул - по утрам стул "овечий" с последующим чувством неполного опорожнения кишечника, затем в первую половину дня - 2-3 раза кашицеобразный, иногда с примесью слизи. При объективном осмотре определяется вздутие живота.

Поставьте предварительный диагноз:

3

хронический неспецифический колит
дисбактериоз кишечника
синдром раздраженной кишки
хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью
хроническая энтеропатия

#

98

Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для:

5

острого гастрита
аутоиммунного гастрита
гранулематозного гастрита
болезни Менетрие
язвенной болезни желудка

#

99

Характерные клинические проявления гемохроматоза:

1

бронзовое окрашивание кожных покровов, гепатоспленомегалия, сахарный диабет
желтушность кожных покровов, расчесы на коже, ксантомы,
нефротический синдром, с выраженной АГ, ксантелазмы
геморрагический синдром
снижение ферритина, сахарный диабет

#

100

Что из перечисленного свидетельствует о переходе хронического гепатита в цирроз печени:

4

увеличение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
появление сосудистых «звездочек»
появление лимфопении
узловая регенерация паренхимы печени
гепатомегалия

#

101

Что из перечисленного является причиной образования асцита при циррозе печени:

2

гипохолестеринемия
гипоальбуминемия
гиперфосфатемия
тромбоцитопения
эритропения

#

102

Диарея является частым симптомом при:

2

язвенной болезни 12-перстной кишки
хроническом панкреатите
желчнокаменной болезни
опухоли дистального отдела толстого кишечника
хроническом колите

#

103

Рецидивирующие схваткообразные боли в левом квадранте живота, выделение большого количества слизи при неизменной слизистой оболочке кишечника характерны для:

4

хронического колита
хронического энтерита
токсическая дилатация при неспецифического язвенного колита
синдром раздражённого кишечника
Болезни Крона

#

104

Какова наиболее частая локализация патологического процесса при болезни Крона:

1

терминальный отдел тонкой кишки
сегментарный отдел тонкой кишки
толстая кишка
тотальное поражение желудочно-кишечного тракта
желудок и 12-п кишка

#

105

Диарея и кишечное кровотечение часто развиваются в начале:

2

язвенной болезни 12-перстной кишки
неспецифического язвенного колита
хронического панкреатита
долихосигма
хронического колита по гипомоторному типу

#

106

Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

2

язвенной болезни
холелитиазе
постгастрорезекционном синдроме
хроническом колите
лямблиозе

#

107

Базисной терапией неспецифического язвенного колита являются:

5

антибиотики
НПВС
кортикостероиды
цитостатики
сочетание кортикостероидов с цитостатиками

#

108

α -фетопротеин обнаруживается в крови больных:

1

первичным гепатоцеллюлярным раком печени
полипозным гастритом
лейомиомой желудка
полипом прямой кишки
туморозной формой хронического панкреатита

#

109

Наиболее подверженными метастазированию при раке желудка являются:

3

регионарные лимфоузлы
печень
вирховская железа
дугласово пространство
легкие

#

110

Фактором, влияющим на возникновение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является:

3

заболевание желчного пузыря

дуоденит

гиперсекреция соляной кислоты

гипосекреция соляной кислоты

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

#

111

При лечении печеночной комы наиболее эффективен:

2

бонджигар

орнитин

преднизолон

урсодезоксихолевая кислота

фосфоглив

#

112

В лечении синдрома раздраженной толстой кишки с преобладанием поносов применяют?

2

антибиотики

антидиарейные препараты

желчегонные

слабительные

медикаментозное лечение не назначается

ГЕМАТОЛОГИЯ

#

1

К анемии, развившейся вследствие нарушенного кроветворения, относится:

3

талассемия

острая постгеморрагическая анемия

V_{12} дефицитная анемия

серповидноклеточная анемия

наследственный микросфероцитоз

#

2

К анемии, развившейся вследствие усиленного кроворазрушения (гемолитические) относится:

5

железодефицитная анемия

V_{12} дефицитная анемия

апластическая анемия

острая постгеморрагическая анемия

серповидно-клеточная анемия

#

3

Для диагностики V_{12} -дефицитной анемии достаточно выявить:

5

гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;

гиперхромную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит;

гиперхромную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота;

гипохромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;

мегалобластический тип кроветворения.

#

4

У больных с V_{12} -дефицитной анемией после назначения витамина V_{12} появление ретикулоцитоза ожидается:

2

на 2-3 сутки

на 4-5 сутки

на 12-14 сутки

на 16-18 сутки

на 30 сутки

#

5

Укажите вариант патогенеза острой постгеморрагической анемии:

4

уменьшение объема плазменной части крови

повышенный гемолиз эритроцитов

снижение выработки эритропоэтина

пропорциональное понижение объема плазмы и форм элементов крови

нарушение синтеза гемоглобина

#

6

Для железодефицитной анемии характерны:

3

гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;

гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;

гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;

гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;

гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба.

#

7

Феномен «провала» («лейкемическое зияние») это:

5

уменьшение количества зрелых нейтрофилов

исчезновение эозинофилов

уменьшение эозинофилов

исчезновение базофилов

отсутствие промежуточных форм между бластными клетками и зрелыми нейтрофильными гранулоцитами

#

8

Укажите причину развития железодефицитной анемии:

3

отравление солями тяжелых металлов

малярийная инфекция

хроническая кровопотеря

дефицит В₁₂

ионизирующая радиация

#

9

Больной 30 лет госпитализирован по поводу болей в эпигастральной области с выраженным циркуляторно-гипоксическим синдромом. В анамнезе - язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови:

Нв - 90 г/л, Э - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,7, тромбоциты - $180,0 \times 10^9$ /л, ретикулоциты - 0,5 %. Билирубин - 12 мкмоль/л,

сывороточное железо - 4,6 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Какой вид анемии предполагается у

данного пациента?

4

апластическая анемия

гемолитическая анемия

острая постгеморрагическая анемия

железодефицитная анемия

В₁₂-дефицитная анемия

#

10

Больная Е., 74 г., поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно: выявлены умеренная спленомалия, снижение тактильной чувствительности на правой нижней конечности по типу "чулок". В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 88 г/л, ЦП = 1,1, лейкоц. = $3,2 \times 10^9$ /л, тр. = 150×10^9 /л, ретикулоциты - 0,2%, билирубин = 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л).

Ваш диагноз:

5

апластическая анемия

гемолитическая анемия

острая постгеморрагическая анемия

железодефицитная анемия

B_{12} -дефицитная анемия

#

11

Больной 68 лет жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв - 85 г/л, Эр - $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $135,0 \times 10^9$ /л, П - 3%, лимф. - 96 %, мон. - 1 %, СОЭ - 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой - 11 мкмоль/л. Железо сыворотки - 28 мкмоль/л, проба Кумбса положительна. Ваш диагноз?

4

Острый лимфолейкоз

Острый миелолейкоз

Хронический миелолейкоз

Хронический лимфолейкоз

Лимфогранулематоз

#

12

Укажите вариант патогенеза B_{12} дефицитной анемии:

5

снижение объема плазменной части крови

повышенный гемолиз эритроцитов

снижение насыщения гемоглобина кислородом

пропорциональное снижение объема плазмы и форменных элементов крови

нарушение образования эритроцитов

#

13

Укажите причины возникновения B_{12} дефицитной анемии:

2

малярия

заболевания тонкого кишечника

ионизирующая радиация

острая кровопотеря

метастазы опухоли в костном мозге

#

14

Недостаток витамина B_{12} приводит к следующим изменениям:

1

снижению синтеза ДНК

повышению синтеза ДНК

нормальный синтез ДНК

повышенный синтез фолиевой кислоты

повышенный синтез тимидин-монофосфата

#

15

В костном мозге при B_{12} и фолиеводефицитной анемиях наблюдается:

2

увеличение размножения эритробластов

снижение деления и размножения эритробластов

повышение созревания эритроцитов

эритробластический тип кроветворения

эффективный эритропоэз

#

16

Изменения в нервной системе при B_{12} дефицитной анемии обусловлены:

3

нарушением деления клеток

увеличением деления клеток

образованием метил-малоновой кислоты

повышением синтеза ДНК

нарушением синтеза железа и снижением ферритина

#

17

Укажите характерные изменения крови при B_{12} -дефицитной анемии:

2

эритроциты в норме, гемоглобин в норме, среднее содержание гемоглобина в эритроците (МСН) в норме
количество эритроцитов понижено, гемоглобин понижен, МСН повышен
эритроциты в норме, гемоглобин понижен, МСН понижен
эритроциты понижены, гемоглобин понижен, МСН понижен
эритроциты понижен, гемоглобин в норме, МСН повышен

18

Для В₁₂ дефицитной анемии характерно появление в крови следующих клеток:

1
мегалоцитов
микроцитов
миелоцитов
ретикулоцитов
нормоцитов

19

Для В₁₂ - дефицитной анемии характерны следующие изменения:

5
гипохромия
нормохромия
микроцитоз
ретикулоцитоз
эритроциты с тельцами Жолли

20

Гемоглобин S встречается при следующих видах анемий:

3
талассемии
В₁₂ дефицитная анемия
серповидно-клеточная анемия
железodefицитная анемия
микросфероцитоз

21

Для какого заболевания характерен анализ крови: Э - 1,8 x 10¹²/л, Нв - 36 г/л, МСН - 28 пг/кл, Л - 1,6x10⁹/л, тромбоциты - 5,0x10⁹/л:

4
железodefицитной анемии
В₁₂- дефицитной анемии
гемолитической анемии
апластической анемии
сидероахрестической анемии

22

Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - 3,1x10¹²/л, Нв - 104 г/л, Л - 126 x10⁹/л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 %, юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580x10⁹/л, СОЭ - 24 мм/час.

О чем можно думать?

3
Острый лимфолейкоз
Острый миелолейкоз
Хронический миелолейкоз
Хронический лимфолейкоз
Лимфогранулематоз

23

Прием какого препарата ассоциируется с повышенным риском развития фолиеводефицитной анемией:

4
биспролола
каптоприла
гидрохлортиазида
метотрексата

преднизолона

#

24

Для геморрагического васкулита характерно:

2

гематомный тип кровоточивости

васкулитно-пурпурный тип кровоточивости

удлинение времени свертывания

снижение протромбинового индекса

тромбоцитопения

#

25

Больной Б., 16 лет, поступил с лимфаденопатией, выраженной слабостью. В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 79 г/л, МСН- 21 пг/кл, лейко. = $6,1 \times 10^9$ /л, в лейкограмме - бласты - 85 %, лимфоциты - 10 %, с/я - 5 %, тромбоциты - 100×10^9 /л. Ваш диагноз:

1

Острый лейкоз

Хронический миелолейкоз

Хронический лимфолейкоз

Лимфогранулематоз

Миеломная болезнь

#

26

У больного М., 64 г., в анамнезе - два патологических перелома костей. В крови - СОЭ = 60 мм/ч, общий белок 105 г/л, определяется М-градиент, креатинин - 635 мкмоль/л.

Какие изменения можно обнаружить у больного при исследовании?

5

протеинурия и участки остеопороза костей

протеинурия и плазмоклеточная инфильтрация костного мозга

трехростковая гиперплазия костного мозга

бластемия и участки остеолитических плоских костей

белок Бенс-Джонса в моче и плазмоклеточная инфильтрация костного мозга

#

27

К препаратам, нарушающим функцию тромбоцитов, относятся?

3

этамзилат

адреналин

клопидогрел

пропранолол

эналаприл

#

28

Больной Б., 16 лет, поступил с лимфаденопатией, выраженной слабостью. В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 79 г/л, МСН = 24 пг/кл, лейко. = $6,1 \times 10^9$ /л, в лейкограмме - бласты - 85 %, лимфоциты - 10 %, с/я - 5 %, тромбоциты - 100×10^9 /л. Какие дополнительные методы исследования верифицируют диагноз:

1

стерильная пункция и цитохимическое исследование

трепанобиопсия и биохимическое исследование крови

цитохимические исследования и определение Ph- хромосомы

иммунофенотипирование и трепанобиопсия

определение Ph-хромосомы

#

29

К препаратам, способным вызвать тромбоцитопению, относятся:

2

аскорбиновая кислота

дипиридамол

преднизолон

эуфиллин

пенициллин

#

30

Наиболее информативным методом для диагностики наследственного микросфероцитоза является:

3

прямая проба Кумбса
непрямая проба Кумбса
определение осмотической резистентности эритроцитов
агрегат-гемагглютационная проба
сахарозная проба

#

31

Больной 18 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме. Ваш предварительный диагноз?

3

геморрагический васкулит
тромбоцитопеническая пурпура
гемофилия
болезнь Рандю-Ослера
острый лейкоз

#

32.

У больного имеется панцитопения, повышение уровня билирубина и увеличение селезенки. Предположительный диагноз:

4

наследственный сфероцитоз
талассемию
В₁₂-дефицитную анемию
болезнь Маркиавы-Микелли
аутоиммунная панцитопения

#

33

Что из нижеперечисленного характерно для анемии Минковского-Шоффара?

4

нормальный уровень ретикулоцитов
сниженный уровень сывороточного железа
гипохромия эритроцитов
гипербилирубинемия за счет непрямой фракции
повышенная осмотическая резистентность эритроцитов

#

34

При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

2

биопсию лимфоузла
стерильную пункцию
пункцию селезенки
подсчет ретикулоцитов
исследовать уровень ферритина сыворотки

#

35

С назначения какого препарата следует начинать лечение при выявлении у больного мегалобластной анемии, генез которой не уточнен.

1

витамина В₁₂
преднизолона
витаминов В₆ и В₁
фолиевой кислоты
препараты железа

#

36

Гемограмма в период развернутых клинических проявлений лейкоза характеризуется:

1

анемией, тромбоцитопенией, лимфоцитозом
анемией с выраженным ретикулоцитозом
анемией, тромбоцитозом, лимфопенией

анемией, эозинофилией, лейкопенией
характерные изменения отсутствуют

#

37

С увеличения каких групп лимфоузлов чаще начинается лимфогранулематоз?

1

шейных

надключичных

подмышечных

лимфоузлов средостения

забрюшинных

#

38

Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

3

поражение лимфатических узлов одной области

поражение лимфатических узлов двух или более областей по одну сторону диафрагмы

поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы

локализованное поражение одного нелимфатического органа

диффузное поражение нелимфатических органов

#

39

Для диагностики гемофилии применяется:

1

определение времени свертываемости

определение времени кровотечения

определение количества тромбоцитов

определение плазминогена

определение фибрина

#

40

Ошибка в отношении лечения витамином B₁₂ при B₁₂ - дефицитной анемии?

5

лечение нельзя начинать до установления точного диагноза

лечение проводится преимущественно парентерально

препарат вводят в течение 4-6 недель

доза витамина B₁₂ - составляет 200-400 мкг в сутки

доза витамина B₁₂ - составляет 100 мкг в сутки

#

41

Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются:

3

увеличение числа лимфоцитов

лейкопения

базофильно-эозинофильная ассоциация

появление клеток типа плазмобластов

тромбоцитопения

#

42

Что из нижеперечисленного подтверждает диагноз идиопатической эритремии?

3

лейкопения

снижение количества тромбоцитов

спленомегалия

высокий уровень эритропоэтина сыворотки

желтушность кожных покровов

#

43

При лимфогранулематозе с поражением лимфатических узлов средостения чаще всего выявляется:

5

покраснение кожи над лимфоузлами

раннее появление общих симптомов

одностороннее поражение
увеличение шейно-надключичных лимфоузлов
симптом сдавления верхней полой вены

#

44

Какой тип кровоточивости характерен для ДВС-синдрома?

3

гематомный
петехиально-экхиматозный
смешанный синячково-гематомный
васкулитно-пурпурный
ангиоматозный

#

45

Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно:

3

васкулитно-пурпурный тип кровоточивости, образование микротромбов
гематомный тип кровоточивости, дефицит фактора VII
петехиально-пятнистый тип кровоточивости, удлинение времени кровотечения по Дюке
ангиоматозный тип кровоточивости, наличие телеангиоэктазий
смешанный тип кровоточивости, снижение уровня антитромбина III

#

46

При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

4

V

VII

VIII

IX

X

#

47

При отсутствии кровоточивости причиной анемии при остром лейкозе является:

4

дефицит железа
синдром гиперспленизма
гепатомегалия и спленомегалия
подавление кроветворения
лимфоаденопатия

#

48

Если у больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лейкоцитоз с лимфоцитозом, то следует думать о:

3

лимфогранулематозе
остром лимфобластном лейкозе
хроническом лимфолейкозе
хроническом миелолейкозе
эритремии

#

49

Из перечисленных симптомов для множественной миеломы характерно:

3

гематурия
гипокальциемия
выявление М-градиента
гипокалиемия
лимфоцитоз

#

50

Решающим для диагностики лимфогранулематоза являются:

2

исследования общего анализа крови

микроскопическое исследование лимфоидной ткани

сцинтиграфия

компьютерная томография

УЗИ селезенки

#

51

Больной 21 года, с детства страдает повышенной кровоточивостью, периодически возникают образованные обширные гематомы. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме.

Какой метод лечения соответствует патогенетической терапии?

1

криопреципитат

преднизолон

тромбоцитарная масса

дицинон

этамзилат

#

52

Для острого лейкоза характерно:

5

бластные клетки в костном мозге менее 1%

бластные клетки в костном мозге менее 2%

бластные клетки в костном мозге менее 3%

бластные клетки в костном мозге менее 5%

бластные клетки в периферической крови более 5%

#

53

Для хронического лимфолейкоза характерно:

1

тени Боткина-Гумпрехта

ретикулоцитоз

эозинофилия

лейкопения

плазматические клетки в крови

#

54

При миеломной болезни субстратом опухоли являются:

5

эритроциты

тромбоциты

моноциты

нейтрофилы

плазматические клетки

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1

Какое из нижеперечисленных осложнений развивается при хронических обструктивных заболеваниях легких:

1

правожелудочковая недостаточность

левожелудочковая недостаточность

бивентрикулярная недостаточность

сосудистая недостаточность

легочное кровотечение

#

2

Какие спирометрические показатели являются диагностическими для верификации ХОБЛ?

4

ОФВ₁/ФЖЕЛ более 80%

ОФВ₁ более 80%

ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 80%

ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70%

ОФВ₁ менее 70%

#

3

Что из перечисленных клинических признаков характерно для экссудативного плеврита?

5

Смещение органов средостения в правую сторону
Смещение органов средостения в левую сторону
Коробочный звук при перкуссии
Везикулярное дыхание при аускультации
Притупление перкуторного звука

#

4

Для установления этиологии экссудативного плеврита необходимо:

1

исследование плеврального пунктата
радиоизотопное сканирование легких
ультразвуковое исследование плевральной полости
бодиплетизмография
спирометрия

#

5

Какой возбудитель пневмонии может вызвать деструктивные изменения в легких?

3

Пневмококк
Стрептококк
Стафилококк
Легионелла
Микопlasма

#

6

К врачу обратился больной 16 лет, с жалобами на слабость, повышенную температуру, кашель с трудноотделяемой желто-зеленой мокротой, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро на фоне простуды. При физикальном обследовании выслушивается жесткое дыхание, крепитация в нижних отделах справа. Какое заболевание можно заподозрить у больного?

3

ОРВИ

Туберкулез легких
Внебольничная пневмония
Рак легких
Бронхоэктатическая болезнь

#

7

К врачу обратился больной 16 лет, с жалобами на слабость, повышенную температуру, кашель с трудноотделяемой желто-зеленой мокротой, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро на фоне простуды. При физикальном обследовании выслушивается жесткое дыхание, крепитация в нижних отделах справа. Какое исследование необходимо провести больному?

3

КТ высоких разрешений
МРТ
Спирометрию
Рентгенографию легких в 2 проекциях
УЗИ легких
Бодиплетизмографию

#

8

К врачу обратился больной 16 лет, с жалобами на слабость, повышенную температуру, кашель с трудноотделяемой желто-зеленой мокротой, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро на фоне простуды. При физикальном обследовании выслушивается жесткое дыхание, крепитация в нижних отделах справа, АД-110/70 мм.рт.ст. ЧДД-18 в минуту. Ваша дальнейшая тактика?

1

лечение на дому
срочная госпитализация
плановая госпитализация
лечение в поликлинике
лечение в дневном стационаре

#

9

Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком ХОБЛ является:

5

эспираторное диспноэ

кашель с отделением мокроты

легочный звук с коробочным оттенком

вариабельность бронхиальной обструкции

необратимая или мало обратимая бронхиальная обструкция

#

10

Пациент, 19 лет поступил с жалобами на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты с гнилостным запахом до 200 мл преимущественно по утрам, кровохарканье, повышение температуры до 38,2⁰С, недомогание, одышку. С детства часто отмечал кашель. В течение последних 5 лет – ежегодные обострения. Вероятный диагноз:

1

бронхоэктатическая болезнь, обострение

бронхиальная астма

хронический обструктивный бронхит

хронический гнойный бронхит

бронхоэктатическая болезнь, ремиссия

#

11

Какой из нижеперечисленных маркеров указывает на бактериальный генез пневмонии?

3

Д-димер

Pro- Nt-BNP

Прокальцитонин

Ферритин

Фибриноген

#

12

Что из ниже перечисленного противопоказано больному при жизнеугрожающей астме?

4

эуфиллин парентерально

внутривенная регидратация

кортикостероиды

симпатомиметики

ингаляция кислорода

#

13

Укажите правильные сроки начала антибактериальной терапии пневмонии:

4

через 1 ч после установления диагноза

через 2 ч после установления диагноза

через 3 ч после установления диагноза

через 4 ч после установления диагноза

через 5 ч после установления диагноза

#

14

При проведении бронходилатационной пробы для дифференциальной диагностики обструктивного синдрома используют:

4

Преднизолон

Флютиказон

Монтелукаст

Сальбутамол

Эуфиллин

#

15

Какой инструментальный метод исследования предпочтителен и информативен для диагностики бронхоэктазов?

2

Рентгеноскопия органов грудной клетки
Компьютерная томография легких высоких разрешений
Диагностическая бронхоскопия
Контрастная бронхография
Исследование функции внешнего дыхания

#

16

Пациент, 44 лет, водитель 12 лет постоянно курит и кашляет. Последние 3-5 дней стал отмечать усиление кашля, который стал надсадным, увеличилось количество гнойной мокроты. Появилась потливость, экспираторная одышка. Вероятная причина ухудшения самочувствия пациента:

5

развитие пневмонии
присоединение вирусной инфекция
развитие туберкулеза легких
развитие сухого плеврита
обострение хронического обструктивного бронхита

#

17

Какие изменения в общем анализе крови можно обнаружить у больных с хроническим обструктивным бронхитом, осложненным ЛАГ?

5

Вторичная тромбоцитемия
Относительный лимфоцитоз
Снижение уровня гемоглобина
Эозинофилия
Вторичный эритроцитоз

#

18

Назначение какого антибиотика наиболее целесообразно при хламидийной пневмонии:

1

азитромицин
цефатоксим
левомицетин
ампициллин
амикацин

#

19

Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:

4

клебсиелла
хламидия
микоплазма
пневмококк
диплококк

#

20

Через сколько часов должна быть оценена эффективность назначенной антибактериальной терапии при пневмонии?

4

6-12 часов
12-24 часов
24-48 часов
48-72 часа
72-96 часа

#

21

Какой препарат используют для купирования приступа удушья при бронхиальной астме?

1

Флютиказон-Формотерол
Кетотифен
Флутиказона пропионат
Сальбутамол

Амброксола гидрохлорид

#

22

С какой ступени следует добавить к терапии больных бронхиальной астмой моноклональные анти-IgE препараты?

5

I ступени терапии

II ступени терапии

III ступени терапии

IV ступени терапии

V ступени терапии

#

23

Дефицит какого из нижеперечисленных ферментов ассоциируется с развитием ХОБЛ?

4

Лактатдегидрогеназа-1

Лактатдегидрогеназа-2

Альфафетопротеин

Альфа-1 антитрипсин

Нейтрофильная эластаза

#

24

В каких случаях наблюдается преимущественно экспираторная одышка?

2

Сердечная астма

Бронхиальная астма

Ложный круп

Заглоточный абсцесс

Внебольничная пневмония

#

25

К причинным факторам, приводящим к развитию бронхиальной астмы, относится:

2

повышение уровня холестерина

аспирин и его аналоги

психосоциальные факторы

прием алкоголя

респираторные инфекции

#

26

Какой из нижеуказанных лабораторных данных определяют у больных бронхиальной астмой аллергического фенотипа?

2

уровень эритроцитов в общем анализе крови

уровень Ig E в сыворотке крови

медиаторы воспаления (лейкотриены) в сыворотке крови

нейтрофилы в общем анализе мокроты

уровень α_1 - антитрипсина в сыворотке крови

#

27

Для выбора места лечения пациента с внебольничной пневмонией используют шкалу:

1

CRB 65

ACT

DAS 28

mMRC

CAT

#

28

Отхождение мокроты “полным ртом” наблюдается при:

3

бронхиальной астме

атипичной пневмонии

бронхоэктазах
крупозной пневмонии
хроническом бронхите#

29

Для диагностики ХОБЛ назначается:

3

рентгенография органов грудной клетки
вентиляционно-перфузионная скintiграфия легких
исследование функции внешнего дыхания
исследование газов крови
бронхопровокационный тест

#

30

Через какой промежуток времени устанавливается диагноз нозокомиальной пневмонии:

4

6-12 часов

12-24 часов

24-48 часов

48-72 часа

72-96 часа

#

31

Что используют при оценке никотиновой зависимости?

CURB 65

Уреазный тест

mMRC

Тест с сальбутамолом

Фагестрома тест

#

32

Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы проводится:

1

ХОБЛ

ОИМ

ТЭЛА

Отеком легкого

Экссудативным плевритом

#

33

Какая группа препаратов противопоказана больным с аспириновой формой бронхиальной астмы?

2

Стероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные препараты

Селективные β -блокаторы

Блокаторы кальциевых каналов

Отхаркивающие препараты

#

34

Для каких из перечисленных заболеваний характерен обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции?

2

Хронический обструктивный бронхит

Бронхиальная астма

Рак легкого

Обструктивная эмфизема легких

Тромбоэмболия легочной артерии

#

35

К врачу обратился больной 52 лет с жалобами на кашель с трудно отделяемой мокротой, одышку в покое усиливающуюся при физической нагрузке. Из анамнеза курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в сутки. Последние 20 лет отмечает постоянный кашель по утрам и выделение мокроты. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации дыхание ослаблено, вы-

дох удлинен, выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Рентгенологически - легочные поля повышенной прозрачности, усиление легочного рисунка. Показатель ОФВ1 45%. Какое осложнение развилось у данного больного?

2

Пневмония

Эмфизема

Бронхоэктазы

Плеврит

Пневмоторакс

#

36

Больной 26 лет с нетяжелым течением пневмонии нуждается в антибактериальной терапии. Какой препарат является препаратом выбора?

1

Амоксициллин

Амоксициллин клавуланат

Левифлоксацин

Цефиксим

Кларитромицин

#

37

К каким клиническим проявлениям обструкции при хроническом обструктивном бронхите является?

3

Гнойная мокрота

Влажные хрипы

Экспираторная одышка

Притупление перкуторного звука

Инспираторная одышка

#

38

Одним из маркеров высокого риска бактериальной инфекции у больных с ХОБЛ является:

3

Д-димер

Pro- Nt-BNP

СРБ

Ферритин

Фибриноген

#

39

При лечении ХОБЛ используются:

4

β адреноблокаторы

H₂- гистаминоблокаторы

α адреноблокаторы

холинолитики

спазмолитики

#

40

Какой диагноз можно выставить пациенту с отставанием правой половины грудной клетки при дыхании, ослаблением голосового дрожания, притуплением перкуторного звука и отсутствием дыхания ниже 3-го ребра, рентгенологически – смещением тени сердца влево:

1

экссудативный плеврит

крупозная пневмония

обтурационный ателектаз

пневмоцирроз

пневмоторакс

#

41

У больного 65 лет, страдающего сахарным диабетом 2 типа развилась пневмония нетяжелого течения.. Какой препарат является препаратом выбора нуждается в качестве антибактериальной терапии?

2

Амоксициллин

Амоксициллин клавуланат
Левифлоксацин
Моксифлоксацин
Цефиксим
Кларитромицин

#

42

Какой показатель по данным пикфлоуметрии указывает на наличие бронхиальной обструкции при бронхиальной астме?

4

МСВ за 1 секунду нормальная утром и вечером
МВС за 1 секунду повышена утром и вечером
МСВ за 1 секунду снижена вечером
МСВ за 1 секунду снижена в утренние часы
МСВ за 1 секунду повышена в утренние часы

#

43

Больной 22 лет с нетяжелым течением атипичной пневмонии нуждается в антибактериальной терапии. Какой препарат является препаратом выбора?

5

Амоксициллин
Амоксициллин клавуланат
Цефтриаксон
Цефиксим
Кларитромицин

#

44

У служащей гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40°C, появился озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?

2

клебсиелла
легионелла
микоплазма пневмонии
стафилококк
хламидия

#

45

У пациента с длительным анамнезом ХОБЛ, отмечается симметричное движение грудной клетки, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смещена вниз. Какой наиболее вероятный диагноз?

3

гидропневмоторакс
пневмофиброз
эмфизема легких
лобулярная пневмония
туберкулез

#

46

Какой из нижеперечисленных обследований является наиболее достоверным в дифференциации ХОБЛ и БЭБ?

3

Анализ мокроты
Бронхоскопия
КТ высоких разрешений
Бронхография
Сцинтиграфия легких

#

47

Какой препарат показан для лечения бронхиальной астмы на 5 ступени?

4

Атропин

Сальбутамол
Преднизолон
Омализумаб
Ацетилцистеин

#

48

Укажите необратимый компонент бронхиальной обструкции:

4

спазм бронхов
воспалительный отек слизистой оболочки бронхов
нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов
фиброз и ремоделирование просвета бронхов
развитие инфекционного процесса

#

49

У пациента 30 лет повышение температуры тела до 38.9°C, одышка, боли в грудной клетке справа, продуктивный кашель. При осмотре: грудная клетка нормальной формы. При перкуссии - тупой звук сзади ниже угла лопатки справа, отчетливая крепитация, смещения средостения нет. Ваш предварительный диагноз:

1

лобарная пневмония
эмфизема
пневмоторакс
бронхоэктазы
фиброз легкого

#

50

Для развития астматического статуса характерно?

1

нарастающее по интенсивности удушье и исчезновение хрипов и дыхательных шумов над легкими
хороший эффект бета-2-адреностимуляторов
продуктивный кашель
притупление перкуторного тона
акцент 2 тона над аортой

#

51

При появлении на ЭКГ S_I и Q_{III} у пациентки, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, с внезапно развившейся загрудинной болью, одышкой в покое, тахипноэ можно предположить?

4

острый инфаркт миокарда
приступ бронхиальной астмы
очаговая пневмония
тромбоэмболию легочной артерии
экссудативный плеврит

#

52

Лечение легионеллезной пневмонии проводится:

3

пенициллинами
цефалоспоридами
макролидами
тетрациклинами
аминогликозидами

#

53

При хроническом легочном сердце отмечается:

4

гипертрофия левого и правого желудочков
дилатация правого желудочка и левого предсердия
утолщение межжелудочковой перегородки
гипертрофия и дилатация правых отделов сердца
изолированная гипертрофия правого предсердия

#

54

Больная, 20 лет, после мед. аборта внезапно потеряла сознание. Пришла в сознание, пожаловалась на боли сжимающего характера в грудной клетке. На ЭКГ зарегистрировано rS в I отведении и Qr в III отведении. Ваш предварительный диагноз?

3

ОИМ

Торакалгия вертеброгенного генеза

Тромбоз легочной артерии

Стенокардия Принцметала

Истерия

#

55

Какие методы достоверно подтверждают диагноз тромбоза легочной артерии?

3

Радиоизотопное исследование перфузии легких

Радиоизотопное исследование вентиляции легких

Радиоизотопное исследование перфузии и вентиляции легких

Рентгенография легких

Исследование функции внешнего дыхания

#

56

Диагноз бронхиальной астмы может быть заподозрен на основании?

2

Длительного кашлевого синдрома

Приступов удушья со свистом в груди

Признаков инфекции слизистой оболочки бронхов

Болевого синдрома, связанного с актом дыхания

Данных рентгенологического исследования

#

57

Какая из пневмоний реже всего осложняется абсцедированием?

5

Стафилококковая

Стрептококковая

Аспирационная

Вирусная

Пневмококковая

#

58

Для клебсиеллезной пневмонии характерен кашель с выделением мокроты:

3

Слизисто-гнойной ржавого цвета

Слизисто-гнойной желтого цвета

В виде «малинового» желе

Слизистой стекловидной мокроты

Трехслойной гнойной мокроты

#

59

Экссудативный плеврит встречается при:

2

бронхоэктатической болезни

пневмонии

бронхиальной астме

эмфиземе легких

хронических обструктивных заболеваниях легких

#

60

Что клинически характерно для типичной долевой пневмонии?

4

везикулярное дыхание

сухие хрипы

жесткое дыхание в нижних отделах с обеих сторон

крепитация

усиление бронхофонии на стороне поражения

#

61

Через какой промежуток времени после назначенного лечения необходимо оценить контролируемость бронхиальной астмы?

4

1 неделя

2 недели

3 недели

4 недели

5 недель

#

62

Для оценки выраженности симптомов у больных бронхиальной астмой используется:

2

mMRC

ACT

CRB-65

CAT

Wells

#

63

Факторами риска развития ТЭЛА является:

2

окклюзия подколенной артерии

тромбоз глубоких вен малого таза

аортальный стеноз

выпотной перикардит

гидроторакс

#

64

При объективном осмотре у пациента выявлены диффузный цианоз, перкуторно - легочной звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, выдох удлиннен, сухие свистящие хрипы. Какой из методов обследования поможет Вам оценить тяжесть состояния больного?

4

Развернутый анализ крови

Флюорография органов грудной клетки

Общий анализ мокроты

Спирометрия

ЭКГ

#

65

Для лечения назокомальной пневмонии, развившейся в отделении общего профиля без факторов риска, используют:

3

тетрациклины

гликопептиды

цефалоспорины 3 поколения

полусинтетические пенициллины

макролиды

#

66

О бронхиальной астме следует думать при наличии у пациентов:

1

приступов экспираторного удушья

пароксизмальной ночной одышки

жесткого дыхания

продуктивного кашля

кровохарканье

#

67

У пациента с бронхиальной астмой ежедневное применение флутиказона пропионата+формотерола в низких дозах не дали положительного эффекта. Ваша тактика дальнейшего ведения больного:

2

Перевести флутиказон пропионат+формотерол в минимальных дозах по потребности
Увеличить флутиказон пропионат+формотерол до средних доз, ежедневно
Увеличить флутиказон пропионат+формотерол до максимальных доз, ежедневно
Добавить к лечению омализумаб
Добавить к лечению лоратадин

#

68

Что является причиной острого легочного сердца?

1

эмболия сосудов легких
стенокардия
артериальная гипертензия
эмфизема легких
гидроторакс

#

69

При хроническом компенсированном легочном сердце выявляется:

3

ЭКГ признаки гипертрофии левого предсердия
ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка
ЭХОКГ-признаки гипертрофии правого желудочка
ЭХОКГ-признаки дилатации левого желудочка
рентгенологические признаки выбухания аорты

#

70

В какие сроки должен быть назначен антибиотик больному внебольничной пневмонией тяжелого течения?

1

Сразу после постановке диагноза
В течении первых 4 часов
В течении первых 8 часов
В течении первых суток

По мере получения бактериологического исследования мокроты и определения чувствительности к антибиотикам

#

71

Антибактериальная терапия при бронхоэктатической болезни характеризуется:

1

применением антибиотиков внутрибронхиально и парантерально
применением антибиотиков внутрибронхиально
применением антибиотиков парантерально
применением антибиотиков внутрь
применением антибиотиков коротким курсом

#

72

Выберите препарат, являющийся базисным в лечении бронхиальной астмы:

2

тиотропия бромид+сальбутамол
беклометазон+ формотерол
ипратропия бромид+флутиказон
монтелукаст+сальбутамол
омализумаб+ монтелукаст

#

73

При долевой пневмонии над очагом поражения выявляется:

1

усиление голосового дрожания
перкуторный коробочный звук
бедренная тупость
«амфорическое» дыхание
сухие хрипы

#

74

Какой процент прироста ОФВ₁ достаточен для оценки бронходилатационной пробы как положительной:

1

> 12%

> 10%

> 8%

> 6%

> 4%

#

75

Для ХОБЛ характерны изменения показателей вентиляции:

5

ОФВ₁ - 90% от должной величины, прирост ОФВ₁ при бронходилатационном тесте - 15%

ОФВ₁ - 80% от должной величины, прирост ОФВ₁ при бронходилатационном тесте - 35%

ОФВ₁ - 78% от должной величины, прирост ОФВ₁ при бронходилатационном тесте - 30%

ОФВ₁ - 68% от должной величины, прирост ОФВ₁ при бронходилатационном тесте - 20%

ОФВ₁ - 66% от должной величины, - прирост ОФВ₁ при бронходилатационном тесте 8%

#

76

Выберите препарат первого ряда для базисной терапии ХОБЛ:

4

сальбутамол

рофлумиласт

аминофиллин

тиотропия бромид

сальметерол

#

77

Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком ХОБЛ является:

5

эспираторное диспноэ

кашель с отделением мокроты

легочный звук с коробочным оттенком

ослабленное везикулярное дыхание с удлинненным выдохом, сухими дискантовыми и влажными мелкопузырчатыми хрипами

необратимая или малообратимая бронхиальная обструкция после ингаляций 2 доз короткого β_2 агониста

#

78

Какой признак говорит о жизнеугрожающей астме?

2

Жесткое дыхание

Появление зон "немого" легкого

Появление влажных хрипов в средних отделах

Появление влажных хрипов в верхних отделах

Декомпенсированный ацидоз

#

79

Какие антибиотики относят к альтернативным препаратам при терапии внебольничной пневмонии?

2

Макролиды

Респираторные фторхинолоны

Карбапенемы

Аминогликозиды III генерации

Цефалоспорины III – IV генерации

#

80

У больных с подозрением на ТЭЛА используется шкала:

5

mMRC

ACT

CRB-65

CAT

Wells

#

81

Критерием тяжелой степени ХОБЛ является:

1

ОФВ₁- 40% от должной величины

ОФВ₁- 60% от должной величины

ОФВ₁- 70% от должной величины

ОФВ₁- 80% от должной величины

ОФВ₁- 90% от должной величины

#

82

Какой из нижеперечисленных препаратов может быть причиной развития бронхиальной обструкции?

3

Сальбутамол

Сальметерол

Парацетамол

Преднизолон

Теофиллин

#

83

При ХОБЛ бронхиальная обструкция характеризуется:

2

полной спонтанной обратимостью

стойкостью и малой обратимостью

полной обратимостью при применении бронхолитиков

внезапным появлением

быстрым нарастанием

#

84

Одним из клинических критериев, требующих назначения антибактериальной терапии при обострении ХОБЛ, является:

1

Усиление одышки

Усиление кашля

Повышение температуры тела

Появление свистящего дыхания

Появление приступа удушья

#

85

Какое заболевание более всего предрасполагает к развитию внебольничной пневмонии у пожилых пациентов?

4

Артериальная гипертензия

Ишемическая болезнь сердца

Ревматоидный артрит

Гастроэзофагально-рефлюксная болезнь

Эмфизема легких

#

86

У пациента нетяжелые приступы удушья, возникающие реже 1-2 раз в неделю. Показатель МСВ до начала лечения 84% от должного значения, вариабельность МСВ 19%. Ваша тактика?

1

Применение низких доз ИГКС-формотерол по потребности

Применение средних доз ИГКС- β_2 -агонистов продолжительного действия перед физической нагрузкой

Применение высоких доз ИГКС и пролонгированного теофиллина

Применение высоких доз ИГКС и М-холинолитиков

Применение системных кортикостероидов и β_2 -агонистов продолжительного действия

#

87

Когда необходима смена препарата при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии пневмонии?

2

По истечении первых суток от начала лечения

Через 48-72 часа

Через 5 дней

Через 7 дней

Через 10 дней

#

88

Ведущий компонент бронхиальной астмы:

2

отек слизистой бронхов

бронхоспазм

гиперсекреция

экспираторный коллапс бронхов

склерозирование стенок бронхов

#

89

Простой хронический бронхит - это заболевание, при котором развивается:

2

гипоплазия бокаловидных клеток слизистой

хронический кашель с выделением мокроты

пароксизмальная одышка

гипотрофия бронхиальных желез

присоединение вторичной инфекции отсутствует

#

90

Положительный результат бронхопровокационного теста считается при:

1

снижение ОФВ1 на $\geq 20\%$

снижение ОФВ1 на $\geq 18\%$

снижение ОФВ1 на $\geq 16\%$

снижение ОФВ1 на $\geq 14\%$

снижение ОФВ1 на $\geq 12\%$

#

91

Для оценки выраженности симптомов у больных ХОБЛ используются?

1

Шкалы mMRC и CAT-тест

ACT и MRC-5 тесты

CRB-65 шкала и mMRC

Шкала SCORE и CAT-тест

Шкала Wells и mMRC

#

92

Золотым стандартом диагностики легочной артериальной гипертензии является:

1

Катетеризация правых отделов сердца

Коронароангиография

Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия

Трансторакальная эхокардиография

Спирометрия

#

93

Нозокомиальная пневмония – это?

4

Пневмония, развивающаяся в стационаре, независимо от сроков пребывания пациента в больнице

Пневмония, развивающаяся через 10-12 часов после госпитализации

Пневмония, развивающаяся через 12- 24 часа после госпитализации

Пневмония, развивающаяся через 48 -72 часа после госпитализации

Пневмония, развивающаяся через более чем 72 часа после госпитализации

#

94

Для какого состояния характерна клиновидная форма инфильтрации легочной ткани?

3

Рак легкого

Крупозная пневмония

Инфаркт легкого

Очаговая пневмония

Эхинококк в легком

#

95

Из немедикаментозных методов лечения наиболее важное значение при БЭБ имеет:

3

иглорефлексотерапия

электрофорез

постуральный дренаж

магнитотерапия

бальнеотерапия

#

96

Низкое значение Д-димера указывает на?

2

высокую степень вероятности тромбоэмболии легочной артерии

исключение диагноза тромбоэмболии легочной артерии

инфаркт миокарда

неблагоприятные исходы беременности

нестабильную стенокардию

#

97

Показанием к назначению тромболитиков при ТЭЛА является:

2

любая тромбоэмболия легочной артерии

тромбоэмболия легочной артерии с высоким риском смерти

тромбоэмболия легочной артерии с промежуточным риском смерти

тромбоэмболия легочной артерии с низким риском смерти

тромбоэмболия легочной артерии давностью 7 дней

#

98

При проведении вторичной профилактики тромбоэмболии легочной артерии путем назначения варфарина МНО должно составлять:

2

1,0 - 2,0

2,0 - 3,0

3,0 - 4,0

4,0 - 5,0

>5,0

#

99

Если по клиническим данным подозревается тромбоэмболия легочной артерии невысокого риска (без шока и гипотонии), при этом вероятность тромбоэмболии по шкале Wells низкая, рекомендуемый первый метод диагностики?

3

Электрокардиограмма

Эхокардиография

Определение Д-димера

Компьютерная томография высокого разрешения

Рентгенография органов грудной клетки

#

100

При нетяжелой внебольничной пневмонии у пациента 30 лет, не получавшего за последние 3 месяца антибиотиков, без сопутствующих заболеваний препаратом выбора является:

3

ципрофлоксацин

линкомицин

амоксциллин

гентамицин

левофлоксацин

#

101

У больного, страдающего бронхиальной астмой в течение 5 лет, наблюдаются приступы удушья до 3 - 4 раз в сутки. Какой препарат необходимо назначить больному в качестве базисного?

2

Сальбутамол+ Ипротропиум бромид
Бекламетазон+ формотерол
Тиотропиум бромид+сальбутамол
Ипратропиум бромид+ теофеллин
Ацетилцистеин+ преднизолон

#

102

Селективным вазодилатирующим действием на сосуды малого круга обладает:

4

Верапамил
Дилтиазем
Коринфар
Ингаляционный оксид азота
Эналаприл

#

103

Укажите основной рентгенологический признак пневмонии?

1

гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
картина ателектаза
тяжистый легочный рисунок
повышенная прозрачность легочной ткани
диффузное снижение прозрачности

#

104

Укажите, какой из объективных признаков соответствует хроническому бронхиту с поражением крупных и средних бронхов:

3

свистящие хрипы на выдохе
крепитация
сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе
звонкие влажные локальные хрипы
незвонкие влажные хрипы над проекцией базальных отделов

#

105

Аспириновая триада, помимо наличия бронхиальной астмы, включает в себя:

1

непереносимость аспирина или его аналогов, поллиноз носа
сезонный поллиноз, сухой кашель
пылевая аллергия, сухой кашель
наследственный характер заболевания, мокрота
пищевую аллергию, сухой кашель

#

106

При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить?

2

Пенициллины
Макролиды
Линкозамыны
Аминогликозиды
Цефалоспорины

#

107

При каком из перечисленных заболеваний часто выслушивается крепитация в легких?

2

Пневмоторакс
Пневмония
Выпот в плевральную полость
Центральный рак легких
Простой бронхит

#

108

При выборе антибиотика у пациента пневмонией с наличием в анамнезе аллергической реакции (крапивница) на амоксициллин наиболее целесообразно назначение:

5

цефтриаксон

амоксиклав

сульбактам-натрий+ ампициллин-натрий

ципрофлоксацин

klarитромицина

#

109

К какой группе по классификации ЛАГ относится идиопатическая легочная артериальная гипертензия:

1

1

2

3

4

5

#

110

Для хронического легочного сердца в фазу компенсации характерно:

3

увеличение границ сердца влево

увеличение границ сердца вверх

прекардиальная и эпигастральная пульсация

симптомы правожелудочковой недостаточности

отеки голеней и стоп

#

111

Больному с хроническим легочным сердцем с уровнем $SpO_2 \leq 88\%$ показано применение:

2

теофиллина

оксигенотерапии

преднизолона

флутиказона

бекламетазона

#

112

Достоверным клиническим признаком, указывающим на ухудшение течения приступа бронхиальной астмы, является?

3

Ослабление ранее выслушиваемых хрипов в легких

Усиление ранее выслушиваемых хрипов в легких

Исчезновение ранее выслушиваемых хрипов в легких

Появление влажных хрипов в легких

Появление крепитации

#

113

Основная причина смерти больных на высоте тяжелого приступа бронхиальной астмы является:

4

местный отек слизистой оболочки бронхов

генерализованный отек слизистой оболочки бронхов

местная закупорка просвета бронхов вязким секретом

генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом

местная и генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом

#

114

С отхаркивающей целью при ХОБЛ назначают:

3

флуимуцил

фурациллин

ацетицистеин

ипратропиум бромид

мукалтин

#

115

К признакам хронического бронхита относится:

2

кашель в течение 2 месяцев в году не менее 1 года

кашель при переходе в горизонтальное положение кашель в течение 3 месяцев в году не менее 2 лет подряд

кашель при переходе в горизонтальное положение

кашель по утрам с выделением большого количества мокроты

приступообразное затрудненное дыхание

#

116

У больного атопической бронхиальной астмой в период обострения в мокроте находят большое количество:

1

эозинофилов

нейтрофильных лейкоцитов

грамположительных кокков

грамотрицательных палочек

эпителиальных клеток

#

117

Что из перечисленного соответствует тяжелому течению бронхиальной астмы?

1

ПСВ-49%, вариабельность > 30%

ПСВ-56%, вариабельность = 15%

ПСВ-60%, вариабельность = 10%

ПСВ-70%, вариабельность 20-30%

ПСВ-88%, вариабельность < 10%

#

118

Для какого заболевания более характерно обнаружение в мокроте кристаллов Шарко – Лейдена?

4

Абсцесс легкого

Бронхоэктатическая болезнь

Долевая пневмония

Бронхиальная астма

Туберкулез легких

#

119

Какой клинический синдром называется астматическим статусом?

2

Комплекс признаков, выявляемых при физикальном обследовании больного в фазе обострения

Тяжелый затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся бронхо-расширяющими препаратами и сопровождающийся ОДН

Приступ бронхиальной астмы, не прекращающийся после ингаляции симпатомиметиков

Интенсивный приступообразный кашель, провоцируемый поллютантами

Затяжной приступ удушья, потребовавший применения кортикостероидов, но не сопровождающийся изменением газового состава крови

#

120

Антибактериальные препараты выбора при атипичной пневмонии:

1

ровамицин

амоксциллин

цефтриаксон

ванкомицин

левофлоксацин

#

121

У пациента, получающего терапию по поводу бронхиальной астмы, развился кандидоз ротовой полости. Какой из препаратов явился причиной развития данного побочного эффекта?

4

преднизолон

монтелукаст

форметерол
беклометазон
омализумаб

#

122

Наиболее удобным, эффективным и быстрым способом введения бронхолитиков в неотложных ситуациях, является

5

ингаляционный с помощью дискхайлера
ингаляционный с помощью хендихайлера
ингаляционный с помощью аутохайлера
ингаляционный с помощью спейсера
ингаляционный с помощью небулайзера

#

123

При каком показателе эозинофилии в крови рекомендовано лечение ИГКС пациентов с ХОБЛ?

3

Свыше 100 клеток в 1 мл
Свыше 200 клеток в 1 мл
Свыше 300 клеток в 1 мл
Свыше 400 клеток в 1 мл
Свыше 500 клеток в 1 мл

#

124

Для компенсированного хронического легочного сердца характерно:

2

расширение правой границы сердца
прекардиальная и эпигастральная пульсации
усиленного верхушечного толчка
набухание шейных вен
акцента 2 тона над аортой

#

125

Вирусную пневмонию отличает от бактериальной:

3

инфильтративные изменения на рентгенограмме
лейкоцитоз со сдвигом влево
маловыраженные физикальные изменения со стороны легких
пульс соответствует температуре
кашель с гнойной мокротой

#

126

Указать жалобу, встречающуюся при сухом плеврите:

3

загрудинная боль при быстрой ходьбе
приступ удушья в ночное время
боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле
одышка при вдыхании холодного воздуха
надсадный кашель с мокротой

#

127

Какой объективный признак характерен для сухого плеврита:

4

асимметрия движения грудной клетки
ослабление голосового дрожания и бронхофонии на стороне поражения
притупление легочного звука на стороне поражения
шум трения плевры на стороне поражения
дыхание не проводится на стороне поражения

#

128

У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40С, появились озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос.

Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. При рентгенографии легких у больной выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Какова вероятная причина пневмонии?

2

Клебсиелла

Легионелла

Микоплазма пневмонии

Палочка Пфейффера

Золотистый стафилококк

#

129

Мужчина 50 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Больной стонет. Несколько раз была рвота. Болеет 3-й день после сильного переохлаждения. Не встает с постели, не есть, пьет только жидкость, сознание спутанное, одышка в покое, кашель с гнойной мокротой, температура тела 39 °С. Диффузный цианоз кожи. В легких справа в нижних отделах притупление легочного звука, ослабленное дыхание, влажные хрипы. ЧД 40 в мин., ЧСС 140 в мин. АД 88/56 мм рт.ст. Выберите наиболее вероятный диагноз:

2

Внебольничная пневмония нижней доли правого легкого, нетяжелое течение.

Внебольничная пневмония нижней доли правого легкого, тяжелое течение.

Внебольничная пневмония нижней доли левого легкого, нетяжелое течение.

Внебольничная пневмония нижней доли левого легкого, тяжелое течение.

Внебольничная пневмония верхней доли левого легкого, тяжелое течение.

#

130

При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического дренажа с лечебной целью?

4

Бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови

Хронический простой бронхит

Эмфизема легких при дефиците ингибитора альфа-1 антитрипсина

БЭБ

Внебольничная пневмония

#

131

Вторичная эмфизема является осложнением:

3

бронхиальной астмы легкого течения

бронхоэктатической болезни

хронического обструктивного бронхита

сегментарной пневмонии

очагового туберкулеза легких

#

132

Пациент 55 лет. Жалобы на отеки ног и увеличение живота. Курит 30 лет. При осмотре выявлено увеличение печени, асцит, правосторонний гидроторакс. Рентгенологически сердце увеличено, лёгкие прозрачны. ЭКГ – синусовая тахикардия, вертикальное положение ЭОС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правых отделов сердца. С чем связано данное состояние больного?

2

ХОБЛ, ХЛС, стадия компенсации

ХОБЛ, ХЛС, стадия декомпенсации

ХОБЛ

КБС. Ишемическая кардиомиопатия. СН

Цирроз печени. Портальная гипертензия.

#

133

Этиологическим фактором развития легочного сердца является:

1

хроническая обструктивная болезнь легких

инфаркт миокарда, осложненный застоем крови в малом круге кровообращения

недостаточность митрального клапана с выраженным застоем крови в малом круге кровообращения

гипертоническая болезнь высокого риска с левожелудочковой сердечной недостаточностью

атеросклероз аорты и периферических артерий

#

134

Что характерно для хронического легочного сердца:

1

«S-тип» гипертрофии правого желудочка сердца на ЭКГ
гипертрофия левого желудочка на ЭКГ
гипертрофия левого предсердия на ЭКГ
гипертрофия левого желудочка на ЭхоКГ
гипертрофия межжелудочковой перегородки на ЭхоКГ

#

135

Основным возбудителем внебольничных пневмоний является:

1

Пневмококк
Стафилококк
Гемофильная палочка
Синегнойная палочка
Легионелла

#

136

Выберите один из патофизиологических факторов, играющих определяющую роль в развитии необратимых изменений при ХОБЛ:

5

застой бронхиального секрета или обтурационный ателектаз
нарушение функции системы местной бронхопульмональной защиты
гиперплазия бокаловидных клеток и гипертрофия бронхиальных желез
нарушение откашливания, застой и инфицирование секрета
ремоделирование стенок бронхов с развитием фиброза

#

137

Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают?

2

Пневмококк
Стафилококк
Клебсиелла
Хламидия
Микоплазма

#

138

В развитии хронического легочного сердца правомочны следующие процессы:

2

нормальное содержание α_1 -антитрипсина
альвеолярная гипоксия и развитие артериальной гипоксемии
понижение содержания кальция в сосудах легких
повышение артериального давления
гипертрофия и дилатация левого желудочка

#

139

У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной ХОБЛ является:

4

повторная вирусно-бактериальная инфекция
воздействие промышленных газов и аэрозолей
курение
врожденная недостаточность мукоцилиарного аппарата
воздействие печных газов

#

140

Женщина 60 лет больна около 6 месяцев (сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, подъем температуры до 38°C). Проводилось лечение в стационаре по поводу нижнедолевой пневмонии слева (с эффектом). Однако 1,5 месяца назад состояние ухудшилось, усилился кашель, появилась одышка, вновь отмечены подъемы температуры. В последние 2 недели появилась обильная гнойная мокрота. Рентгенологически в нижней доле левого легкого выявлено округлое образование до 5 см в диаметре с уровнем жидкости, левый корень уплотнен и расширен. Какое диагностическое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

4

бронхоскопию

торакоскопию
диагностическую торакотомию
плевральную пункцию
парастернальную медиастиномитию

#

141

Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни?

3

удушье в горизонтальном положении
приступообразный кашель в ночное время
кашель с гнойной мокротой в большом количестве по утрам
сухой кашель
кашель со слизистой стекловидной мокротой

#

142

К факторам риска тромбоэмболии легочной артерии относится:

5

плавание
постоянная двигательная активность
прием острой и соленой пищи
прием пищи содержащей большое количество нерафинированных жиров
длительная иммобилизация

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

1.

Активное обследование работающих лиц определенных профессий, подвергающихся воздействию вредных, неблагоприятных условий труда, относится к _____ диспансерным осмотрам:

2

медицинским
периодическим
предварительным
целевым
профилактическим

#

2.

В институте проведена диспансеризация 1000 студентов, из них 850 человек - здоровые, у которых низкий и средний риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), 100 человек имеют высокий риск развития ССЗ и 50 человек имеют хронические неинфекционные заболевания. Определите, к какой группе здоровья относится большая часть студентов?

3

II группа
III группа
I группа
IV группа
V группа

#

3.

Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику по месту жительства по поводу ОРЗ, и оформления листка нетрудоспособности. Что еще необходимо для получения листка нетрудоспособности?

3

справка с места работы
полис медицинского страхования
документ, удостоверяющий личность
справка о заработной платы за 3 месяца
военный билет

#

4.

Показанием для оформления листка нетрудоспособности является:

1

установление признаков заболевания
прохождение профилактической диспансеризации
диспансеризация по поводу хронического заболевания
прохождение обследования для военных комиссариатов
по желанию пациента в случае не выхода на работу
#

5.

Женщина 35 лет, работает учителем в школе, утром появились жалобы на сухой кашель, повышение температуры тела до 37,5 С, насморк. Куда больная может обратиться для выдачи листка нетрудоспособности?

2

К любому дежурному врачу, не по месту жительства
К участковому (семейному) врачу в поликлинике по месту жительства
К врачу или фельдшеру «скорой медицинской помощи»
К врачу терапевтического стационара в больнице третичного уровня
К медицинской сестре в поликлинике по месту жительства.

#

6.

Мужчина 35 лет, работает преподавателем, получил травму дома. Получает лечение амбулаторно. Имеет ли право больной на получение больничного листа, если да то, на сколько дней лечащий врач единолично может выдать листок нетрудоспособности?

2

Да, сроком не более 5 дней
Да, сроком не более 10 дней
Да, сроком не более 15 дней
Да, сроком не более 20 дней
Да, количество дней будет решаться через ВКК

#

7.

Женщина 65 лет, с признаками сердечной недостаточности ФК III. Какие рекомендации по диете вы должны дать:

4

ограничение потребления углеводов и жиров животного происхождения
ограничение потребления белков и соли до 10 г в сутки, жидкости
увеличение в рационе поваренной соли, жидкости и углеводов
ограничение потребления жидкости до 1 л., соли до 3 г. в сутки
ограничение потребления жиров, белков и поваренной соли

#

8.

Студент 20 лет, обратился в поликлинику к терапевту, с жалобами на боли в эпигастральной области натощак и через 2-3 часа после еды, изжогу, тошноту. Заболел 2 месяца назад. Питается нерегулярно. Дайте основные рекомендации по питанию?

1

Диета, максимально щадящая желудок: продукты либо варить, либо готовят на пару,
Диета, исключая жирное, соленое и быстроусвояемые углеводы
Первые дни голод и холод, щелочное питье, на 3 день- жидкие супы
Гипоаллергенная диета (исключение красных продуктов, орехов и шоколада)
Диета, исключая фрукты, овощи, увеличение количества белка в рационе.

#

9.

Установление группы инвалидности осуществляет:

5

Лечащий врач
Врачебная комиссия медицинской организации
Заведующий отделением
Главный врач
Медико-социальная экспертная комиссия

#

10.

У здоровой женщины 75 лет, ведущей умеренно активный образ жизни, при профилактическом осмотре обнаружена сывороточная концентрация общего холестерина на уровне 4 ммоль/л и ЛПВП холестерина – 1,2 ммоль/л. ЭКГ без патологии.

Какая из перечисленных диетических рекомендаций приемлема?

5

Уменьшение приема холестерина
Уменьшение приема насыщенных жиров
Уменьшение приема простых углеводов
Увеличение потребления клетчатки
Никаких изменений в диете

#

11.

Женщина 35 лет, обратилась с жалобами на тупые боли в правом подреберье, тошноту, горечь во рту. Заболела 3 месяца назад. Определите необходимую диету при этом заболевании:

3

ограничение жиров, копченостей, кулинарная обработка любая
ограничение белков, поваренной соли и жидкости
ограничение жиров, копченостей, исключить жареную пищу
ограничение белков, жиров животного происхождения и соли
ограничение воды, соли и белков, кулинарная обработка любая.

#

12.

Для профилактики гипокалиемии при длительном лечении сердечной недостаточности ФК III фуросемидом у пожилого пациента применяют:

3

обогащенную калием диету;
постоянный прием препаратов калия;
комбинацию со спиронолактоном;
комбинацию с ингибитором АПФ;
прерывистое применение диуретика.

#

13.

Может ли быть выдан листок нетрудоспособности безработному пациенту?

5

может в любом случае;
можно только при острых заболеваниях;
можно только при хронических заболеваниях
можно при госпитализации;
при наличии документа о взятии на учет по безработице.

#

14.

Для проведения какого обследования может быть выдан листок нетрудоспособности?

4

ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
компьютерная томография;
ректороманоскопия;
гастродуоденоскопия с биопсией;
Спирометрия

#

КАРДИОЛОГИЯ

1.

Какой целевой уровень артериального давления рекомендован пациентам с артериальной гипертензией ?

3

<150/90 мм рт.ст.
<140/90 мм рт.ст.
<140/80 мм рт.ст.
<130/80 мм рт.ст.
<120/70 мм рт.ст.

#

2.

Укажите сроки временной утраты трудоспособности при КБС, стенокардии напряжения ФК I.

1

10-15 дней

16-25 дней

26-38 дней

40-45 дней

50-60 дней

#

3.

Больные с гипертонической болезнью II стадии при диспансерном наблюдении осматриваются:

4

1 раз в месяц

1 раз в 2 месяца

1 раз в 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 12 месяцев

#

4.

Сроки временной утраты трудоспособности при стенокардии напряжения ФК IV:

3

10-18 дней

20-35 дней

40-60 дней

65-70 дней

72-80 дней

#

5.

Золотым стандартом в постановке диагноза миокардит является:

5

Позитронно-эмиссионная томография

Электрокардиография

Эхокардиография

Коронароангиографическое-исследование

Эндомиокардиальная биопсия

#

6.

Больной, 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо, длительностью более 3-х часов, возникли внезапно, холодный липкий пот, чувство страха смерти. Из анамнеза: курит в течение 15 лет. ЭКГ - патологический з. Q в отведениях II, III, aVF, элевация сегмента ST. Определите вашу дальнейшую тактику ведения пациента?

4

Госпитализация в хирургический стационар

Госпитализация в терапевтический стационар

Экстренная госпитализация в ОРИТ

Плановая госпитализация в инфарктное отделение

Амбулаторное введение больного

#

7.

Какие ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии с признаками сердечной недостаточности ФК III (NYHA)?

4

7-10 дней

12-20 дней

20-33 дней

35-50 дней

50-60 дней

#

8.

Больной, 32 года страдает Дилатационной кардиомиопатией. СНФК III (NYHA). Принимает ингибиторы АПФ, диуретики, бета-блокаторы, сердечные гликозиды. Как часто осуществляется диспансерное наблюдение у данного больного?

5

1 раз в месяц

2 раза в месяц

1-2 раза в 12 месяцев

3-4 раза в 12 месяцев

4-6 раз в 12 месяцев

#

9.

Какова продолжительность вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности на уровне амбулаторно-поликлинического звена:

5

6 месяцев

1 год.

5 лет

10 лет

Пожизненная

#

10.

Кратность посещения пациентом врача поликлиники при хронической сердечной недостаточности ФК I-II (NYHA) должна составлять:

1

1-2 раза в год

3-4 раза в год

5-6 раз в год

7-8 раз в год

9-10 раз в год

#

11.

Каковы ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности застойной сердечной недостаточности ФК IV (NYHA)?

3

10-18 дней

20-28 дней

30-40 дней

42-50 дней

52-60 дней

#

12.

Желудочковая экстрасистолия характеризуется появлением на ЭКГ:

3

Измененной конечной части желуд. комп. QRST в виде депрессии ST ниже изолинии

Уширенного и деформированного комплекса QRS в сердечном сокращении с з.Р

Преждевременного внеочередного появления измененного желудочкового комп. QRS

Отсутствие з. Р перед экстрасистолическим неизменным комплексом QRS

Преждевременного внеочередного появления неизменного желудочкового комп. QRS

#

13.

Каковы ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности при застойной сердечной недостаточности ФК III(NYHA)?

2

10-18 дней

20-30 дней

32-40 дней

42-50 дней

52-60 дней

#

14.

Пациент, 50 лет, обратился с жалобами на загрудинные боли, одышку при ходьбе. Боли давящие, сжимающие, не связаны с физической нагрузкой, чаще возникают в покое по ночам, длительность 15-20 мин. Прием нитроглицерина не всегда купирует болевой синдром. В легких дыхание везикулярное. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС - 76 ударов в мин, АД 142/92—154/102 мм рт. ст. Какой наиболее информативный метод диагностики в амбулаторных условиях для данного больного?

3

Велоэргометрия

трансэзофагеальное ЭХО-КГ

холтеровское мониторирование ЭКГ

трансторакальное ЭХО-КГ
рентгенография органов грудной клетки
#

15.

Пациент, 50 лет, обратился с жалобами на загрудинные боли, одышку при ходьбе. Боли давящие, сжимающие, не связаны с физической нагрузкой, чаще возникают в покое по ночам, длительность 15-20 мин. Прием нитроглицерина не всегда купирует болевой синдром. В легких дыхание везикулярное. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС - 76 ударов в мин, АД -142/92-154/102 мм рт. ст. Суточный ЭКГ-холтер - подъем сегмента ST в 3:20 утра, затем сегмент ST нормализовался. Что вероятней всего привело к возникновению данной ситуации?

3

Атеросклеротическая бляшка коронарной артерии
Тромбоз коронарной артерии
Вазоспазм коронарной артерии
Артериит коронарного сосуда
Эмболия коронарной артерии

#

16.

Пациент 50 лет, с жалобами на давящие жгучие боли и ощущение кома за грудиной, возникающие после физической нагрузки, купируются приемом 1 табл. нитроглицерина. Анамнез: курит 15 лет, злоупотребляет алкоголем. Объективно: ИМТ-31 кг/м². Был направлен на ВЭМ пробу. Какой из следующих признаков вероятнее всего появится при проведении велоэргометрической пробы?

3

Инверсия зубца «Т» в отведениях V1-V4
Удлинение интервала P-Q до 0,32 с
Депрессия сегмента ST более 2 мм в 2-х смежных отведениях
Появление предсердной экстрасистолии
Элевация сегмента ST на 2 мм в смежных отведениях

#

17.

Мужчина, 58 лет, обратился с жалобами на жжение за грудиной при быстрой ходьбе, одышку при подъеме на 2 этаж, самочувствие улучшается после отдыха. Анамнез: курит в течение 25 лет, повышение АД отмечает в течение 5 лет, гипотензивную терапию не получает. Объективно: ИМТ 35 кг/м². Дыхание везикулярное, хрипов нет. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 уд.в мин, АД 162/94 мм рт.ст. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

3

Хронический миокардит. ГБ III стадии 2 степени очень высокого риска. Ожирение II степени.
Гастроэзофагальнорефлюксная болезнь. Ожирение II степени. Табачная зависимость.
КБС. Стенокардия напряжения. ФК III. ГБ III стадии 2 степени очень высокого риска.
ГБ III стадии 2 степени очень высокого риска. Ожирение II степени. Табачная зависимость.
Острый коронарный синдром. ГБ III стадии 2 степени очень высокого риска. Ожирение II степени. Табачная зависимость.
Нейроциркуляторная дистония, кардиалгический вариант. Ожирение II степени.

#

18.

Женщина обратилась в поликлинику с жалобами на сухой постоянный непродуктивный кашель в течение 3-х недель. Анамнез: страдает гипертонической болезнью и КБС, постоянно принимает амлодипин, лизиноприл, розувастатин, аспирин. По поводу хронического пиелонефрита в течение 20 дней принимает канефрон. Объективно температура тела 36,6 С. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд.в мин. АД 128/82 мм рт.ст. Что из перечисленного вероятнее всего является причиной развития данного состояния?

1

Прием лизиноприла
Прием амлодипина
Прием розувастатина
Прием аспирина
Прием канефрона

#

19.

Больной, 25 лет оформил отпуск без содержания с 05.10 по 20.11. А с 09.10 у него диагностировали Подострый миокардит, сердечную недостаточность ФК II (NYHA). На выдачу какого документа, удостоверяющего временную нетрудоспособности имеет право этот больной?

4

справку с места жительства
справку произвольной формы с ЦСМ
справку формой 086/У
листок нетрудоспособности поликлиники
листок нетрудоспособности стационара
#

20.

Больной, 40 лет, при обращении в поликлинику жалуется на тупые боли в области сердца, одышку и положение ортопноэ в течение последних 2 недель. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 80 уд.в мин., снижение пульсового давления до 20 мм рт. ст. Какое наиболее вероятное состояние развилось у пациента?

2

острый инфаркт миокарда
массивный выпот в полости перикарда
декомпенсированное легочное сердце
появление мерцательной тахикардии
массивный выпот в плевральной полости

#

21.

Больной 50 лет, жалуется на одышку, набухание шейных вен, увеличение печени, асцит, отеки нижних конечностей. Ранее лечился по поводу туберкулеза легких. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумов нет, ЧСС - 96 в минуту, АД - 100/80 мм рт.ст. ЭКГ - резкое снижение вольтажа зубцов QRS. Рентгенограмма грудной клетки представлена ниже. Назовите наиболее вероятный диагноз:

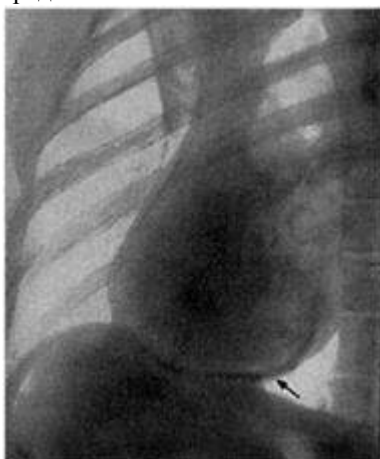


Рис. 1 (к вопросу 18 взято из источника

http://vmede.org/sait/?page=19&id=Terapija_vnb_dvor_2010&menu=Terapija_vnb_dvor_2010)

4

Хроническое декомпенсированное легочное сердце
Дилатационная кардиомиопатия
Аортальный порок сердца
Констриктивный перикардит
Гипертрофическая кардиомиопатия

#

22.

Пациентка, 25 лет, работает парикмахером, направлена в поликлинику для обследования, где поставлен диагноз «Впервые выявленный острый неспецифический перикардит». Какой документ, освобождающий ее от работы, оформляется?

3

справка от врача поликлиники
справка от врача стационара
больничный лист поликлиники
больничный лист стационара
выписка из истории болезни

#

23.

Больной 25 лет жалуется на слабость, учащенное сердцебиение, головокружение при физических нагрузках. Анамнез: с детства часто болеет ОРВИ. Объективно: t тела 36,6 С. Кожные покровы бледной окраски. Пастозность голеней. Аускультативно: акцент II тона над легочной артерией, пансистолический шум в IV межреберье слева с систолическим кошачьим мурлыканьем. Назовите наиболее информативный метод исследования в амбулаторных условиях для данного больного?

5

рентгенография органов грудной клетки

стресс-ЭхоКГ

УЗИ внутренних органов

ЭКГ

ЭХО-КГ

#

24.

Больной 38 лет, жалуется на одышку при физических нагрузках и в покое, тяжесть в правом подреберье. Болеет около 3 лет. При осмотре: цианоз губ, акроцианоз, пастозность голеней и стоп. В задненижних отделах легких ослабленное дыхание. Сердечный ритм неправильный, ЧСС 100 уд. в мин, дефицит пульса. Печень увеличена. Данные Эхо-КГ: полости обоих желудочков и левого предсердия значительно расширены, клапаны не изменены, фракция выброса левого желудочка 40%. Какой наиболее вероятный диагноз из нижеперечисленных?

5

Токсическая кардиомиопатия

Экссудативный перикардит

Гипертрофическая кардиомиопатия

Рестриктивная кардиомиопатия

Дилатационная кардиомиопатия

#

25.

Больная, 57 лет. Жалуется на сердцебиение, перебои, боли в области сердца, одышку. Объективно: состояние тяжелое, больная пониженного питания, суетлива, кожа влажная. Крупный тремор рук. Щитовидная железа увеличена пальпируется при глотании, плотная. Тоны сердца громкие, неритмичные, ЧСС 142 уд. в мин. Пульс – 120 в минуту. АД – 160/60 мм рт. ст. Печень увеличена. Какие показатели св.ТЗ, св. Т4 и ТТГ ожидаются?

1

Уровень ТТГ снижен, уровни св. ТЗ, св. Т4 повышены

Уровень ТТГ снижен, уровни св. ТЗ, св. Т4 снижены

Уровень ТТГ повышен, уровни св. ТЗ, св. Т4 снижены

Уровень ТТГ повышен, уровни св. ТЗ, св. Т4 повышены

Уровень ТТГ норма, уровни св. ТЗ, св. Т4 снижены

#

26.

Мужчина, 32 года, с жалобами на периодические давящие загрудинные боли при умеренной физ. нагрузке и потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. Объективно: ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум в 3–4 м/р слева. АД – 114/76 мм рт. ст. Эхо-кг: толщина МЖП в диастолу – 1,7 см, задней стенки ЛЖ – 1,3 см, размер полости ЛЖ в диастолу – 4,2 см. Предположите наиболее вероятный диагноз?

1

Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ

Дилатационная кардиомиопатия.

КБС. Стенокардия напряжения ФК II. Атеросклеротическое изменение сосудов

Констриктивный перикардит, подострое течение

Хронический миокардит, диффузное поражение

#

27.

Мужчина, 32 лет, на приеме у врача с жалобами на периодические давящие загрудинные боли при умеренной физ. нагрузке и потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте. Выставлен диагноз: Гипертрофическая кардиомиопатия, с обструкцией выносящего тракта ЛЖ. Определите лекарственный препарат, который необходимо назначить:

3

сердечные гликозид

нитрат

бета-адреноблокатор

дигидропиридиновый антагонист кальция

диуретик

#

28.

Какой препарат вы добавили бы пациенту с симптомами ХСН II ФК по NYHA и фракцией выброса левого желудочка 45% в дополнение к ИАПФ, БАБ, блокаторов минералокортикоидных рецепторов?

2

дигоксин

эмпаглифлозин

индапамид
триметазидин
аспирин

#

29.

Женщина, 48 лет, с жалобами на повышение АД до 184/102 мм.рт.ст., головные боли, шум в ушах, снижение остроты зрения. Заболела 2 года назад, когда впервые стало повышаться АД, периодически принимает каптоприл. Объективно: отеков нет. ЧДД 18 в мин., тоны ритмичные, ЧСС 80 уд.в мин., АД 178/96 мм рт.ст. Назовите дополнительный метод обследования больных артериальной гипертензией, устанавливающий наличие и тяжесть поражения органов-мишеней?

4

суточная экскреция с мочой кортизола
содержание альдостерона в крови
суточная экскреция адреналина
оценка состояния глазного дна
содержание ТТГ, св.Т4, св.Т3

#

30.

Женщина, 37 лет, с жалобами на головную боль, сердцебиение, потливость, озноб, после приступа - полиурия. За последние 6 месяцев похудела на 4 кг. В анамнезе в течение 8 месяцев - гипертонические кризы, купированные врачами СМП (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимает. При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 160 ударов в минуту. Температура тела - 37,5°C, бледность кожных покровов, тремор, светобоязнь. Какие из перечисленных показателей наиболее вероятно повышены?

2

АЛТ, АСТ, общий билирубин, ГГТ, щелочная фосфатаза
Уровень метанефринов в плазме крови и мочи, глюкоза крови
Уровень тиреотропного гормона, св. Т4, св.Т3, антитела к ТПО
Мозговой натрийуретический пептид (BNP) и его предшественник (NT-proBNP)
D-димер, АЧТВ, МНО, фибриноген

#

31.

Мужчина, 50 лет, обратился в поликлинику, после перенесенного инфаркта миокарда, получал лечение стационарно, выписался со значительным улучшением, на данный момент жалобы на перебои в работе сердца. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений неправильный (интервал R–R разный), перед комплексом QRS регистрируется несколько предсердных комплексов, внешне напоминающих пилообразные зубцы P, комплекс QRS не расширен. ЧСС 110–140 уд/мин. Определите, какое нарушение развилось у данного пациента:

1

трепетание предсердий с неправильным проведением
фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма
частые желудочковые экстрасистолы
частые предсердные экстрасистолы
синусовая аритмия

#

32.

Больной, 56 лет, обратился в поликлинику с жалобами сжимающие боли за грудиной, с иррадиацией в левое плечо, длительностью более 3-х часов, возникли внезапно. Из анамнеза: курит в течение 15 лет. ЭКГ- патологический z.Q в отведениях II, III, aVF, элевация сегмента ST. Ваш предварительный диагноз?

1

КБС. Инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ
КБС. Инфаркт миокарда боковой стенки ЛЖ
КБС. Инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ
КБС. Инфаркт миокарда задней стенки ЛЖ
КБС. Инфаркт миокарда перегородочной стенки ЛЖ

#

33.

Больной, 55 лет, с жалобами на повышение АД до 162/102 мм рт.ст., шум в ушах, боли в суставах. Анамнез в течение 2-х лет эпизодически появляется резкая боль и припухлость большого пальца правой стопы, купируется при приеме кетонала. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд. в мин., АД 164/102 мм рт.ст. Какие гипотензивные препараты противопоказаны данному больному?

3

Бета-блокаторы

[Агонисты имидазолиновых рецепторов](#)

Тиазидные диуретики

Антагонисты кальция

Блокаторы рецепторов ангиотензина II

#

34.

Мужчина, 50 лет, жалуется на приступ учащенного сердцебиения, головную боль, головокружение, слабость. Анамнез: заболел остро, сразу обратился в поликлинику. В течение 10 лет страдает КБС, 2 года назад перенес инфаркт миокарда. На снятой ЭКГ - ритм правильный, синусовый, ЧСС 180 уд. в мин., комплексы QRS >0.12 сек. и дискордантное расположение сегмента RS-T и з.Т. Какое из перечисленных нарушений возникло у данного больного?

2

Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия

Желудочковая пароксизмальная тахикардия

Фибриляция или трепетание предсердий

Фибриляция или трепетание желудочков

Пароксизмальная тахикардия из АВ-соединения

#

35.

Женщина, 48 лет, учитель математики, обратилась в поликлинику 14.05.2023г с жалобами на повышение АД до 220/110 мм.рт.ст. Анамнез: 13.05.2023г с 8:00 беспокоит сильная головная боль, шум в ушах, вызвала бригаду СМП. АД 200/110 мм.рт.ст., бригада СМП снизила АД и посоветовала обратиться к участковому терапевту. Можно ли выдать больничный лист со вчерашнего дня при наличии сигнального листа от бригады СМП, информирующий о гипертоническом кризе 13.05.2023г?

4

можно, если пациент объясняет, что болезнь началась вчера

если сохраняются признаки нетрудоспособности

нельзя открывать больничный лист задним числом

да, если подтвержден факт нетрудоспособности накануне

можно, если больной выписан из стационара, для продления

#

36.

Пациентка, 45 лет, жалуется на приступ учащенного сердцебиения, чувство нехватки воздуха. Из анамнеза: приступ появился впервые около 20 минут назад. Объективно: состояние удовлетворительное. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 150 уд. в мин. АД 122/84 мм рт.ст. Снята ЭКГ. После механического приема раздражения блуждающего нерва, как натуживание на высоте глубокого вдоха, ритм восстановился, ЧСС 82 уд. в мин. Какое наиболее вероятное нарушение ритма возникло у больной?

5

Пароксизмальная желудочковая тахикардия

Пароксизмальная фибрилляция предсердий

Трепетание или фибрилляция желудочков

Синоатриальная реципрокная тахикардия

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

#

37.

Женщина 56 лет жалуется на чувство нехватки воздуха. Кожные покровы сухие, цианоз губ. ЧД 25 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 160 в 1 мин. Какой из методов диагностики в первую очередь требуется в описанной ситуации?

1

регистрация ЭКГ

проведение ЭХО-КГ

суточное ЭКГ мониторирование

рентгенография органов грудной клетки

проведение спирометрии

#

38.

Пациент 19 летнего возраста был обследован в поликлинике по поводу артериальной гипертензии, максимальное АД 206/96 мм рт.ст. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялось. При флюорографии грудной клетки выявлены изменения, напоминающие узурацию нижней поверхности ребер. Укажите наиболее вероятную причину гипертензии?

2

гипертоническая болезнь

коарктация аорты

стеноз сонной артерии

гипертиреоз

феохромоцитома

#

39.

Женщина 32 года обратилась в поликлинику по поводу болей в области сердца, сердцебиения и бессонницу. Анамнез - похудела на 5 кг за 2 месяца, стала раздражительной и невнимательной. Объективно: ИМТ 18 кг/м². Тремор рук. АД - 160/80 мм рт.ст., ЧСС 124 уд. в мин. Исследование гормонов щитовидной железы не проводилось. Назовите наиболее вероятную причину нарушений функции сердечно-сосудистой системы:

4

пролактинсинтезирующая аденома гипофиза

миокардит

феохромоцитома

гипертиреоз

кортикостерома надпочечников

#

40.

Молодой мужчина, 22 года, обратился с жалобами на мышечную слабость, мышечные судороги, полидипсию, полиурию и повышение АД. Объективно: состояние удовлетворительное. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд. в мин., АД 162/102 мм.рт.ст. УЗИ надпочечников - обнаружена альдостерон-продуцирующая аденома. Оцените сывороточная концентрация, какого из следующих веществ наиболее вероятно будет изменена?

4

Печеночные тесты (АЛТ, АСТ)

Почечные тесты (креатинин, мочевины)

Онкомаркеры (СА15-3, СА 125)

Электролиты (K⁺ и Na⁺)

Гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т4, Т3)

#

41.

В поликлинику обратилась женщина, 55 лет, с жалобами на головные боли и повышение АД до 160/100 мм рт.ст. Объективно: ИМТ 32кг/м², курит в течение 15 лет. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд. в мин., АД 164/100 мм рт.ст. ЭКГ - ритм синусовый, правильный, ЧСС 72 уд. в мин. ЭОС отклонена влево, признаки ГЛЖ. Выберите, с какой комбинации препаратов следует начать лечение?

2

лизиноприл + моксонидин

амлодипин + периндоприл

бисопролол + доксазозин

каптоприл + торасемид

клофелин + индапамид

#

42.

Мужчина, 55 лет, обратился в поликлинику, где выставлен диагноз: КБС. Стенокардия напряжения ФК II. ГБ III стадии, 2 степени, очень высокого риска. Определите, комбинацию каких препаратов для лечения артериальной гипертонии в сочетании с КБС вы назначите?

5

Нитраты пролонгированного действия и ингибиторы АПФ

Нитраты короткого действия и антагонисты кальция

Петлевые диуретики и ингибиторы АПФ

β-адреноблокаторы и тиазидные диуретики

β-адреноблокаторы и ингибиторы АПФ

#

43.

Мужчина 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение АД до 180/100 мм.рт.ст, сонливость, снижение трудоспособности, головную боль. Объективно: ИМТ 31 кг/м². Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 75 уд. в мин., АД 184/102 мм рт.ст. Какая из нижеперечисленных комбинаций групп препаратов наиболее рациональна?

4

ингибиторы АПФ+бета блокаторы

сердечные гликозиды+бета-адреноблокаторы

ингибиторы АПФ+блокаторы рецепторов альдостерона

тиазидные диуретики+ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды+ блокаторы рецепторов ангиотензина II

#

44.

Мужчина 56 лет жалуется на резкую слабость и чувство тяжести за грудиной, холодный липкий пот. Кожные покровы бледно-синюшные, холодные, влажные. ЧД 30 в 1 мин, хрипов нет. АД 60/30 мм рт. ст., ЧСС 112 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. На ЭКГ регистрируется в отведениях с V1-V4 комплекс QS и элевация сегмента RS-T. В описанной ситуации пациента следует уложить ___ и начать инфузию ___?

5

- с приподнятым изголовьем и инфузию жидкости
- с приподнятым изголовьем и инфузию норадреналина
- с приподнятыми нижними конечностями и инфузию жидкости
- с приподнятыми нижними конечностями и инфузию норадреналина
- с приподнятыми нижними конечностями и инфузию добутамина

#

45.

Мужчина 52 года, жалуется на жгучие, сильные загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, в течение 50 минут, холодный липкий пот, двигательное беспокойство. Заболел остро. На снятой ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 95 уд.в мин, отмечается подъем сегмента ST на 2мм выше изолинии в II, III, AVF отведениях. Укажите при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе прежде всего рекомендовано:

1

- Аспирин, клопидогрел, морфин, бисопролол, альтеплаза
- Лизиноприл, амлодипин, дипиридамо, метопролол
- Дигоксин, вальсартан, бисопролол, антикоагулянты
- Амлопидин, кетонал, аспирин, клопидогрел, лизиноприл
- Парацетамол, вальсартан, аспирин, амлодипин, гепарин

#

46.

Мужчина 57 лет, вызвал врача на дом. Жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли нестерпимого характера, с иррадиацией в левую руку, сопровождающиеся повышенной потливостью. Жалобы появились около 30 минут назад внезапно. 3 недели назад перенес ОРВИ. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. На ЭКГ: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Наиболее вероятная причина состояния, ваша дальнейшая тактика?

1

- ОКС с подъемом сегмента ST, госпитализация для проведения первичного ЧКВ
- ОКС с подъемом сегмента ST, лечение кардиологом в условиях дневного стационара
- ОКС с подъемом сегмента ST, наблюдение и лечение на дому
- Острый миокардит, тяжелое течение, госпитализация в отделение ревматологии
- Острый фибринозный бактериальный (пневмококковый) перикардит, госпитализация

#

47.

С какой частотой должны наблюдаться пациенты с хронической сердечной недостаточность ФК III-IV (NYHA) в поликлинике?

2

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 года

#

48.

Пациент 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на давящие загрудинные боли в течение 5-10 минут, без иррадиации, провоцируются физической нагрузкой при ходьбе до 500 метров, купируются в покое. Анамнез: вышеперечисленные жалобы появились около 1 года назад, курит по 1 пачке в день в течение 25 лет. Объективно: ИМТ 32 кг/м². Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд. в мин., АД 136/84 мм рт.ст. ЭКГ без особенностей. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

3

- Экстренная госпитализация в ОРИТ
- Плановая госпитализация в инфарктное отделение
- Амбулаторное ведение больного
- Дневной стационар поликлиники
- Госпитализация в терапевтическое отделение

#

49.

Мужчина, 62 года, жалобы на жгучие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку, чувство страха смерти, холодный липкий пот. Вышеописанные жалобы появились внезапно. Принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Определите дальнейшую тактику врача на амбулаторном этапе:

3

направить на ЭКГ, и анализы ОАК, ОАМ, определить уровень тропонинов
вызвать скорую помощь, и сделать НПВС, прием антиагрегантов
снять ЭКГ, оказать неотложную помощь, вызвать кардиологическую бригаду СМП
снять ЭКГ на месте, оказать неотложную помощь, дальнейшее наблюдение амбулаторно
снять ЭКГ на месте, написать направление на госпитализацию в плановом порядке

#

50.

Молодой мужчина, 30 лет, работает строителем, обратился с жалобами на утомляемость, учащенное сердцебиение, одышку, боли в грудной клетке. Заболел остро, месяц назад переболел ОРВИ. Объективно: Т тела 37,0 С. Тоны сердца глухие, ритм неправильный. ЧСС 92 уд. в мин., АД 112/74 мм рт.ст. ЭКГ - ритм синусовый, неправильный, ЧСС 94 уд. в мин, частые желудочковые экстрасистолы, инверсия зубца Т в V1-V6. Какова дальнейшая тактика врача?

5

Амбулаторное ведение больного
Дневной стационар поликлиники
Госпитализация ОРИТ
Госпитализация в кардиохирургический стационар
Госпитализация в кардиологический стационар

#

51.

Больной, 35 лет, жалуется на тупые боли в области сердца, одышку в течение 2-3х дней. Об-но: состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердце - глухие тоны сердца, ритм правильный, ЧСС 80 уд. в мин, снижение пульсового давления до 20 мм рт. ст. Назовите объем необходимого лабораторно-инструментального диагностического минимума для данного больного на уровне амбулаторно-поликлинического звена:

2

общий анализ крови, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки
общий анализ крови, СРБ, ЭКГ, R-ОГК, ЭХОКГ
общий анализ крови, глюкоза, холестерин, ЭКГ, спирография
общий анализ крови, креатинин, ЭхоКГ, R-ОГК
общий анализ крови, глюкоза, ЭКГ, коронароангиография.

#

52.

Препаратами выбора для лечения острого перикардита в амбулаторных условиях являются:

3

кортикостероиды и цитостатики
диуретики и ингибиторы АПФ
аспирин или НПВС
рекомбинантный антагонист II-1b рецепторов и/или бета-блокаторы
антибиотики и парацетамол

#

53.

Мужчина, 62 года, с диагнозом КБС. Постинфарктный кардиосклероз. СНФК III(НУНА), обратился в поликлинику с жалобами на одышку в покое, прибавку в весе на 5 кг за 1 неделю, нарастание отеков на ногах, уменьшение количества мочи. В течение 2-х лет постоянно принимает периндоприл, бисопролол, фуросемид, верошпирон, аспирин. При увеличении дозы диуретиков, состояние без изменений. Какая дальнейшая тактика врача:

3

Амбулаторное ведение пациента, увеличение дозы диуретиков
Амбулаторное ведение пациента, отмена диуретиков
Направить в стационар, дополнительное назначение ацетазоламида
Направление в стационар, назначение препаратов, увеличивающих СКФ – зуфиллина
Дневной стационар, увеличение дозы иАПФ, антагонистов альдостерона.

#

54.

Мужчина, 60 лет, вызвал семейного врача домой, беспокоит ощущение нехватки воздуха. Кожные покровы сухие, акроцианоз губ. Дышит поверхностно и часто (36 в 1 мин). Над всеми отделами легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. АД 160/100 мм рт. ст., ЧСС 102 в 1 мин. Какие из нижеперечисленных препаратов необходимо ввести больному в данной ситуации?

2

добутамин и/или допамин
нитроглицерин и 40 мг фуросемида

0,5 мг дигоксина и пропранолол
каптоприл и антикоагулянты
лидокаин и 80мг фуросемида.

#

55.

Пациент, 51 год, жалуется на приступ учащенного сердцебиения, головную боль, головокружение, слабость. Анамнез: заболел остро, сразу обратился в поликлинику. В течение 10 лет страдает КБС, 2 года назад перенес инфаркт миокарда. На снятой ЭКГ - ритм правильный, несинусовый, ЧСС 180 уд. в мин. комплексы QRS >0.12 сек. и дискордантное расположение сегмента RS-T и з.Т. Назовите препарат выбора для купирования данного состояния пациента?

4

Пропранолол

Дигоксин

Этацизин

Амиодарон

Верапамил

#

56.

Женщина, 58 лет вызвала врача 12.10.2018 в 9:00 на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии появились впервые утром. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 114 уд/мин, дефицит пульса. АД – 122/82 мм.рт.ст. ЭКГ: зубцы Р отсутствуют, между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту. Определите, какая дальнейшая тактика врача:

2

Амбулаторное ведение, назначение антикоагулянтов, отсроченное восстановление ритма

Вызов бригады СМП, восстановлении ритма на догоспитальном этапе.

Госпитализация в кардиологическое отделение, отсроченное восстановление ритма

Госпитализация в отделение неотложной помощи, проведении кардиоверсии

Госпитализация пациентки, перевод на постоянную форму и контроль ЧСС.

#

57.

Больная, 40 лет, с диагнозом «Дилатационная кардиомиопатия» обратилась в поликлинику по поводу диспансерного наблюдения. Объективно: отеки голеней. Дыхание в легких жесткое, застойные незвучные хрипы в нижних отделах легких, ЧДД- 20 в мин. Сердце - тоны глухие, ЧСС 86 уд.в мин., АД 102/62 мм рт.ст. Печень увеличена. Определите, нуждается ли данная больная в группе инвалидности?

4

Временно нетрудоспособна

Необходима III группа инвалидности без срока переосвидетельствования

Необходима III группа инвалидности со сроком переосвидетельствования через год

Необходима II группа инвалидности со сроком переосвидетельствования через год

Необходима I группа инвалидности со сроком переосвидетельствования через 2 года

#

58.

Мужчина 58 лет почувствовал тошноту, боли в эпигастральной области, рвота. Больного доставили в инфекционную больницу и промыли желудок. К концу этой процедуры боли переместились за грудину и влево от нее, появились перебои в работе сердца. Анамнез: курит 15 лет, систематически употребляет алкоголь. Объективно: ИМТ 34 кг/м². АД 138/92 мм рт.ст., ЧСС 90 уд.в мин. Решите какие из нижеперечисленных методов исследования необходимо сделать в первую очередь для уточнения диагноза?

1

ЭКГ

ЭХО-КГ

Холтер ЭКГ мониторинг

Рентген ОГК

Гастроскопия

#

59.

Мужчина 76 лет жалуется на ощущение нехватки воздуха. Кожные покровы холодные, влажные, выраженный акроцианоз. Дышит поверхностно и часто (36 в 1 мин). Над всеми отделами легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. АД 60/40 мм рт.ст, ЧСС 102 в 1 мин. Какие препараты необходимо назначить больному?

4

нитроглицерин и дигоксин

нитроглицерин и морфин

допамин и морфин
допамин и фуросемид
добутамин и фуросемид
#

60.

Больной 60 лет жалуется на удушье, стеснение в груди, сухой кашель. Анамнез: в течение 20 лет страдает ГБ, постоянно не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна. Объективно: состояние тяжелое, положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ. Т тела 36,6С. Дыхание жесткое, ЧДД - 30 в минуту. В лёгких разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД -182/102 мм рт. ст. ЭКГ – отклонение ЭОС сердца влево, высокий R aVL (>11 мм), RV5+SV2 =41 мм. Определите дальнейшую тактику врача:

1

Госпитализация ОРИТ
Госпитализация в кардиохирургический стационар
Госпитализация в кардиологический стационар
Амбулаторное ведение больного
Дневной стационар поликлиники

#

61.

Женщина, 45 лет, на приеме у кардиолога жалуется на частые головные боли, периодические подъемы АД до 154/92 мм.рт.ст., плохой сон. Анамнез - хронические заболевания отрицает. Вышеперечисленные жалобы появились около 3-х месяцев назад, лечение и обследование не получала. Объективно: состояние удовлетворительное. Т тела 36,5 С. Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. Сердечные тоны - ясные, ритм правильный, акцент 2 тона над аортой, ЧСС 88 уд. в мин., АД 162/94 мм рт.ст. Определите дальнейшую тактику врача:

1

Амбулаторное ведение больной
Дневной стационар поликлиники
Госпитализация в палату интенсивной терапии
Госпитализация в кардиологический стационар
Госпитализация в терапевтический стационар

#

62.

Женщина, 45 лет, на приеме у кардиолога жалуется на головную боль, снижение трудоспособности, плохой сон. Объективно: состояние удовлетворительное. Т тела 36,5 С. Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. Сердечные тоны - ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой, ЧСС 78 уд.в мин., АД 182/94 мм рт.ст. Печень не увеличена. ЭКГ - ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 уд.в мин. ЭОС нормальное положение. Определите лечебную тактику врача?

1

Амбулаторное ведение, купирование криза - каптоприлом, обследование и лечение
Дневной стационар поликлиники, назначение – в/в урапидила и фуросемида
Экстренная госпитализация в ОРИТ, купирование криза фуросемидом и нитроглицерином
Плановая госпитализация в кардиологию, купирование криза – каптоприлом
Плановая госпитализация в терапевтический стационар, обследование и лечение.

#

63.

Амбулаторному больному показанием к назначению сердечных гликозидов при ХСН является:

4

I ФК, на фоне синусовой тахикардии
II ФК, на фоне желудочковых экстрасистол
III ФК на фоне выраженной синусовой брадикардии
III- IV ФК, фибрилляция предсердий (тахисистолическая форма)
III-IV ФК на фоне фибрилляций предсердий (брадисистолическая форма)

#

64.

Какие из нижеперечисленных препаратов необходимо рекомендовать пациенту 65 лет, перенесшему инфаркт миокарда, страдающему умеренной артериальной гипертензией и приступами стенокардии напряжения II ФК?

2

Нитраты короткого действия, антикоагулянты, статины, ингибиторы АПФ
антагонисты кальция и/или бета-блокаторы, статины, антиагреганты, ингибиторы АПФ
антигипертензивные препараты центрального действия, статины, антиагреганты
сердечные гликозиды, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины,
антагонисты кальция и/или бета-блокаторы, антикоагулянты, сартаны

#

65.

Больной 28 лет, жалуется на одышку при физической нагрузке и в покое, тяжесть в правом подреберье. Болеет около 4 лет. Из анамнеза: отрицает прием алкоголя и курение. При осмотре: акроцианоз, пастозность голеней и стоп. В задненижних отделах легких ослабленное дыхание. Сердечный ритм неправильный, ЧСС 100 уд. в мин, дефицит пульса. Печень увеличена. Эхо-КГ: полости обоих желудочков и левого предсердия расширены, клапаны не изменены, ФВ 30%. Какие из перечисленных лекарственных препаратов необходимо назначить:

1

Ингибиторы АПФ/сартаны, диуретики, БМКР, сердечные гликозиды, затем β -блокаторы

Антиагреганты, статины, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ

Ингибиторы АПФ, статины, антагонисты кальция, антикоагулянты

Сартаны, бета блокаторы, статины, антиагреганты, антагонисты кальция

Антибиотики, β -блокаторы, статины, диуретики, нитраты длительного действия

#

66.

Больная 45 лет, обратилась с жалобами учащённое сердцебиение, перебои в работе сердца, слабость, головокружение. Анамнез - данные жалобы появились 3-4 часа назад. При осмотре: состояние тяжелое, температура – 37,1°C, пониженного питания. Симптомы Штельвага, Грефе – положительные. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Тоны сердца неритмичные, тахикардия, систолический шум на верхушке, ЧСС 190 уд.в мин., АД – 90/50 мм рт. ст. Пульс – 130 в минуту. Щитовидная железа увеличена, конфигурация шеи изменена. ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Определите дальнейшую тактику врача?

3

Амбулаторное ведение больной,

Дневной стационар поликлиники

Экстренная госпитализация в ОРИТ

Плановая госпитализация в кардиологический стационар

Плановая госпитализация в эндокринологический стационар

#

67.

Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

5

только при неосложненном течении

больным до 50-летнего возраста

при первичном инфаркте миокарда

при отсутствии сопутствующих заболеваний

по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

#

68.

Пациент, 51 год, обратился к участковому кардиологу для медицинского осмотра. Анамнез - курит в течение 20 лет. При обследовании: ИМТ – 31 кг/м². В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны - ритмичные, ясные, ЧСС 74 уд.в мин., АД 154/92 мм рт.ст. Общий холестерин 5,8 ммоль/л, ЛПНП 3,0 ммоль/л, ТГ 3,1 ммоль/л. Выставлен диагноз - КБС. Стенокардия напряжения ФК II. ГБ III стадии, 2 степени, очень высокого риска. Укажите мероприятия по вторичной профилактике ИБС у больных со стенокардией?

2

Уменьшение количества выкуриваемых сигарет

Достижение целевого АД ниже 130/80 мм.рт.ст.; ЛПНП ниже 1,4 ммоль/л

Достижение целевого общего холестерина до уровня 5,0 ммоль/л и ТГ до 1,8 ммоль/л

Достижение целевого ЛПНП до уровня 2,6 - 2,8 ммоль/л; повышение ЛПВП 1,0 ммоль/л

Достижение целевого индекса массы тела в пределах 25 - 30 кг/м.

#

69.

У больного, 52 лет, 3 дня назад впервые появились боли за грудиной давящего характера при ходьбе, не проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от сжимающих загрудинных болей с иррадиацией в шею, волнообразных, общей продолжительностью около 1,5 часов, холодный липкий пот, двигательное беспокойство. Принимал нитроглицерин без эффекта. По ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 92 в минуту. В отведениях I, aVL, V3-V6 депрессия сегмента ST до 2 мм, инверсия з. Т. Определите дальнейшую тактику ведения пациента?

5

Амбулаторное ведение

Организация дневного стационара

Плановая госпитализация в терапевтический стационар

Плановая госпитализация в кардиологический стационар

Экстренная госпитализация в ОРИТ

#

70.

Больной, 54 года, внезапно потерял сознание в поликлинике. Объективно: сознание отсутствует, резкая бледность, цианоз кожи, зрачки расширены, реакции на свет нет. Дыхательные движения единичные. Тоны сердца не выслушиваются, пульс и АД не определяются. ЭКГ: частые (200-500 в мин.) беспорядочные волны, отличающиеся друг от друга по форме и амплитуде. Выберите дальнейшую врачебную тактику?

2

Вызов бригады СМП, проведение вагусных проб, затем искусственная вентиляция легких

Вызов бригады СМП, закрытый массаж сердца сочетать с искусственным дыханием 30:2

Вызов бригады СМП, подключение внутривенной инфузии амиодарона или лидокаина

Вызов бригады СМП, короткий удар кулаком по нижней трети грудины

Вызов бригады СМП, внутрисердечное введение адреналина 0,1% - 1 мл

#

71.

Мужчина, 33 года, с жалобами на синкопальные состояния, головокружение, перебои в работе сердца. Болеет в течение 2-х лет, не обследовался и не лечился. Отец больного умер внезапно в молодом возрасте. Объективно: состояние удовлетворительное, Т тела 36,6 С, ИМТ 24 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 15 в мин. Сердечные тоны – выслушивается систолический шум на верхушке и в четвертом межреберье слева от грудины. Какое исследование необходимо провести больному для уточнения диагноза?

4

ЭКГ

Суточное ЭКГ мониторирование

УЗИ внутренних органов

ЭХО-КГ

Рентгенографию органов грудной клетки

#

72.

Мужчина, 40 лет, с жалобами на боли в прекардиальной области, перебои в работе сердца. Болеет в течение 2-х лет. Отец больного умер внезапно в молодом возрасте. Объективно: состояние удовлетворительное. Сердечные тоны – выслушивается систолический шум на верхушке и в 4-м межреберье слева от грудины, частота сердечных сокращений 80 уд. в мин., АД 128/84 мм.рт.ст. ЭКГ- ритм синусовый, ЧСС -82 уд в мин., ЭОС влево. ЭХО-КГ- асимметричная гипертрофия миокарда левого желудочка, обструкция выносящего отдела левого желудочка. Назовите препараты первого выбора для лечения данного больного?

5

Ингибиторы АПФ

Антагонисты Са

Нитраты

Блокаторы рецепторов ангиотензина II

Бета-блокаторы

#

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

1

Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:

3

Глаукома

Катаракта

Пролиферирующая ретинопатия

Атрофия зрительных нервов

Автономная нейропатия

#

2 При профилактическом осмотре жителей Кыргызстана было замечено у большинства увеличение щитовидной железы. Анализ крови показал низкий уровень Т₄ и Т₃. В ряде случаев наблюдаются приступы удушья, сухость, кашель, охриплость голоса. Какие массовые профилактические меры необходимо применять?

2

Калия йодид 150 мкг

Йодированная соль

Калия йодид 200 мкг

Использование морепродуктов

Левотироксин 100 мкг

#

3 Больной К, 17 лет в поликлинике потерял сознание. Со слов родственников жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. За 3 недели до этого перенес тяжелую форму ОРВИ. Об-но: больной без сознания. Тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие.

Запах ацетона. ЧСС - 120 в минуту. АД – 80/40 мм.рт.ст. ЧД - 26 в минуту. Сахар крови - 32 ммоль/л. Предположите наиболее вероятный диагноз:

1

Сахарный диабет I типа
Сахарный диабет II типа
Нарушение толерантности к глюкозе
Постинфекционное осложнение
Гипергликемия

#

4

Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является:

5

Сцинтиграфия щитовидной железы
Пальпаторное исследование
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
Компьютерная томография щитовидной железы
Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы

#

5

Больная М. 36 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, выпадение волос, ухудшение памяти, отёчность лица, запоры, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. Из анамнеза: болеет около года. Об-но: t -36,1°C. Кожа сухая, на голенях - шелушение, плотные отеки стоп, нижней трети голени. Лаб-но: АТ к ТПО – 250 Ед/мл (0-30 Ед/мл). УЗИ ЩЖ: повышенная эхогенность. Структура - диффузно-неоднородная. Наиболее вероятно у больной?

2

Узловой зоб
Аутоиммунный тиреоидит
Гипотиреоз
Инфекционный тиреоидит
Первичная аменорея

#

6

Больная 50 лет, длительное время получала глюкокортикоиды по поводу бронхиальной астмы. Стала отмечать утомляемость, слабость, бессонницу, снизился аппетит, тошнота, рвота, запоры сменились поносами, резкие боли в животе и похудание. Кожа лица и шеи, тыльной поверхности кистей, в области сосков, половых органов, белой линии живота бронзовой окраски. АД – 70/40 мм.рт.ст. Какое осложнение развилось у больной?

2

Гиперкортицизм
Гипокартицизм
Синдром Кушинга
Бронхообструкция
Диспепсия

#

7

Больная А, 29 лет, жалуется на избыточную массу тела. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Об-но: ИМТ- 33 кг/м². Об-но: отложение ПЖК в области живота. АД - 142/84 мм.рт.ст. Пульс - 98 уд/мин., ритмичный. ОТ -88 см. Глюкоза натощак 6,3 ммоль/л. Общий холестерин 7,8 ммоль/л. О чем следует подумать врачу поликлиники?

3

артериальной гипертензии
ожирении 2 степени
метаболическом синдроме
нарушение обмена веществ

гипотиреозе

#

8

У больного наблюдается полиурия, полидипсия и нарушение сна. Относительная плотность мочи колеблется от 1,001 до 1,003. Выделение мочи колеблется от 5 до 20 л в сутки. Содержание глюкозы в крови 5,0 ммоль/л, в моче глюкоза отсутствует. Предположите наиболее вероятный диагноз:

2

Сахарный диабет

Несахарный диабет

Хронический гломерулонефрит

Гипотиреоз

Гипертиреоз

#

9

В поликлинику обратилась женщина 27 лет, с жалобами на нервозность, слабость, сердцебиение, тремор рук, трудности с концентрацией внимания на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, похудение на 4 кг за 3 мес., бессонницу. Об-но: кожа горячая и влажная, температура тела 36,9°C, двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. Выберите тактику ведения:

5

Общий анализ крови, АКТГ.

С-реактивный белок, АКТГ

Иммуноглобулин Е, ТТГ, Т₃

Т₃, Т₄ свободный, ТТГ, АКТГ

Антитела к ТПО, ТТГ, Т₃, Т₄

#

10

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днем). Болен сахарным диабетом с 10 лет. Об-но: ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Глюкоза - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Какова тактика лечения:

1

Хумулин НПХ

Метформин

Пиоглитазон

Репаглинид

Акарбоза

#

11

Больной К, 17 лет в поликлинике потерял сознание. Со слов родственников жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ. Об-но: больной без сознания. Тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Запах ацетона. ЧСС - 120 в минуту. АД – 80/40 мм.рт.ст. ЧД - 26 в минуту. Сахар крови - 32 ммоль/л. Окажите первую помощь:

1

Госпитализация, регидратация + инсулин в/в капельно

Госпитализация, регидратация + глюкоза в/в капельно

Госпитализация, регидратация + В-блокаторы

Без госпитализации регидратация + инсулин в/в

Госпитализация, регидратация + допамин

#

12

У врача-терапевта пациент М. 48 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Об-но: ИМТ - 37,5 кг/м². Объем талии – 120 см. АД - 160/90 мм рт. ст. Лабораторно: АЛТ – 65, АСТ – 53, HbA1c - 7,5%. Глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л. Обратился к участковому врачу-терапевту для назначения лечения.

1

Метформин. Лизиноприл. Амлодипин

Метформин. Рамиприл. Нифедипин

Метформин. Эналаприл. Бисопролол

Инсулин. Лизиноприл. Амлодипин

Инсулин. Рамиприл. Нифедипин

#

13

Больная 50 лет, длительное время получала глюкокортикоиды по поводу бронхиальной астмы. Стала отмечать утомляемость, слабость, бессонницу, снизился аппетит, тошнота, рвота, запоры сменились поносами, резкие боли в животе и похудание. Кожа бронзовой окраски (лице и шее, тыльной поверхности кистей, в области сосков, половых органов, белой линии живота). АД – 70/40 мм.рт.ст. Подберите дальнейший план обследования?

3

Анализ мокроты. 17-КС

Электролиты. 17-ОКС

17- ОКС. 17-КС. АКТГ

T3 св, T4 св. ТТГ

T3 св, T4 св. АКТГ

#

14

Больную К., 18 лет беспокоят раздражительность, утомляемость. Из анамнеза известно, что мама девочки прооперирована по поводу узлового зоба. Семья проживает в эндемичной зоне по йоду. Об-но: Рост - 172 см, масса - 58 кг. Дистальный гипергидроз. ЧСС - 70 в мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Выявлено диффузное увеличение щитовидной железы, мягко-эластичной консистенции, увеличена равномерно. Назначьте адекватное лечение:

1

калия йодид - 150 мкг/сутки.

калия йодид - 75 мкг/сутки.

левотироксина - 100 мкг/сутки

левотироксина - 50 мкг/сутки

мерказолил 15 мг/сут

#

15

Больную К., 28 лет. Беременность 12-13 недель. Из анамнеза известно, что мама девочки прооперирована по поводу узлового зоба. Семья проживает в эндемичной зоне по йоду. Об-но: Рост - 172 см, масса - 58 кг. Дистальный гипергидроз. ЧСС - 78 в мин. АД - 124/76 мм рт.ст. Выявлено диффузное увеличение щитовидной железы, мягко-эластичной консистенции, увеличена равномерно. Назначьте адекватное лечение:

4

калия йодид - 150 мкг/сутки

левотироксина - 100 мкг/сутки

левотироксина - 50 мкг/сутки

калия йодид - 200 мкг/сутки

мерказолил 15 мг/сут

#

16

Больная Н. 25 лет обратилась в поликлинику с жалобами на чувство давления в области шеи слева. Боли при глотании, температура тела 38°C. Из анамнеза: 5 дней назад перенесла тяжелую форму ОРЗ. Уже в периоде выздоровления появились вышеперечисленные жалобы. Пальпируется увеличенная левая доля щитовидной железы, плотная, резко болезненная. Укажите лечебную тактику.

1

Антибиотики, десенсибилизирующая терапия

Иммуностимуляторы, общеукрепляющая терапия

Десенсибилизирующая терапия, иммуностимуляторы

Общеукрепляющая терапия, дезинтоксикационная терапия

Антибиотики, дезинтоксикационная терапия

#

РЕВМАТОЛОГИЯ

#

1

При ревматической лихорадке после перенесенного кардита без поражения клапанов, вторичная профилактика проводится до:

5

18 лет

20 лет

25 лет

30 лет

35 лет

#

2

На приеме у врача больной Г, злоупотребляющий алкоголем и обильной пищей, жалуется на появление узлов в области локтевых суставов. Какое заболевание надо исключить:

4

ревматоидный артрит

остеоартрит

болезнь Рейтера

подагру

реактивный артрит

#

3 Для ревматического полиартрита характерно:

2

полиартрит с утренней скованностью и деформацией суставов;

острые боли в суставах «летучего» характера, не оставляющие деформаций;

преимущественное поражение мелких суставов;

моноартрит

начинается с 1-го плюсне-фалангового (первого пальца стопы).

#

4

Какой труд допустим при системной склеродермии:

3

требующий напряжения

работа у движущихся механизмов

интеллектуальный труд

контакт с лекарственными веществами

работа, связанная с вибрацией

#

5 Больной М, 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость, гиперемия кожи над суставом, температуру - 37,5°C. Из анамнеза: накануне в гостях у друга употреблял мясо и красное вино. Боль возникла впервые, около 6 часов утра. Работает стоматологом. Какова ваша медикаментозная тактика:

1

Нестероидный противовоспалительный препарат

Противоопухолевый препарат

Антибактериальная терапия

Солевые растворы

Антигистаминный препарат

6 Наиболее частым морфологическим типом поражения почек при системной красной волчанке является:

1

диффузный волчаночный гломерулонефрит

очаговый волчаночный гломерулонефрит

мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит

мембранозный гломерулонефрит

интерстициальный нефрит

#

7

На приеме у врача больной, ревматоидным артритом, длительно получающим базисную терапию, жалуется на ухудшение зрения, нарушение сумеречного зрения. Какой препарат врач должен отменить:

1

Гидроксихлорохин

Метотрексат

Сульфасалазин

Лефлуномид

Статины

#

8

Что в качестве базисной терапии врач поликлиники должен назначить больному с хронической подагрой?

3

пиразолоновые препараты

индол и его производные

аллопуринол

производные пропионовой кислоты

левофлоксацин

#

9

Врач поликлиники в качестве базисного препарата при лечении дерматомиозита должен назначить:

4

метотрексат

купренил

левамизол

преднизолон

индометацин

#

10

Прием какого препарата у больного ревматоидным артритом в условиях поликлиники должен контролировать семейный врач:

3

аллопуринола

ацетилсалициловой кислоты

метотрексата

левофлоксацина

индометацина

#

11

Больная 37 лет, парикмахер, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся после длительного стояния, хруст при активных движениях в нем. По утрам скованность по 10-25 минут. 2 года назад перенесла травму левого коленного сустава. Об-но: суставы не изменены, деформации не отмечаются. Объем активных и пассивных движений снижен в левом коленном суставе. Какая группа препаратов в данном случае будет группой выбора?

3

Урикостатики

Урикозурики

Нестероидные противовоспалительные препараты. Хондропротекторы

Ингибиторы протонной помпы

Цитостатики

#

12

Врач в поликлинике выставил больному диагноз: «Первичный остеоартрит». Средством выбора лечения в данном случае является:

4

Аллопуринол

Преднизолон

Колхицин

Хондроитин сульфат

Д-пенициламин

#

13

Ранним критерием для ограничения физической активности и трудоспособности у больных с приобретенной аортальной недостаточностью является:

3

Появление тахикардии

Боли в области левого подреберья при физических нагрузках

Синкопальные состояния при физических нагрузках

Появление отеков на нижних конечностях

Тяжесть в правом подреберье

#

14

Инвалидность 1 – й группы при системной красной волчанке устанавливается в случае:

5

Низкая активность заболевания, приводящих к легким нарушениям функций организма

Стойкая средняя активность заболевания, приводящих к умеренным нарушениям функций организма

Стойкая высокая активность заболевания, приводящих к незначительным нарушениям функций организма

Стойкая высокая активность заболевания, приводящих к незначительным нарушениям функций организма

Прогрессирующее течение заболевания, наличие осложнений заболевания и/или проводимой терапии, приводящих к значительно выраженным нарушениям функций организма

#

15

При ревматоидном артрите чаще всего встречается вторичный амилоидоз с локализацией процесса в?

3

печени

кишечнике

почках

надпочечниках

коже

#

16

Коррекция дозы аллопуринола при лечении подагры участковым врачом должны проводится под контролем:

4

уровня СОЭ

уровня гемоглобина в крови

уровня электролитов в крови

уровня мочевой кислоты в крови

уровня лейкоцитов в крови

#

НЕФРОЛОГИЯ

#

1

Пациентка 35 лет, менеджер, заболела пиелонефритом. Какой документ, удостоверяющий нетрудоспособность необходим больной?

2

больничный лист стационара

больничный лист поликлиники

справка произвольной формы

справка формы 0 -95-1 У

справка формы 0- 94 У

#

2

Характерный диагностический признак хронического пиелонефрита?

4

Снижение удельного веса мочи

Протеинурия

Гематурия

Лейкоцитурия

Повышение альдостерона в суточной моче

#

3

Достоверно установить морфологический вариант хронического гломерулонефрита позволяет:

5

Компьютерная томография

Проба Реберга

Проба Зимницкого

Ультразвуковое исследование

Пункционная биопсия почек

#

4

Временная нетрудоспособность при обострении хронического пиелонефрита составляет:

3

3-5 дней

7-12 дней

15-20 дней

21-25 дней

27-30 дней

#

5

III группа инвалидности больным с хроническим пиелонефритом устанавливается в случае:

1

высокой стабильной АГ, ХБП С1, для перетрудоустройства

при развитии ХБП II стадии и противопоказанных условиях труда

при вторичной артериальной гипертензии с кризовым течением

наличии тяжелых экстраренальных осложнений для переквалификации

экстраренальных осложнений (СН IV стадии, инсульт, выраженная анемия)

#

6

Хроническую болезнь почек можно диагностировать по:

4

отекам при наличии протеинурии

артериальной гипертензии

бактериурии

повышению концентрации креатинина в крови

повышению уровня мочевой кислоты в крови

#

7

Больная 32 года, обратилась в поликлинику с жалобами на тупые боли в поясничной области слева, частое болезненное мочеиспускание, временами повышение температуры до 37.8°C, слабость, выделение мутной мочи.

Объективно: симптом Пастернацкого положительный слева, при пальпации боли в надлобковой области, АД

126/82 мм. рт. ст. Какой из перечисленных признаков поможет в постановке диагноза?

5

гематурия

уратурия

цилиндрурия

желчные пигменты в моче

бактериурия

#

8

У больного 38 лет, каменщика, при обследовании по поводу артериальной гипертензии в общем анализе мочи выявлен белок 1,2 г/л, эритроциты 1-2 в п/зрения, удельный вес 1010, креатинин крови 350 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации 44 мл/мин. На УЗИ почек патологии не выявлено. Определите группу инвалидности для данного пациента?

3

инвалидность не устанавливается

временная нетрудоспособность

3-я группа инвалидности

2-я группа инвалидности

1-я группа инвалидности

#

9

Больной 40 лет, строитель. Обратился в поликлинику с жалобами на повышенную слабость, быструю утомляемость, головные боли, головокружения, периодически тошноту и рвоту. В анамнезе – частые обострения хронического пиелонефрита. Объективно: бледность слизистых, пастозность конечностей, АД 158/96 мм.рт.ст. Обязательным при обследовании больного для уточнения диагноза является определение:

2

общего анализа мочи

креатинина в сыворотке крови

общий анализ крови

уровня мочевой кислоты крови

уровня С – реактивного белка

#

10

Для хронического пиелонефрита характерно:

3

Портальная гипертензия

Артериальная гипертензия

Лейкоцитурия

Монотонное снижение удельного веса мочи в пробе Зимницкого

Асимметричное нарушение функции почек при ренографии

#

11

Больная 32 года. Жалобы на слабость, боли в области поясницы, АД до 180/100 мм.рт.ст. Три года назад были боли в поясничной области, рези при мочеиспускании, повышение температуры тела. Объективно: лицо бледное, пониженного питания. Пульс 92 в мин. Симптом Пастернацкого + больше слева. ОАК: Нб- 135 г/л, лейкоц. - $13,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 42 мм/ч. ОАМ: лейкоц. 25 в поле зрения. СКФ 60 мл/мин. Предположите наиболее вероятный диагноз:

4

хронический гломерулонефрит, фаза обострения, ХБП С2 стадия

острый гломерулонефрит, развернутая стадия

хронический гломерулонефрит, ХБП С2 стадия

хронический пиелонефрит в фазе активного воспаления. Симптоматическая АГ 3 степени

системная красная волчанка, люпус нефрит, ХБП С2 стадия

#

12

Больной 40 лет, педагог, страдает хроническим пиелонефритом с частыми обострениями, ХБП С3а стадия.

Определите трудоспособность для данного пациента?

5

трудоспособен

временно нетрудоспособен

инвалид I гр.

инвалид II гр.

инвалид III гр.

#

13

Больная 40 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37.9С, выделение мутной мочи. Объективно: симптом Пастернацкого положительный справа, АД 128/82 мм.рт.ст. Врач терапевт назначает ОАК, ОАМ, пробу Нечипоренко, УЗИ почек и мочевого пузыря. Выберите дальнейшую тактику врача:

1

Амбулаторное ведение больной

Госпитализация в терапевтическое отделение

Госпитализация в урологическое отделение

Дневной стационар поликлиники

Госпитализация в ОРИТ

#

14

Больная, 32 лет на приеме в поликлинике с жалобами на тупые боли в поясничной области слева, частое болезненное мочеиспускание, временами повышение температуры до 37,8°C, слабость, выделение мутной мочи. Обно: симптом Пастернацкого + слева, при пальпации боли в надлобковой области, АД 126/82 мм. рт.ст. ОАК: лейкоц. - $11,3 \times 10^9$ /л, П – 8%, ОАМ: лейкоц. 8- 13-16 в п/зр. Выберите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

3

3-5 дней

7-10 дней

12-18 дней

20-25 дней

25-30 дней

#

15

У пациента Б, 30 лет жалобы на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 38°C, слабость, выделение мутной мочи. Объективно: симптом Пастернацкого положительный справа, повышение АД до 150/100 мм. рт. ст., выберите дальнейшую тактику ведения больного:

4

лечение на дневном стационаре поликлиники

организовать стационар на дому

госпитализация в ОРИТ

госпитализировать в профильное отделение

госпитализировать в терапевтическое отделение

#

16

Продолжительность временной нетрудоспособности при острой почечной недостаточности

1

20-30 дней

35-40 дней

60-75 дней

50-60 дней

70-90 дней

#

17

Больная А. 37 лет. Жалобы на слабость, боли в области поясницы, повышение АД. Впервые заболела 3 года назад. Объективно: лицо бледное, пониженного питания. Пульс 92 в мин., ритмичный, АД- 180/100 мм.рт.ст. Симптом Пастернацкого + с обеих сторон. ОАК: Нв- 135 г/л, лейкоц. - $11,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 42 мм/ч. ОАМ: лейкоц. -7-8 в п.зр., цилиндр. гиал. – 1-2-3, зерн. 0-1-2 в п.зр. Нечипоренко. Эр-700, лейкоц.-20000, цилиндры-150. Выбери оптимальный план лечения:

1

антибиотики, нитрофураны, ингибиторы АПФ

кортикостероиды, нитрофураны, бета блокаторы

антибиотики, витамины, антагонисты кальция

НПВС, нитрофураны, мочегонные

витамины, НПВС, бета блокаторы

#

18

При обследовании в поликлинике и наличии у пациента стойкой лейкоцитурии, кислой реакции выявленной при УЗИ деформации почечных лоханок, можно предсказать:

2

рак почки

хронический пиелонефрит

врожденную аномалию

туберкулез почек

подагрическую нефропатию

#

19

Больной 34 лет, страдает хроническим гломерулонефритом и хронической почечной недостаточностью. Находится на больничном листе в течение 3,5 мес. Решите, какая лабораторная проба определит степень тяжести заболевания и будет ведущей при проведении экспертизы нетрудоспособности?

4

проба Аддис- Каковского

проба по Зимницкому

проба по Нечипоренко

исследование СКФ

проба Томпсона

#

20

Укажите продолжительность временной нетрудоспособности при обострении хронической почечной недостаточности:

5

5 – 7 дней

7 – 10 дней

10 – 15 дней

15 – 25 дней

28 – 45 дней

#

21

В какой срок после перенесенной инфекции может развиваться острый гломерулонефрит?

1

10-12 дней;

3 дня;

неделя;

месяц;

2 месяца

#

22

Как часто осуществляется диспансерное наблюдение больных с хроническим пиелонефритом?

2

1 раз месяц

2 раза в год

4 раза в год

1 раз в год

2 раза в месяц

ГЕМАТОЛОГИЯ

1

Укажите ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности при железодефицитной анемии тяжелой степени:

4

5-8 дней

10-15 дней

17-25 дней

30-35 дней

40-45 дней

#

2

Мужчина 28 лет обратился в поликлинику с жалобами на озноб, кровоточивость десен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Болеет 7 дней. Объективно: t- 37,5°C. На коже- экхимозы; петехии; в ротовой полости – петехиальные элементы. ОАК: эр. - $2,3 \times 10^{12}$, Нв - 78 г/л, тромб. - 30×10^9 , лейкоц. – $28,9 \times 10^9$, бласты - 32%, пал.нейтр.– 5%, сегм. нейтр. – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30 мм/час. Предположите диагноз:

3

Хронический лейкоз

Тромбоцитопеническая пурпура

Острый лейкоз

Геморрагический диатез

Железодефицитная анемия

#

3

Выберите вариант ответа: ретикулоциты - это

1

незрелые формы эритроцитов

незрелые формы лейкоцитов

незрелые формы тромбоцитов

нейтрофилов

эозинофилов.

#

4

Больной 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, отсутствие аппетита, жжение языка, жидкий стул до 3 раз в сутки, чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки. Объективно: походка шаткая, язык малиновый, полированный с трещинами. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. Предположите диагноз:

3

Железо – дефицитная анемия

Апластическая анемия

V_{12} - дефицитная анемия

Серповидно – клеточная анемия

Фолиево-дефицитная анемия

#

5

У больного диагноз: Мегалобластная анемия. Обострения более 4 раза в год, продолжительностью до 1,5-2 месяцев, с декомпенсированной СН, атаксическим синдромом, изменениями психики. Эр. $2,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 68 г/л, анизоцитоз, макроцитоз, гематокрит — 10%. Лейкоциты- $3,2 \times 10^9/л$, тромб.- $110 \times 10^9/л$; Содержание мегалобластов в костном мозге достигает 50% и более. Проведите медико-социальную экспертизу трудоспособности:

2

Инвалидность не устанавливается

Инвалидность 1-й группы с пересвидетельствованием через 2 года

Инвалидность 1-й группы без срока пересвидетельствования

Инвалидность 3-й группы с пересвидетельствованием через год

Инвалидность 2-й группы с пересвидетельствованием через год

#

6

Больной 28, лет обратился в поликлинику с жалобами на озноб, кровоточивость десен, появление синячков без видимых причин, общую слабость. Болеет 7 дней. Объективно: $t - 37,5^{\circ}C$. На коже- экхимозы; в ротовой полости – петехии. ОАК: эр. - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 78 г/л, тромб. - $30 \times 10^9/л$, лейкоц. – $28,9 \times 10^9/л$, бласты - 32%, пал.нейтр.– 5%, сегм. нейтр. – 38%, лимф. – 25%, СОЭ – 30 мм/час. Решите, какой метод исследования, будет диагностически значим:

2

Общий анализ крови

Стернальная пункция

Протромбиновое время

Протромбиновый индекс

C- реактивный белок

#

7

Больная 47 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, ломкость ногтей, обильные менструации. Из анамнеза: данные жалобы беспокоят последние 2-3 месяца, отметила пристрастие к резким запахам (лак, ацетон). Об-но: кожа и слизистые бледные, в уголках рта трещинки, ногти ломкие, с продольной исчерченностью и вогнутостью. Предположите вероятный диагноз:

1

Железо – дефицитная анемия

V_{12} - дефицитная анемия

Серповидно – клеточная анемия

Гемолитическая анемия

Мегалобластная анемия

#

8 Больной 70 лет в поликлинике с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, тяжесть в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за месяц. Об - но: увеличены шейные, надключичные, подмышечные лимфатические узлы. Селезёнка увеличена (+5 см). ОАК: НВ - 88 г/л, лейкоц. – $38 \times 10^9/л$, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - $100 \times 10^9/л$, тени Гумпрехта, СОЭ - 36 мм/ч. Какова тактика ведения данного больного:

4

Амбулаторное ведение больного с консультацией гематолога

Амбулаторное ведение больного с консультацией онколога

Госпитализация в терапевтическое отделение

Госпитализация в гематологическое отделение

Госпитализация в хирургическое отделение

#

9

Больной 28 лет, обратился в поликлинику с жалобами на озноб, кровоточивость десен, появление синячков без видимых причин, общую слабость. Болеет 7 дней. Объективно: t- 37,5°C. На коже- экхимозы; в ротовой полости – петехии. ОАК: эр. - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 78 г/л, тромб. - $30 \times 10^9/л$, лейкоц. – $28,9 \times 10^9/л$, бласты - 32%, пал.нейтр.– 5%, сегм. нейтр. – 38%, лимф. – 25%, СОЭ – 30 мм/час. Выберите дальнейшую тактику ведения больного:

4

Госпитализация в терапевтическое отделение

Госпитализация в хирургическое отделение

Амбулаторное ведение больного (дневной стационар)

Госпитализация в гематологическое отделение

Амбулаторное ведение (домашний режим)

#

10

Больная 47 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, ломкость ногтей, обильные менструации. Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы беспокоят последние 6 месяцев, отметила пристрастие к резким запахам (лак, ацетон). Об-но: кожа и слизистые бледные, в уголках рта трещинки, ногти ломкие, с продольной исчерченностью и вогнутостью. Подберите оптимальную схему лечения:

4

диета + ферниксил 2 раза в день -15 дней

диета + фолиевая кислота 1 раз в день -3 месяца

диета + поливитамины 1 раз в день -3 месяца

диета + ферниксил 2 раза в день- 3 месяца

ферниксил + глюконат кальция – 3 месяца

#

11

Больной 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, отсутствие аппетита, жжение языка, жидкий стул до 3 раз в сутки, чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки. Объективно: походка шаткая, язык малиновый, полированный с трещинами. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. Подберите оптимальную схему лечения:

2

диета + препараты железа

диета + витамин В₁₂

диета + поливитамины

диета + актовегин

диета + креон

#

12

Больная 48 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, выпадение волос. Данное состояние в течение последнего года. При обследовании в ОАК: Нв- 77 г/л, эритроциты- $2,9 \times 10^{12}/л$, ЦП -1,2, лейкоц.- $3,0 \times 10^9/л$,тромбоц.- $100 \times 10^9/л$ СОЭ 30мм/ч. Железо сыворотки крови - 18 мкмоль/л, ферритин крови- 26 мкг/л. Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо рекомендовать больной?

3

железо внутрь

железо внутривенно

цианокобаламин

фолиевая кислота

аскорбиновая кислота

#

13

Больная 63лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышка и сердцебиение, боли в костях, жжение и боль в кончике языка, тошнота, неустойчивый стул, периодически боли в животе. При исследовании каловых масс обнаружены яйца широкого лентеца. Какие из нижеперечисленных препаратов необходимо рекомендовать больной?

4

железо внутрь + фолиевая кислота
железо внутривенно + фолиевая кислота
цианокобаламин + фолиевая кислота
цианокобаламин + мебендазол
аскорбиновая кислота + мебендазол

#

14

Больной 70 лет, на приеме в поликлинике с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, тяжесть в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за месяц. Об - но: увеличены шейные, надключичные, подмышечные лимфатические узлы. Селезёнка увеличена (+5 см). ОАК: НВ - 98 г/л, лейкоц. – 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, тени Гумпрехта, СОЭ - 16 мм/ч. Определите принцип ведения больного?

4

железо внутрь + фолиевая кислота
железо внутривенно + фолиевая кислота
цианокобаламин + фолиевая кислота
химиотерапия+ трансплантация костного мозга
моноклональные антитела + тромбоцитарная масса

#

15

Больной 70 лет, на приеме в поликлинике с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, тяжесть в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за месяц. Об - но: увеличены шейные, надключичные, подмышечные лимфатические узлы. Селезёнка увеличена (+5 см). ОАК: НВ - 98 г/л, лейкоц. – 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, тени Гумпрехта, СОЭ - 16 мм/ч. Определите трудоспособность больного:

1

труд с незначительным нервно-психическим напряжением
тяжелый и средней тяжести физический труд
труд со значительным нервно-психическим напряжением
труд с неблагоприятными метеорологическими условиями
легкий и средней тяжести физический труд

#

16

Больной 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, отсутствие аппетита, жжение языка, жидкий стул до 3 раз в сутки, чувство онемения и ползания мурашек в ногах, неуверенность походки. Объективно: походка шаткая, язык малиновый, полированный с трещинами. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке сердца. Какие изменения вероятнее всего наблюдаются в общем анализе крови?

5

Повышен уровень эритроцитов
Повышен уровень гемоглобина
Снижен цветной показатель
Повышен уровень эозинофилов
Включения в эритроцитах

#

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

1.

Основным профилактическим мероприятием при Covid -19 является:

3

применение противовирусных препаратов
соблюдение правил личной гигиены, ношение СИЗ
иммунизация в предэпидемический период
применение иммуномодулирующих препаратов
лечение больных

#

2.

Новая оценка категорий ХОБЛ, учитывающая степень тяжести бронхиальной обструкции по результатам спирометрии и клинические данные о пациенте: количество и тяжесть обострений ХОБЛ за год и выраженность клинических симптомов по шкале mMRC и тесту САТ в 2023 году, чтобы подчеркнуть отсутствие значимости влияния выраженности симптомов вне обострения на стартовую терапию у пациентов, имеющих высокий риск развития обострений, выглядит следующим образом:

4

ABCD

ABC

ABD

ABE

BCD

#

3.

Выраженность одышки при ХОБЛ рекомендуется оценивать с помощью модифицированной шкалы:

1

mMRC

CAT

ACT

TIMI

GRACE

#

4

Катаральный симптом, преимущественно возникающий при гриппе:

2

ринит

фарингит

трахеит

ларингит

бронхит

#

5

Перечислите показания к госпитализации при гриппе:

2

больные в возрасте с 1 года и до 60 лет
дыхательная недостаточность ($SpO_2 < 90\%$)

тахикардия до 100 в мин.

средней степени тяжести течения гриппа

2 – 3 катаральных проявления

#

6

Для коронавирусной инфекции характерно:

1

поражение нижних дыхательных путей

развитие острого гепатита

температура до $40^{\circ}C$ и поражение верхних отделов дыхательных путей

диарея и поражение верхних отделов дыхательных путей

выраженный ринит и поражение верхних отделов дыхательных путей

#

7

Информативным методом в диагностике пневмонии является:

4

физикальное исследование легких,

ультразвуковое исследование легких

спирографическое исследование легких

рентгенографическое исследование легких

бронхоскопическое исследование легких

#

8

Вакцинация против гриппа ограничена лицам:

5

детям и пожилым людям

людям с хроническими заболеваниями

женщинам, планирующим беременность

людям, работающим с другими людьми

с острым заболеванием

#

9

В каком случае хронического бронхита больной является трудоспособным:

4

хронический необструктивный бронхит в стадии обострения
хронический обструктивный бронхит (ХОБ) в стадии обострения;
усугубление тяжести ДН и СН у больных ХОБ;
больные ХОБ в стадии ремиссии
возникновение острых осложнений хронического бронхита

#

10

Больной, 27 лет обратился к участковому врачу с жалобами на головную боль, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, озноб, сухой кашель, заложенность носа и чувство царапания за грудиной. Об-но: t- 38,5 °С, носовое дыхание затруднено, гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин. Предположите вероятный диагноз:

1

Грипп, средне - тяжелое течение
Грипп, тяжелого течения
Грипп, легкое течение
Парагрипп, средне – тяжелого течения
Аденовирусная инфекция

#

11

В поликлинику обратился пациент 54 лет, с жалобами на кашель с отделением незначительного количества мокроты слизистого характера, одышку. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Обострения 3 раза за прошедший год. ОФВ₁- 55 %. ОАК: лейкоциты - $8,3 \times 10^9$ /л. Данный больной стоит на диспансерном учете, какова частота посещений участкового врача с полным клиническим обследованием?

2

1 раз в год
2 раза в год
3 раза в год
4 раза в год
5 раз в год

#

12

В поликлинику обратился пациент 54 года, с жалобами на кашель с отделением незначительного количества мокроты слизисто- гнойного характера, одышку. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Т тела 37,5 °С. ОАК: лейкоциты - $12,3 \times 10^9$ /л. ОФВ₁/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ₁ – 80 %. Обострения 2 раза за прошедший год. На рентгенограмме ОГК: усиление легочного рисунка за счет бронхиального компонента. Определите ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности в данном случае:

3

3-5 дней
7-12 дней
14-18 дней
20-25 дней
27- 30 дней

#

13

Пациент 22 года, обратился в поликлинику с жалобами на озноб, приступообразный сухой кашель по утрам, боли в грудной клетке, температура 38,6 °С, саднение за грудиной, головные боли. Заболел 2 дня назад, ранее такого не было. Над легкими - легочной звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧСС – 100 в мин, усилен I тон над верхушкой. Предположите наиболее вероятный диагноз?

4

хронический обструктивный бронхит
острый бактериальный бронхит
хронический бронхит в стадии обострения
острый обструктивный бронхит
острый необструктивный бронхит

#

14

В поликлинику обратился пациент 54 года, с жалобами на покашливание с отделением незначительного количества мокроты слизистого характера. t -36,5 °С. Из анамнеза: помнит, что раньше очень часто болел, много кашлял, лечился самостоятельно на дому, курит по 1 пачке сигарет в день. Обострения 2 раза за прошедший год. ОАК: лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л. На рентгенограмме ОГК: усиление легочного рисунка за счет бронхиального компонента. Предположите, что является основным этиологическим фактором в данном случае:

1

курение
вирусы
бактерии
грибки
частые ОРВИ

#

15

В поликлинику обратилась больная, 27 лет, жалобы на кашель с мокротой гнойного характера до 700 мл/сутки с прожилками крови, одышку, $t-37,5-38^{\circ}\text{C}$, «проливной» пот, слабость, снижение массы тела. В детстве частые ОРВИ. Об-но: симптом «барабанных пальцев», ногти - «часовые стекла». ЧД 24 в мин. Укорочение звука справа книзу, слева с коробочным оттенком, дыхание жесткое, влажные разнокалиберные хрипы. Данная симптоматика наблюдается при:

1

bronхоэктазах
инфарктной пневмонии
туберкулезе легких
хроническом бронхите
типичной пневмонии

#

16

Пациент, 50 лет, курильщик, обратился в поликлинику с жалобами на покашливание со слизистой мокротой с прожилками крови, немотивированную потерю массы тела за последние полгода, слабость. На флюорографии обнаружено прикорневое затемнение в легких. Врач обязан в первую очередь исключить:

4

bronхоэктатическую болезнь
периферический рак легкого
очаговую пневмонию
центральный рак легкого
пневмоцирроз

#

17

Больная, страдающая бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, эналаприл ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с:

3

приемом беклометазона
приемом сальбутамола
приемом эналаприла
недостаточной дозой сальбутамола
недостаточной дозой беклометазона

#

18

В поликлинику обратился пациент 54 года, с жалобами на кашель с отделением мокроты, одышку, перебои в работе сердца и отеки на ногах. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. На ЭХОКГ: давление в легочной артерии ≥ 35 ммртст, полость правого желудочка 3,7 см, передняя стенка правого желудочка 6 мм. Предположите, о каком осложнении можно думать?

1

Хроническое легочное сердце
Bronхоэктатическая болезнь
Базальный пневмосклероз
Тромбоэмболия легочной артерии
Фибринозный плеврит

#

19

В поликлинику обратился пациент 54 года, с жалобами на кашель с отделением мокроты, одышку, перебои в работе сердца и отеки на ногах. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. На ЭХОКГ: давление в легочной артерии ≥ 35 ммртст, полость правого желудочка 3,8 см, передняя стенка правого желудочка 6 мм. Какие маркеры могут подтвердить данное клиническое состояние?

1

NT - proBNP
АЛТ
АСТ

ОАК

АНФ

#

20

В поликлинику обратился пациент 54 года, с жалобами на кашель с отделением мокроты, одышку при незначительных физических нагрузках, перебои в работе сердца и отеки на ногах. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. На ЭХОКГ: давление в легочной артерии ≥ 35 мм рт.ст., полость правого желудочка 3,7 см. передняя стенка правого желудочка 6 мм. Подберите наиболее ЛАГ - специфическую эффективную комбинацию для терапии:

1

Бозентан + Риоцигуат

Амлодипин + Пенициллин

Амлодипин + Бозентан

Бозентан + Амоксициллин

Амлодипин + Риоцигуат

#

21

В поликлинике пациент 54 лет, с жалобами на кашель с отделением мокроты слизистого характера, экспираторную одышку. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Обострения 3 раза за год. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком в нижних отделах легких, жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы. При оценке одышки по шкале mMRC – 4 балла, ОАК: лейкоц. - $8,3 \times 10^9$ /л. $ОФВ_{1(мкс)}$ – 56 % после ингаляции сальбутамола $ОФВ_{1(п/с\ пробы)}$ 59%. Какой из признаков является дифференциально-диагностическим при ХОБЛ?

5

экспираторное диспноэ;

кашель с отделением мокроты;

легочный звук с коробочным оттенком;

сухие свистящие хрипы

необратимая бронхиальная обструкция

#

22

В поликлинику обратился пациент 34 лет, с жалобами на покашливание с отделением значительного количества трудно – отделяемой мокроты слизисто-мутного характера. $t - 38,5$ °С. Из анамнеза: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 15 лет. Обострения 2 раза за прошедший год. ОАК: лейкоциты - $11,3 \times 10^9$ /л, с палочки – 8%. На рентгенограмме ОГК: усиление легочного рисунка за счет бронхиального компонента. В качестве этиологической терапии в данном случае используется:

5

теофиллин

амброксол

ибупрофен

зуфиллин

амоксиклав

#

23

Пациент 22 года обратился в поликлинику с жалобами на озноб, приступообразный сухой кашель при укладывании в постель и по утрам, боли в грудной клетке при кашле, $t - 38,6$ °С, саднение за грудиной, головные боли, общую слабость. Заболел 2 дня назад, ранее такого не было. Об-но: легочной звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧСС – 100 в мин. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза:

5

ЭКГ

ЭХОКГ

флюорографию

бронхоскопию

рентген органов грудной клетки

#

24

В поликлинику обратился больной, 67 лет с жалобами на озноб, $t - 39$ °С, боли в грудной клетке при кашле, головная боль, сухой кашель, слабость. Об-но: больной заторможен, ЧД- 32 в 1 мин, укорочение перкуторного звука и ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, АД 86/60 мм.рт.ст., лейкоц. - $19,2 \times 10^9$ /л, палочки- 8%, на рентгене ОГК: участок инфильтрации лёгочной ткани справа в нижней доли. Определите тактику ведения данного больного:

4

Госпитализация в терапевтический стационар
Дневной стационар поликлиники
Амбулаторное ведение
Направление в ОРИТ
Госпитализация в пульмонологическое отделение

#

25

Женщина 40 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки, ночью, дискомфорт в груди. Болеет 20 лет. Перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Какая группа препаратов из указанных имеет предпочтение у данной больной:

1

ИГКС

В₂ агонисты короткого действия
В₂ агонисты длительного действия
оральные кортикостероиды
антихолинергические препараты

#

26

В поликлинике пациент 54 лет, с жалобами на кашель с отделением мокроты гнойного характера, одышку. Т - 37,5 °С. Курит по 2 пачки сигарет в день -20 лет. Обострения 2 раза за прошедший год. ОАК: лейкоц.- 14,3 x 10⁹ /л, с палочки – 8%. ОФВ₁/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ₁ – 36 %. Рентген ОГК: усиление легочного рисунка за счет бронхиального компонента. Подберите оптимальную комбинацию препаратов для данного больного:

1

Сальметерол + Ацетилцистеин+ Амоксициллин с клавулоновой кислотой
Ипратропия бромид + Натрия хлорид + Амброксол
Флютиказон + Амброксол + Интерферрон
Амброксол + Ибупрофен + Флютиказон
Эритромицин + Ибупрофен + Сальбутамол

#

27

У больной, 35 лет, жалобы на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель с выделением тягучей слизистой мокроты. Самостоятельно отменила преднизолон. Об-но: кожные покровы бледные, с синюшным оттенком, положение «ортопноэ». Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Что из перечисленного соответствует данной клинической картине?

1

ПСВ-49%, вариабельность > 30%
ПСВ-56%, вариабельность-15%
ПСВ-62%, вариабельность-20%
ПСВ-70% , вариабельность 20-30%
ПСВ-88%, вариабельность < 10%

#

28

У больной 35 лет, жалобы на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель с выделением тягучей слизистой мокроты. Самостоятельно отменила преднизолон. Об-но: кожные покровы бледные, с синюшным оттенком, положение «ортопноэ». Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Подберите оптимальную базисную терапию?

1

Сальметерол + Флютиказон + Тиотропия бромид
Сальметерол + Флютиказон + Ибупрофен
Ипратропия бромид + Фенотерол + Натрия хлорид
Флютиказон + Амоксициллин
Амброксол + Ацетилцистеин

#

29

Больной 20 лет, студент, в поликлинике с жалобами на боли и тяжесть в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°С. Об-но: бледность, ЧД – 30 в мин. Пульс - 110 уд. в мин. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, там же межрёберные промежутки сглажены, укорочение перкуторного звука над ними, голосовое дрожание ослаблено, дыхание не прослушивается. Составьте план обследования пациента.

1

Рентген ОГК

ЭКГ

Спирометрия

Компьютерная томография

Пульсоксиметрия

#

30

Больной 20 лет, студент, в поликлинике с жалобами на боли и тяжесть в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C. Об-но: Т тела 39,5С, ЧДД 35 в мин., ЧСС 116 уд. в мин., АД 86/52 ммртст. Обзорная рентгенограмма грудной клетки: отмечается гомогенное затемнение нижних отделов левого лёгочного поля и реберно-диафрагмального синуса, с косой верхней границей, идущей сверху вниз и снаружи внутрь. Определите тактику ведения больного?

3

Амбулаторное ведение пациента терапевтом

Амбулаторное ведение пациента хирургом

Госпитализация в ОРИТ

Госпитализация в терапевтическое отделение

Госпитализация в хирургическое отделение

#

31

Больной 20 лет, студент, в поликлинике с жалобами на боли и тяжесть в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C. Обзорная рентгенограмма грудной клетки выявила гомогенное затемнение нижних отделов левого лёгочного поля и реберно-диафрагмального синуса, имеющего косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь. Какой метод обследования диагностически значим у данного больного?

5

томография легких высоких разрешений

бронхоскопия с биопсией стенки бронхов

бронхография

спирометрия с бронходилатационным тестом

пункция плевральной полости

#

32

Какой метод диагностики мало информативен при направлении на МСЭ больных с заболеваниями органов дыхания:

5

флюорография

рентгенография лёгких

ЭКГ

общий анализ мокроты

общий анализ крови

#

33

У больной 35 лет, жалобы на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель с выделением тягучей слизистой мокроты. Самостоятельно отменила преднизолон. Об-но: кожные покровы бледные, с синюшным оттенком, положение «ортопноэ». Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Решите, какой вид труда допустим при такой клинической картине по достижению стадии ремиссии:

5

авиадиспетчеры

водители автотранспорта

работы на высоте

конвейерные работы

врач терапевтического профиля

#

34

Больному 52 лет поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II. С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. Принимает серетид и сальбутамол по потребности. По поводу ИБС начал получать метопролол, после чего участились приступы астмы. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.

3

верапамил

нифедипин

небиволол

нитроглицерин

нифедипин ретард

#

35

Больному 52 лет поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II. С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. Принимает серетид и сальбутамол по потребности. По поводу ИБС начал получать верапамил вместо метопролола. Какой показатель необходимо контролировать во избежание ухудшения состояния при приеме верапамила?

5

Сатурацию кислорода

УЗИ органов брюшной полости

Спирометрию

Рентген ОГК

Фракцию выброса ЛЖ на ЭХОКГ

#

36

Больной 21 год, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, светобоязнь, озноб, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. Об-но: t-38°C. веки отечны, конъюнктив гиперемирован, гиперемия дужек, язычка, миндалин, зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Что можно использовать как этиологическую терапию?

4

Парацетамол

Амоксициллин

Ибупрофен

Осельтамивир

Левомецетин

#

37

Больной 21 год, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, светобоязнь, озноб, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. Об-но: t-38°C. веки отечны, конъюнктив гиперемирован, гиперемия дужек, язычка, миндалин, зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Что можно использовать как симптоматическую терапию?

4

Ремантадин

Арбидол

Тамифлю

Ксилометазолин

Левомецетин

#

38

Больная 41 год, обратилась в поликлинику с жалобами на повышение t- 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отечность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные. Подберите патогенетическое лечение:

3

Ибупрофен

Парацетамол

Амоксициллин

Хлорофиллипт

Мирамистин

#

39

Больная 41 год, в поликлинике с жалобами на t- 38,5°C, слабость, боли в горле при глотании. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отечность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные. Подберите препарат в качестве симптоматического лечения?

5

Цефбак

Кларитромицин

Амоксиклав

Люголь

Мирамистин

#

40

Больная 41 год, в поликлинике с жалобами на $t = 38,5^{\circ}\text{C}$, слабость, боли в горле при глотании. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия, отёчность глоточных миндалин (больше справа), множественные гнойные фолликулы. Ранее не болела. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см, плотные, умеренно болезненные. Решите, какой из лабораторных методов обследования является диагностически необходимым:

1

Бактериология мазка из зева
Бактериоскопия мазка из зева
Общий анализ крови
С-реактивный белок
Антистрептолизин - О

#

41

Вызов на дом врача-терапевта к больной 33 лет. Жалобы на одышку, кашель со слизистой вязкой трудноотделяемой мокротой, слабость. Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой. Неделю назад переболела ОРВИ. На этом фоне приступы удушья, одышки, кашля по 5–6 раз в день. Об-но: грудная клетка эмфизематозна, перкуторно-звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. ЧД – 26 в мин. Пульс – 120 уд/мин. Определите тактику ведения больного?

3

Амбулаторное ведение пациента терапевтом
Амбулаторное ведение пациента пульмонологом
Госпитализация в ОРИТ
Госпитализация в терапевтическое отделение
Госпитализация в хирургическое отделение

#

42

Больной обратился в поликлинику с жалобами на озноб, температуру тела 39°C , головную боль, сухой кашель, общую слабость. Об-но: ЧД - 24 мин., укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания справа в нижней доли, лейкоцитоз - более $13,2 \times 10^9 / \text{л}$, палочкоядерный сдвиг влево, рентгенологические признаки инфильтрации лёгочной ткани справа в нижней доли. Через какое время после лечения необходим контроль динамики рентгенологической картины?

3

через 1-2 недели
через 2-3 недели
через 3-4 недели
через 5-6 недель
через 6-7 недель

#

43

В поликлинику обратилась больная Д, 35 лет с жалобами на внезапно появившийся озноб, повышение температуры тела 38°C , миалгии, головную боль, сухой кашель, общую слабость. ЧД - 24 в мин, укорочение перкуторного звука и ослабление везикулярного дыхания слева в нижней доли, АД 128/86 мм.рт.ст., лейкоциты - $13 \times 10^9 / \text{л}$, палочки-7%, рентгенологические признаки инфильтрации лёгочной ткани. Каковы ориентировочные сроки назначения антибиотиков?

4

до нормализации температуры;
до полного рассасывания инфильтрата в легком
до нормализации СОЭ
до 4 — 5 дней стойко нормальной температуры тела
до момента исчезновения кашля

#

44

В поликлинику обратился пациент 54 лет, с жалобами на кашель с отделением незначительного количества мокроты гнойного характера, одышку. $t = 37,5^{\circ}\text{C}$. Из анамнеза: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 20 лет. По оценке одышки опросником – 4 балла, ОАК: лейкоциты - $11,3 \times 10^9 / \text{л}$, палочки – 8%. ОФВ₁/ФЖЕЛ - менее 70%. ОФВ₁ – 56 %. Обострения 2 раза за прошедший год. Рентгенологически выявлено усиление легочного рисунка за счет бронхиального компонента. Укажите ориентировочные сроки ВУТ:

3

7- 12 дней
12-17 дней
17-35 дней
35-42 дней
42- 50 дней

#

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1.

Диспансеризация больных с хроническим гастритом проводится:

1

2 раза в год врачом поликлиники

Только на момент обострения

Только при наличии осложнений

Только при тяжелых формах

Только при необходимости специфических исследований

#

2.

При тяжелом течении хронического атрофического гастрита в фазе обострения, больничный лист выдается на:

2

3-4 дня

6-7 дней

9-12 дней

15-20 дней

22-25 дней

#

3.

Что является главным фактором в развитии язвенной болезни 12-перстной кишки?

1

гиперсекреция соляной кислоты

заболевания поджелудочной железы

заболевания желчного пузыря

гиперсекреция бикарбонатов

заболевания печени

#

4.

Больному с алкогольным гепатитом больничный лист может быть выдан:

4

на 5-7 дней

на 10-15 дней

на 16-22 дней

на 26-35 дней

на 40-45 дней

#

5.

Студент 20 лет, обратился в поликлинику 01.03 с обострением хронического холецистита. Амбулаторно получал лечение. После выздоровления, какой из следующих документов, удостоверяющий временную нетрудоспособность, врач терапевт может ему выписать?

2

Больничный лист

Справка формы 095/у

Справка формы 086/у

Справка формы 083/у

Справка формы МСЭ-2007

#

6.

Частота диспансерных осмотров при тяжелом течении язвенной болезни

3

2 раза в год

3 раза

4 раза

6 - 8 раз

Ежемесячно

#

7. Кожный зуд, увеличение конъюгированного билирубина, щелочной фосфотазы, холестерина характерны для?

2

Печёночно-клеточной желтухи

Внутрипечёночного холестаза

Синдрома Жильбера

Синдрома Криглера-Найяра

Гемолитической желтухи

#

8. Не является противопоказанием при персистирующем гепатите

1

Тяжёлый физический труд

Работа в контакте с хлорированными углеводородами

Работа, препятствующая соблюдению диетического режима

Труд с умеренным нервно-психическим напряжением

Работа с длительным вынужденным положением тела

#

9.

Больная 28 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на тупые боли в правом подреберье, повышение t тела до 37.0°C , тошноту, рвоту с желчью. Объективно: живот мягкий, отмечает болезненность в правом подреберье, (+) симптомы Мерфи, Ортнера, Кера. АД 122/82 мм.рт.ст. ОАК: лейкоциты - $10,3 \times 10^9$ /л, с палочки – 6%, ОАМ: без особенностей. Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности:

2

3-6 дней

7-14 дней

25-30 дней

30-35 дней

40-45 дней

#

10.

Пациент 40 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза, пациент питается нерегулярно. Болен около трех лет. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. На ЭФГДС: складки с. о. желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы. Предположите наиболее вероятный диагноз?

3

Язвенная болезнь тела желудка

Язвенная болезнь пилорического отдела желудка

Язвенная болезнь луковицы 12 п.кишки

Язвенная болезнь кардии желудка

Язвенная болезнь осложненная пенетрацией.

#

11.

Пациент 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастральной области, последние 2 дня присоединились: общая слабость, шум в ушах, черный стул. Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледной окраски. ЧСС – 100 уд. в мин., АД – 100/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации напряжен, болезненный в эпигастральной области. Какой из следующих признаков вероятнее всего будет найден при анализе кала?

2

Наличие большого количества лейкоцитов

Наличие большого количества эритроцитов

Наличие большого количества мышечных волокон

Наличие комков непереваренной пищи

Наличие большого количества бактерий и грибов.

#

12.

Женщина, 48 лет, жалуется на острые боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, кожный зуд. Из анамнеза 5 лет назад выявили камни в желчном пузыре. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6°C. Желтушность склер и видимых слизистых. Печень не пальпируется. (+) симптомы Мэрфи, Ортнера. Каков наиболее вероятный диагноз?

2

Хронический некалькулезный холестит в фазе обострения

Хронический калькулезный холецистит в фазе обострения

Хронический калькулезный пиелонефрит в фазе обострения

Хронический некалькулезный пиелонефрит в фазе обострения

Хронический стеатогепатит в фазе обострения

#

13.

Пациентка Б., 50 лет, жалуется на боль в правом подреберье, после приема жирной, жареной пищи. Ухудшение самочувствия в течение последних трех дней. Объективно: ИМТ 31кг/м², температура тела 37,1°C. Кожные покровы обычной окраски и сухие. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пальпация затруднена из-за болезненности. (+) симптом Ортнера. Определите трудоспособность?

2

трудоспособность сохранена

временно нетрудоспособна

инвалид I гр.

инвалид II гр.

инвалид III гр.

#

14.

Женщина 35 лет, жалуется на слабость, повышенную утомляемость, тошноту, артралгии, миалгии, кожный зуд. Заболела 6 месяцев назад. Из анамнеза страдает аменореей, алкоголь не употребляет. Об-но: желтушность кожных покровов, субиктеричность склер. Печень увеличена, выступает на 2 см из под края реберной дуги. Проведено обследование, назначено лечение преднизолоном. Через некоторое время у больной появилась положительная динамика. О каком из следующих заболеваний идет речь?

1

аутоиммунный гепатит

вирусный гепатит

активный стеатогепатит

алкогольный гепатит

лекарственный гепатит.

#

15.

Показанием к амбулаторному лечению при обострении язвенной болезни является?

4

Впервые выявленная язва желудка

Упорный болевой синдром

Наличие желудочного кровотечения в анамнезе

Язва луковицы 12-перстной кишки небольших размеров

Срок от предыдущего обострения менее 6 месяцев

#

16.

Женщина 65 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, снижение аппетита и массы тела. Из анамнеза в течение 20 лет страдает хроническим вирусным гепатитом В, 5 лет назад развился цирроз печени. При обследовании обнаружена гипохромная анемия. Изменения, каких из следующих лабораторных данных можно ожидать?

1

Увеличение альфа-фетопротеина

Увеличение АЛТ и АСТ
Увеличение иммуноглобулина А
Увеличение холинэстеразы
Увеличение щелочной фосфатазы и ГГТП.

#

17.

Пациент 55 лет, жалуется на затруднение глотания твердой и жидкой пищи, боли в момент глотания, потерю массы тела. Об-но: состояние средней тяжести, ИМТ 20 кг/м². Кожные покровы бледной окраски. АД 100/70 мм.рт.ст, ЧСС 85уд. в мин. ОАК - гипохромная анемия. При проведение ЭГДС появились подозрение на рак. Какая из следующих структур желудка вероятнее всего повреждена?

1

Рак кардиального отдела желудка
Рак пилорического отдела желудка
Рак тела желудка
Рак антрального отдела желудка
Рак дуоденального отдела

#

18.

Мужчина 40 лет, длительно страдает ЯБЖ, последнее время отмечает исчезновение цикличности боли, боли стали постоянные, опоясывающего характера, не уменьшаются от приема антацидов. Об -но состояние средней тяжести. Живот умеренно вздут, болезненность определяется в эпигастральной области и в зоне Шоффара. Какое из следующих состояний возникло вероятнее всего?

2

Прободение язвы
Пенетрация язвы
Малигнизация язвы
Стеноз привратника
Обострение язвенной болезни желудка

#

19.

Пациент 40 лет, обратился к терапевту с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, постоянную изжогу. Из анамнеза, пациент питается нерегулярно. Болен около трех лет. Не обследовался, не лечился. t тела -36,6° С. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 124/80 мм. рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по 12 ребру отрицательный. Какой метод обследования поможет верифицировать диагноз?

1

Эзофагогастродуоденоскопия
УЗИ внутренних органов
Рентгенография с контрастированием желудка
Компьютерная томография
Колоноскопия.

#

20.

Мужчина 39 лет, обратился для прохождения медицинского осмотра при устройстве на работу. Три года назад перенес острый гепатит В, выписан с нормальными биохимическими показателями. При обследовании отмечено АлАТ (42 IU/L) и АсАТ (38IU/L). При исследовании сывороточных маркеров вирусов получено: HBsAg (+), HBeAg (-), анти-HBcor Jg G (+), анти-HBcor Jg M (-), HBV ДНК (-), анти-HCV (-), HCV РНК (-). Выявлены суммарные антитела к HD Ag и HDV РНК. Каков наиболее вероятный диагноз?

5

Острый вирусный гепатит С
Острый вирусный гепатит В
Хронический вирусный гепатит С, высокой степени активности
Хронический вирусный гепатит В, высокой степени активности
Хронический вирусный гепатит В+ суперинфекция HDV.

#

21.

Пациент 55 лет, обратился с жалобами в поликлинику на затруднение глотания твердой и жидкой пищи, болями в момент глотания, попаданием пищи или жидкости в нос, потеря массы тела, отсутствие аппетита. Об-но: состояние средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы бледной окраски. АД 102/74 мм.рт.ст, ЧСС 86 уд. в мин. ОАК - гипохромная анемия. Какое из следующих обследований следует провести?

3

УЗИ внутренних органов

Фиброколоноскопия

Эзофагогастроскопия

Рентгенография органов ЖКТ

Рентгенография органов грудной клетки.

#

22.

Женщина 46 лет жалуется на острые боли в правом подреберье, тошноту, рвоту. Заболела внезапно. В анамнезе – ЖКБ. Объективно: t тела 37,7⁰С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет. Желтушность склер. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность в правом подреберье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге. Что из следующего необходимо сделать?

4

лечение на дневном стационаре поликлиники

организовать стационар на дому

госпитализация в ОРИТ

госпитализация в хирургическое отделение

госпитализация в терапевтическое отделение

#

23.

Больная 40 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на боли опоясывающего характера в эпигастриальной области, правом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту. Болеет в течение 3 дней. Об-но: состояние удовлетворительное, t тела -36,7⁰С, ИМТ-32 кг/м². Живот умеренно вздут, отмечает болезненность в эпигастриальной области и зоне Шоффара. Стул кашицеобразный 3 раза в день. Диурез регулярный со слов больной. Определите, какая из следующих тактик врача верна?

5

Госпитализация в ОРИТ

Госпитализация в терапевтическое отделение

Госпитализация в хирургическое отделение

Дневной стационар поликлиники

Амбулаторное ведение пациентки

#

24.

Мужчина 45 лет, работает дальнобойщиком, жалуется на опоясывающие боли в эпигастриальной области, тошноту, жидкий стул 4-5 раз в день. Из анамнеза накануне употреблял жирную пищу и алкоголь. t тела -36,6С. Кожные покровы обычной окраски, сухие. ЧСС 86 уд.вмин., АД 128/64 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, болезненный в зоне Шоффара. Какие из нижеперечисленных препаратов необходимо рекомендовать данному больному?

1

спазмолитики, ферментативные препараты, блок. H₂-гистаминовых рецепторов

НПВС и/или наркотические анальгетики, блок.протонной помпы

антибиотики, энтеросорбирующие и противодиарейные препараты

блок. H₂-гистаминовых рецепторов, антибиотики широкого спектра и макролиды

спазмолитики, антибиотики, желчегонные и гепатопротективные препараты

#

25.

Женщина 43 года, обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи и алкоголя. Боли иррадиируют в область правого плеча и шеи. Отмечаются также тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до

37,5⁰, раздражительность. Для диагностики заболевания на этом этапе необходимо провести исследование:

5

Колоноскопия

Обзорная рентгенограмма брюшной полости

Дуоденальное зондирование с микроскопией и посевом желчи

Эзофагогастродуоденоскопия

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

#

26.

При подозрении на болезнь Крона дифференциальную диагностику проводят с:

5

Аппендицитом

Раком прямой кишки

Туберкулезным мезаденитом

Синдром раздраженной толстой кишки

Язвенный колитом

#

27.

На прием к участковому врачу обратился больной 38 лет с диагнозом: Неспецифический язвенный колит. Отмечает увеличение частота стула более 6 раз в сутки, профузное кровотечение, повышение температуры тела до 37,5°C. Лабораторно: Нв <100 г/л, СОЭ - 30 мм/ч, альбумин 30-40 г/л. Определите дальнейшую тактику врача?

3

Амбулаторное наблюдение и лечение пациента

Экстренная госпитализация в ОРИТ

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение

Плановая госпитализация в терапевтическое отделение

Дневной стационар поликлиники

#

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

#

1

При тиреотоксикозе наблюдается:

1

уменьшение пульсового давления

патологическая мышечная слабость

светобоязнь

патологическая жажда

несахарное мочеизнурение

#

2

Наиболее частым осложнением струмэктомии является:

4

повреждение возвратного нерва

рецидив тиреотоксикоза

тетания

гипотиреоз

прогрессирующий экзофтальм

#

3

Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

5

пробная эксцизия

пункционная биопсия толстой иглой

трепанобиопсия

определение титра антител к щитовидной железе

пункционная биопсия тонкой иглой

#

4

Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии говорят о:

4

гипотиреозе
тиреотоксическом кризе
травме гортанных нервов
гипопаратиреозе
остаточных явлениях тиреотоксикоза

#

5

Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

4

эпидемический
спорадический
острый струмит
эндемический
массовый тиреотоксикоз

#

6

На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд/мин, температура 39,8 °С. Поставьте диагноз:

3

гиперпаратиреоз
гипопаратиреоз
тиреотоксический криз
гипотиреоз
тиреоидит оставшейся части щитовидной железы

#

7

При биохимическом исследовании крови было обнаружено: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При R-логическом исследовании - остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Поставьте диагноз:

4

миеломная болезнь
остеопороз костей таза
фиброзная дисплазия
гиперпаратиреоз
болезнь Педжета

#

8

В каком случае четко проявляется тахикардия при тиреотоксикозе?

1

в покое
во время сна
при физической нагрузке
при эмоциональной нагрузке
в положении на левом боку

#

9

Какая основная причина смерти больных при диффузно-токсическом зобе?

1

сердечно-сосудистая недостаточность
парез голосовой связки
тиреотоксическое поражение печени
тиреотоксический криз
нарушение йодного обмена

#

10

Какой вид операции показан при смешанной форме тиреотоксического зоба 2-степени?

1

субфасциальная резекция по Николаеву
экстирпация щитовидной железы
гемиструмэктомия
частичная резекция
энуклеация по Сосену

#

11

Что является ранним признаком при диффузно-токсическом зобе?

2

адинамия

раздражительность

нарушение менструального цикла

выпадение волос

мышечная слабость

#

12

Какое осложнение считается наиболее опасным во время операции на щитовидной железе?

1

кровотечение

спадение трахеи

повреждение возвратного нерва

удаление паращитовидной железы

воздушная эмболия

#

13

Какое из перечисленных воспалительных заболеваний щитовидной железы паразитарного происхождения?

5

гнойный тиреоидит

струмит

зоб Хашимото

тиреоидит Риделя

тиреоидит Шагаса

#

14

Какой из нижеперечисленных вариантов операций не выполняют при узловом эутиреоидном зобе:

1

экстирпация щитовидной железы

энокуляция по Сосену

гемиструмэктомия

субфасциальная резекция

субтотальная резекция

#

15

Какой признак наиболее характерен для Базедовой болезни?

5

плаксивость

боль в области сердца

удушьё

ослабление памяти

пучеглазие

#

16

Откуда берет начало безымянная артерия щитовидной железы?

3

общей сонной артерии

подключичной артерии

дуги аорты

позвоночной артерии

наружной сонной артерии

#

17

Укажите редко встречающиеся формы тиреотоксикоза?

2

Базедова болезнь

тиреотоксикоз в детском возрасте

тиреотоксикоз у пожилых людей

тиреотоксикоз у беременных

тиреотоксикоз у женщин в период климакса

#

18

Противопоказанием к хирургическому лечению гипертиреоза является:

5

чрезмерное увеличение щитовидной железы

наличие симптома Мюсе

наличие выраженного экзофтальма

наличие выраженных нарушений со стороны печени, почек и сердца

крайне тяжелое состояние на фоне кахексии

#

19

У больной 30 лет выявлен плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2х2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтвердили диагноз: узловой эутиреодной зоб. Какое лечение необходимо?

1

резекция части доли щитовидной железы с узлом

субтотальная струмэктомия

гемиструмэктомия

вылущивание опухоли

консервативное лечение

#

20

Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции у него появилась осиплость голоса, стал поперхиваться. Какое осложнение возникло у больного?

2

повреждение трахеи

повреждение возвратного гортанного нерва

инородное тело гортани

гематома

тиреотоксический криз

#

21

У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появилось онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подергивание мышц лица. Поставьте диагноз?

3

повреждение верхнего гортанного нерва во время операции

гипотиреоз

гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез

гиперпаратиреоз

тиреотоксический шок

#

22

Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

3

перекрестный

подключичный

подмышечный

парастеральный

межреберный

#

23

При лактостазе показано:

2

массажа шейно-воротниковой зоны

тщательного сцеживания молока

антибиотикотерапии

тугое бинтование молочных желез

прекратить кормить грудью

#

24

Основные профилактические мероприятия, проводимые при остром мастите?

4

повышение сопротивляемости организма беременной
санация эндогенных очагов инфекции
обучение женщин правилам кормления ребенка грудью
тщательное сцеживание молока после кормления
все вышеперечисленное

#

25

При маммографии признаком мастопатии является:

4

тени узловой формы
усиление рисунка и удвоение контуров протоков
перидуктальный фиброз
микро-и макрокальцинаты
ослабление рисунка и уплотнение контуров протоков

#

26

Противопоказанием для лечения диффузной мастопатии является:

4

эстрогенные препараты
физиотерапия
длительный прием йодида калия
секторальная резекция молочной железы
лучевая терапия

#

27

При фиброаденоме молочной железы показана:

3

простая мастэктомия
ампутация молочной железы
секторальная резекция
радикальная мастэктомия
лучевая терапия

#

28

Секторальная резекция молочной железы показана:

3

при агалактии
при диффузной мастопатии
при узловой мастопатии
при раке Педжета
при гинекомастии

#

29

Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:

4

инверсия соска
ателлия
амастия
полителия и полимастия
дистопия млечных ходов

#

30

Для какого доброкачественного заболевания характерным является выделение крови из 1-го соска?

1

внутрипротоковой папилломы
болезни Педжета
узловой мастопатии
кисты
фиброаденомы

#

31

Какое из приведенных мероприятий показано при лечении выпотного перикардита?

4

назначение сердечных препаратов
назначение диуретиков
назначение антикоагулянтов
пункция перикарда
субтотальная перикардэктомия

32

В патогенезе варикозной болезни наибольшее признание получила теория:

4

механическая
гормональная
ангиодисплазий
наследственная
коллагенозов

33

Малая подкожная (скрытая) вена обычно располагается:

2

в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
в подкожной клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции
между листками глубокой фасции на всем протяжении
субфасциально
между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней

34

Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:

1

эластическая компрессия конечности
соблюдение рационального режима труда и отдыха
ограничение тяжелой физической нагрузки
комплексная терапия вазопротекторами
курсы комплексного физиотерапевтического лечения

35

К осложнениям варикозной болезни относят следующие заболевания:

2

пигментация кожи
тромбофлебиты и тромбозы поверхностных и глубоких вен
индурация подкожной клетчатки
трофические язвы
развитие слоновости

36

Для оценки функционального состояния клапанного аппарата подкожных вен применяются пробы:

1

Троянова-Тренделенбурга
Тальмана
Дельбе-Пертеса
Шейниса
Мейо-Претта

37

Радикальным при варикозной болезни будет вмешательство:

4

устраняющее сброс из глубоких вен в поверхностные
обеспечивающее удаление несостоятельных поверхностных вен
корректирующее несостоятельные клапаны глубоких вен
решающее все эти задачи
позволяющее решить задачи 1 и 2

38

При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей показано:

2

эластичное бинтование
хирургическое лечение
лечебная физкультура
массаж
рефлексотерапия

#

39

После флебэктомии рекомендуется:

2

Постельный режим
эластичное бинтование конечности
Физические нагрузки
Лечебное питание стол №1
Наложение аппарата Иллизарова

#

40

При илюфеморальном венозном тромбозе у беременной необходимо:

4

госпитализировать больную в родильный дом
проводить консервативную терапию в домашних условиях
определить характер лечения после определения протромбинового индекса в амбулаторных условиях
госпитализировать больную в сосудистое отделение
направить больную в женскую консультацию

#

41

Распространению флеботромбоза в венах нижних конечностей препятствует:

2

Физические нагрузки
антикоагулянтная терапия
Антиаритмические препараты
Применение шины Дитрикса
Компресс мазью Вишневского

#

42

Для определения проходимости глубоких вен применяются пробы:

2

Троянова-Тренделенбурга
Мейо-Претта
Гаккенбруха
Шейниса
Тальмана

#

43

Во время какой операции не удаляют патологически измененные подкожные вены:

2

Троянова-Тренделенбурга
Шеде-Кохера
Нарата
Бибкока
Маделунга

#

44

Современным методом диагностики тромбоза нижней полой вены является:

1

радиоиндикация меченым фибриногеном
ретроградная илеокавография
дистальная восходящая функциональная флебография
сфигмография
ретроградная бедренная флебография

#

45

Нехарактерным для синдрома Педжета, а также болезни Педжета-Шреттера является:

1

цианоз лица и шеи
распирающие боли в руке
цианоз кожи руки, усиление венозного рисунка
отек руки
Отек и цианоз руки

#

46

Синдром Лериша- это атеросклеротическое поражение:

2

нижнего отрезка брюшной аорты и подвздошных артерий
области бифуркации аорты
обеих подвздошных артерий при интактной аорте
подвздошной и бедренной артерий
окклюзия аорты на уровне ее бифуркации

#

47

Лучшим методом лечения аневризмы аорты является:

5

гомотрансплантация (аллотрансплантация)
гетеротрансплантация (ксенотрансплантация)
аутовенозный трансплантант
иссечение с анастомозом “конец в конец”
замещение пораженного участка аорты синтетическим протезом

#

48

На мысль о мезентериальном тромбозе могут навести:

4

Положительный симптом Ортнера
диарея
Боли в области правого подреберья
Боль в животе, не соответствующая клиническим проявлениям, позволяющим объяснить ее интенсивность
Тошнота, рвота

#

49

Современная теория этиологии облитерирующего тромбангиита:

3

Никотиновая
Эндокринная
инфекционно-аллергическая
Кортикостероидная
Тромбогенная

#

50

Какой из нижеперечисленных вариантов не является клиническим симптомом тромбоэмболии легочной артерии:

5

боли за грудиной
Коллапса
Удушья
цианоза лица и верхней половины туловища
ослабления дыхания

#

51

Наиболее частой причиной острого артериального тромбоза является:

2

облитерирующий тромбангит
облитерирующий атеросклероз
пункция и катетеризация артерий
экстравазальная компрессия артерий
Полицитемия

#

52

Какая функциональная проба свидетельствует о недостаточности артериального кровообращения конечностей: больной сидит, запрокинув больную ногу на здоровую и вскоре начинает испытывать боли в икроножных мышцах, чувство онемения, ощущение «ползания мурашек» в кончиках пальцев пораженной конечности:

4

симптом плантарной ишемии Оппеля

2. проба Гольдфлама

3. проба Шамова

4. коленный феномен Панченко

5. симптом прижатия пальца

#

53

Какая операция показана при облитерирующем эндоартериите в период развития влажной гангрены стопы, сопровождающейся отеком, лимфангитом и лимфаденитом?

2

низкая ампутация на уровне средней трети голени

высокая ампутация на уровне средней трети бедра

экзартикуляция на уровне сочленений Шопара

экзартикуляция на уровне коленных суставов

экзартикуляция на уровне пальцев

#

54

Наиболее точным методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является:

5

обзорная рентгенография грудной клетки

ЭКГ

Радиокардиография

Фонокардиография

перфузионное сканирование легких

#

55

Пациент, 25 лет, жалуется на перемежающуюся хромоту интенсивного характера, возникающую после прохождения 200 метров. Кожа стоп и голеней потеряла эластичность, сухая, шелушится, ногти утолщены, ломкие. Пульсация на артериях стопы не определяется. Для какой стадии облитерирующего эндоартериита характерен этот симптомокомплекс?

2

стадия функциональной компенсации

стадия субкомпенсации

стадия декомпенсации

стадия деструктивных изменений

стадия гангренозных изменений

#

56

Какая операция показана при облитерирующем эндоартериите в период отсутствия признаков гангрены нижних конечностей?

3

высокая ампутация конечности

экзартикуляция на уровне сустава

поясничная симпатэктомия

ампутация бедра по Каллендеру

ампутация стопы на уровне сочленения Шопара

#

57

О какой сосудистой патологии свидетельствует симптом плантарной ишемии Оппеля?

2

облитерирующий атеросклероз

облитерирующий эндоартериит

болезнь Бюргера

болезнь Рейно

аневризма грудной аорты

#

58

Что может быть предпосылкой к развитию облитерирующего эндоартериита?

1

длительное курение
длительно существующий варикоз вен
тяжелая физическая работа
травма конечностей
длительная работа в положении стоя

#

59

При какой сосудистой патологии применяется операция поясничной симпатэктомии?

4

острый тромбоз подключичной вены
посттромбофлебитический синдром
варикозное расширение вен нижней конечности
облитерирующий эндоартериит
острый тромбоз мезентериальных сосудов

#

60

При какой сосудистой патологии выполняется грудная симпатэктомия?

1 2

Болезнь Рейно
облитерирующий эндоартериит
болезнь Бюргера
тромбоз глубоких вен нижних конечностей
илеофemorальный тромбоз

#

61

Симптом перемежающейся хромоты бывает при:

2

тромбозе вен
артериальной недостаточности
артериальной эмболии
недостатке витамина "С"
мышечной слабости

#

62

Облитерирующий эндоартериит чаще наблюдается у мужчин в возрасте:

1

20-30 лет
31-40 лет
41-50 лет
51-60 лет
старше 60 лет

#

63

Для какой сосудистой патологии характерен симптом "прижатия пальца"?

2

варикозное расширение вен нижних конечностей
облитерирующий эндоартериит
болезнь Рейно
острый тромбофлебит глубоких вен нижней конечности
диабетическая ангиопатия сосудов нижней конечности

#

64

Какой из нижеперечисленных функциональных проб необходимо определить при облитерирующем эндоартериите?

2

трехжгутовая проба
проба Шамова
проба Троянова -Тренделенбурга
маршевая проба
проба Гаккенбруха

#

65

Для какой сосудистой патологии характерен "коленный феномен Панченко"?

2

варикозного расширения вен нижних конечностей
облитерирующего эндоартериита
посттромботической болезни
Артериосклероза
болезни Рейно

#

66

Как называется III-стадия болезни при облитерирующем эндоартериите?

5

терминальная стадия
стадия деструктивных изменений
стадия субкомпенсации
стадия компенсации
стадия декомпенсации

#

67

При каком сосудистом заболевании наблюдается синдром Лериша:

3

болезни Бюргера
болезни Рейно
облитерирующем атеросклерозе
облитерирующем эндоартериите
варикозном расширении вен нижних конечностей

#

68

Какой цвет кожных покровов у больных с синдромом Лериша?

3

Бледный
цвет слоновой кости
бледно-синюшный
темно-багровый
Синюшный

#

69

Основным методом топической диагностики при облитерирующем атеросклерозе является:

3

ультразвуковое исследование
компьютерная томография
Ангиография
Флебография
Реовазография

#

70

При какой сосудистой патологии применяется операция сафенэктомии в сочетании с перевязкой коммуникантных вен по методу Линтона?

3

облитерирующем эндоартериите
облитерирующем атеросклерозе
посттромбофлебитической болезни
остром тромбофлебите
варикозном расширении вен нижних конечностей

#

71

Больной О. 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей недостаточности митрального клапана?

3

зондирования правых отделов сердца
зондирования левых отделов сердца
доплер КГ
рентгенографии сердца
грудной аортографии

#

72

Какое мероприятие показано при лечении выпотного перикардита и угрозы тампонады сердца:

4

1. назначение сердечных препаратов
2. назначение диуретиков
3. назначение антикоагулянтов
4. пункция перикарда
5. субтотальная перикардэктомия

#

73

Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

1

- ишемическая болезнь сердца
- атеросклероз дуги аорты
- аневризма аорты
- артерио-венозные свищи
- тромбоз вен системы нижней полой вены

#

74

У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией правильным методом лечения будет:

3

- консервативная терапия
- операция - бифуркационное аорто-бедренное протезирование
- операция - бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии
- Нефрэктомия
- периартериальная симпатэктомия

#

75

При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией IV стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является:

4

- только консервативное лечение
- поясничная симпатэктомия
- реконструктивная сосудистая операция
- первичная ампутация нижней конечности
- микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

#

76

В клинику поступила больная 69 лет, ранее перенесшая инфаркт миокарда и страдающая мерцательной аритмией, у которой при обследовании диагностирована эмболия бедренной артерии, ишемия III-й степени (тотальная контрактура конечности). Оптимальным методом лечения в данном случае будет:

5

- экстренная эмболэктомия
- тромболитическая терапия
- только антикоагулянтная терапия
- только симптоматическая терапия
- первичная ампутация конечности

#

77

При гангрене, поражающей одну из долей легкого, рекомендуется:

3

- ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп
- введение антибиотиков в легочную артерию
- Лобэктомия
- интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков
- все названные выше консервативные методы лечения

#

78

При абсцессе легкого, осложнившегося пиопневмотораксом, в первую очередь показано:

2

- эндобронхиальное введение протеолитических ферментов

дренирование плевральной полости

Антибиотики

рентгенотерапия

введение цитостатиков

#

79

Эмпиема плевры переходит в хроническую форму:

4

со второй недели

с четвертой недели

с шести недель

с восьми недель

с трех месяцев

#

80

При тотальном ателектазе одного из легких не показана:

4

антибиотикотерапия

пункция плевральной полости

дренирование плевральной полости

бронхофиброскопия с санацией бронхиального дерева

Фиброзофагогастроуденоскопия

#

81

Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса служит:

4

абсцесс легкого

рак легкого

Бронхоэктазы

буллезные кисты легкого

ателектаз легкого

#

82

Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:

3

дыхательной гимнастики

антибиотикотерапии канамицином

лечебной бронхоскопии

ингаляции с тетрациклином

массаж грудной клетки

#

83

У больного в нижней доле правого легкого обнаружена периферическая эхинококковая киста диаметром 4 см.

Какая операция необходима?

4

Пульмонэктомия

Сегментэктомия

эхинококкэктомия, наружное дренирование кисты

эхинококкэктомия, обработка полости 5% раствором формалина

Лобэктомия

#

84

Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является:

5

R-логическое исследование легких

томография легких

компьютерная томография

радиоизотопное исследование легких

Трахеобронхоскопия с биопсией

#

85

У больного 45 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры. Какое лечение показано больному?

3

бронхоскопия с катетеризацией бронхов
пункция плевральной полости
торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого
торакотомия, санация полости плевры
Торакопластика

#

86

Основной причиной спонтанного пневмоторакса является:

1

буллезные изменения альвеол и кисты легкого
парапневмонический абсцесс легкого
рак легкого
Бронхоэктазы
туберкулез легких

#

87

Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается:

2

с трахеостомии
с пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости
с блокады межреберных нервов
с обездвижения грудной клетки
с блокады диафрагмального нерва

#

88

Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования без прорыва в бронх?

5

оперативное лечение - резекция легких
оперативное лечение - пневмотомия
пункция плевральной полости
оперативное лечение - торакопластика
консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация

#

89

Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающего 1-2 сегмента

5

сегментарная резекция легкого
дренирование полости абсцесса
Пульмонэктомия
иссечение полости абсцесса
Лобэктомия

#

90

При рентгенографии у больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз?

5

кавернозный туберкулез
паразитарная киста легкого
бронхоэктатическая болезнь
рак легкого
хронический абсцесс легкого

#

91

У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Что необходимо для верификации диагноза?

1

чрезкожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ
Бронхография
Томография
бронхоскопия с биопсией

динамическое наблюдение с контролем через два месяца

#

92

Боль в плече, атрофия мышц руки и синдром Горнера (объединяемые в синдром Пенкоста) характерны для:

3

- центрального рака нижней доли легкого
- центрального рака средней доли легкого
- периферического рака верхней доли легкого
- периферического рака средней доли легкого
- центрального рака верхней доли легкого

#

93

У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром 5 см, расположенным ближе к грудной стенке, сохраняется тяжелая гнойная интоксикация. Какой метод лечения предпочтителен?

5

- бронхоскопия с катетеризацией полости абсцесса
- торакотомия, дренирование и тампонада абсцесса
- торакотомия, лобэктомия
- эндолимфатическая антибиотикотерапия
- дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ

#

94

На врожденную грыжу указывает наличие в грыжевом мешке:

4

- большого сальника
- петли тонкой кишки
- слепой кишки
- Яичка
- стенки мочевого пузыря

#

95

Проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

3

- Дисфагия
- частая рвота
- частые изжоги
- Похудание
- ничего из названного

#

96

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы чаще всего проявляются:

4

- тяжелым кровотечением
- легким кровотечением
- Гиперсекрецией
- болями после еды
- бессимптомным течением

#

97

При резекции приводящего отдела ущемленной кишки отступают:

1

- на 30-40 см
- на 20-25 см
- на 10-20 см
- на 5-10 см
- на 2-3 см

#

98

Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?

5

- Спаечную
- Функциональную
- Обтурационную

Странгуляционную
смешанную (обтурация+странгуляция)

#

99

Что такое рихтеровское ущемление грыжи?

4

ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка

ущемление перекрученной сигмовидной кишки

ущемление желудка в диафрагмальной грыже

любое пристеночное ущемление кишки

ущемление Меккелева дивертикула в паховой грыже

#

100

Какой из факторов определяет абсолютные показания к операции при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже?

1

наличие симптомов ущемления

сроки с момента ущемления

сопутствующие заболевания

пол и возраст больного

неполноценное обследование больного

#

101

Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

2

наличие грыжевого выпячивания

появление перитонеальных признаков

повышение температуры

дизурические явления

сам факт самопроизвольного вправления

#

102

При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают:

2

с вскрытия флегмоны

со срединной лапаротомии

с выделения грыжевого мешка из окружающих тканей

с пункции грыжевого мешка

с одновременной операции из двух доступов

#

103

Во время операции по поводу ущемленной грыжи в грыжевом мешке обнаружены 2 петли кишечника. Укажите вид ущемления:

3

эластическое ущемление

каловое ущемление

ретроградное ущемление

Копростаз

пристеночное ущемление

#

104

Методом выбора лечения паразофагеальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы является:

1

оперативное лечение

консервативное лечение

динамическое наблюдение

Физиолечение

Диетотерапия

#

105

Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?

4

рака желудка

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
Кардиоспазма
скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
хронического гастрита

#

106

При каких условиях выявляются рентгенологически скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

3

в положении стоя
в полусидячем положении
в положении Тренделенбурга
искусственной гипотонии двенадцатиперстной кишки
в положении на боку

#

107

Укажите ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

3

Диарея
Коллапс
схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов
симптомы раздражения брюшины
Дегидратация

#

108

У больного 70 лет левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации:

4

ношение постоянно бандажа
экстренная операция при очередном ущемлении
оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
плановая операция, после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания
одновременное грыжесечение и удаление аденомы

#

109

У больного 40 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия:

4

наблюдение, операция при ущемлении грыжи
оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи
наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки
плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи
ношение бандажа

#

110

У кого чаще наблюдаются бедренные грыжи?

2

у мужчин
у женщин
в детском возрасте
у подростков
в пожилом возрасте у мужчин

#

111

Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря.

4

боли в области грыжевого выпячивания
Тенезмы, диарея
задержка стула и газов
дизурия, гематурия
Диспепсия, мальдегистия

#

112

Для грыжи Литтре характерно ущемление:

4

Желудка

тонкой кишки

придатков матки

червеобразного отростка

мочевого пузыря

#

113

При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:

4

промывание рта, пищевода, желудка питьевой водой

назначение препаратов морфия и седативных средств

питье молока

все верно

все неверно

#

114

Основным методом лечения кардиоспазма является:

2

бужирование

кардиодилатация

фундопликация по Ниссену

кардиоластика по Геллеру

различные способы экстрамукозной пластики

#

115

При хирургическом лечении дивертикулов пищевода применяют:

1

дивертикулэктомия

операцию Добромыслова-Торека

резекцию сегмента пищевода, несущего дивертикулы

инвагинацию дивертикула

резекцию нижней трети пищевода и кардии

#

116

Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

4

в области бифуркации трахеи

над диафрагмой

в верхней трети пищевода

в глоточно-пищеводном переходе

над кардией

#

117

Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:

2

эзофагоскопия

контрастное рентгенологическое исследование

ультразвуковое исследование

радионуклеидное исследование

компьютерная томография

#

118

Ранними клиническими признаками рака пищевода являются:

2

осиплость голоса

периодическая дисфагия

срыгивание

потеря массы тела

гиперсаливация

#

119

Основными методами диагностики рака пищевода считаются:

4

рентгенологическое исследование
компьютерная томография
сканирование пищевода
фиброэзофагоскопия
ангиография

#

120

Наиболее частым проявлением рака среднегрудного отдела пищевода является:

4

срыгивание
боль за грудиной
кашель, одышка
дисфагия
лимфостаз верхней конечности

#

121

При раке шейного отдела пищевода чаще всего применяется:

2

комбинированное лечение (лучевая терапия и оперативное вмешательство)
лучевая терапия
хирургическое лечение
химиотерапевтическое лечение
симптоматическая терапия

#

122

Наиболее опасным осложнением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

4

кровотечение
недостаточность кардии
ущемление желудка
рефлюкс-эзофагит
пептическая язва пищевода

#

123

Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречается:

4

саркома
лейомиосаркома
меланома
рабдомиосаркома
Рак

#

124

У больных с извитыми и множественными послеожоговыми стриктурами пищевода отдается предпочтение бужированию:

4

“слепому” через рот
под контролем эзофагоскопа
ретроградному
полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику
“бужирование без конца” через гастростому

#

125

Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать:

3

в первые часы
на 1-2 сутки
на 8-9 сутки
через 1 месяц
при возникновении стойкой дисфагии

#

126

Синдром Меллори-Вейса- это:

4

стеноз привратника
наличие “целующихся язв”
пенетрирующая в печень язва
трещина слизистой кардиального отдела желудка
стойкий спазм кардиального сфинктера

#

127

Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным?

4

ортоградное бужирование вслепую
бужирование под контролем эзофагоскопа
ретроградное бужирование за нитку
ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами
ортоградное бужирование по нитке-направителю

#

128

Характерный симптомокомплекс при ахалазии кардии:

1

дисфагия, регургитация, боль
боль, одышка, сердцебиение
рвота, головокружение, слабость
одышка, слабость, рвота
сердцебиение, одышка, регургитация

#

129

Какие лекарственные препараты используются для фармакологической пробы при ахалазии кардии?

5

платифиллин, атропин
папаверин, промедол
дифенгидрамин, хлорпирамин
гидрокортизон, преднизолон
нитроглицерин, амилнитрит

#

130

Сколько физиологических сужений на пищеводе:

3

1
2
3
4
5

#

131

Чем вызывается коагуляционный некроз ткани пищевода?

1

кислотой
щелочью
спиртом
термическим фактором
электрическим фактором

#

132

Чем вызывается колликвационный некроз ткани пищевода?

3

спиртом
кислотой
щелочью
электрическим фактором
термическим фактором

#

133

Какие операции применяются при дивертикулах пищевода?

2

резекция сегмента пищевода
дивертикулэктомия
операция Добромыслова-Торека
инвагинация дивертикула
резекция нижней трети пищевода и кардии

#

134

При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

3

гастростомия
зондовое питание
удаление дивертикула с миоэзофаготомией
эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода
Склеротерапия

#

135

Синдром Мэллори-Вейса– это

4

стеноз привратника
наличие «целующихся язв»
пенетрирующая в печень язва
трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка
стойкий спазм кардиального сфинктера

#

136

Какой из перечисленных методов лечения кардиоспазма следует применить при стойком и длительном течении заболевания?

3

медикаментозный
гипносуггестивный
кардиодилатация
Оперативный
эндопротезирование пищевода

#

137

При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение?

3

кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
после кардиодилатации эффект в течение 2 лет
сужение кардии с S-образным удлинением пищевода
длительное течение, осложненное эзофагитом
длительное течение без потери массы, небольшое расширение пищевода

#

138

К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

1

Дисфагию
боли за грудиной и в спине
кашель при приеме пищи
усиленное слюноотделение
Похудание

#

139

Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным?

4

ортоградное бужирование вслепую
бужирование под контролем эзофагоскопа
ретроградное бужирование за нитку
ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами
ортоградное бужирование по нитке-направителю

#

140

Снижение желудочного кислотообразования наступает при интрадуоденальном рН, равном:

4

6,0

5,0

4,0

3,0

2,5 и ниже

#

141

Абсолютным показанием к операции при язвенной болезни являются:

1

пенетрирующая язва с образованием межорганного патологического свища

большая язва привратника, угрожающая развитием стеноза при заживлении

сочетание гигантских язв желудка и 12-перстной кишки

наличие генетической предрасположенности к язвенной болезни

упорный дуоденогастральный рефлюкс с гастритом и язвой

#

142

Относительные показания к хирургическому лечению язвенной болезни:

3

стеноз привратника

рецидив язвенного кровотечения после его эндоскопической остановки

низкие залуковичные язвы

злокачественное перерождение язвы

атипичная перфорация язвы

#

143

Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:

3

Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера

резекция в модификации Ру

Бильрот-1

модификация Бальфура

резекция по Райхель-Полиа

#

144

При кровоточащей язве тела желудка и малой степени операционного риска показано:

2

клиновидное иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией

резекция желудка с кровоточащей язвой

клиновидное иссечение кровоточащей язвы с СПВ

прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией

иссечение язвы

#

145

Для перфоративной гастродуоденальной язвы наиболее характерно:

1

внезапное начало с резких болей в эпигастрии

постепенное нарастание болевого синдрома

схваткообразные резкие боли

обильная многократная рвот

быстро нарастающая слабость, головокружение

#

146

Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является:

2

высокое стояние диафрагмы

наличие свободного газа в брюшной полости

пневматизация кишечника

“чаши” Клойбера

увеличенный газовый пузырь желудка

#

147

Наиболее частым осложнением пенетрирующей язвы желудка является:

4

развитие стеноза привратника

Малигнизация

образование межорганный свища

профузное кровотечение

Перфорация

#

148

Через час после прободения каллезной язвы желудка показано:

2

истинная антрумэктомия

классическая резекция 2/3 желудка

ушивание прободной язвы

стволовая ваготомия с пилоропластикой

любая из перечисленных операций

#

149

Для какого вида осложнений язвенной болезни характерно вынужденное положение больных с приведенными к животу ногами и "доскообразный живот"?

3

Кровотечение

прикрытая перфорация

перфорация в свободную брюшную полость

пенетрация язвы в поджелудочную железу

стеноз привратника

#

150

Какой вид операции следует избрать при прободной язве, сопровождающейся разлитым гнойным перитонитом?

5

резекция желудка

иссечение язвы с пилоропластикой

ваготомия с антрумэктомией

ваготомия с иссечением язвы с пилоропластикой

ушивание перфоративной язвы и дренирование брюшной полости

#

151

Выберите наиболее информативное исследование для диагностики причин гастроуденальных кровотечений:

1

Гастроскопия

анализ кала на скрытую кровь

введение зонда в желудок

анализ желудочного сока

рентгениследование желудка

#

152

Какие язвы чаще всего подвергаются прободению?

3

острые лекарственные язвы

стрессовые язвы

хронические язвы

юношеские язвы

гормональные язвы

#

153

В чем причина прободения язвы желудка и 12-перстной кишки?

4

переполнение желудка пищей

травмы желудка или 12-перстной кишки

тяжелая физическая нагрузка

деструкция стенки желудка и 12-перстной кишки под влиянием кислотного пептического фактора

обильный прием алкоголя

#

154

Какая локализация прободных язв встречается наиболее часто?

4

малая кривизна желудка

тело желудка

пилорический отдел желудка

передняя стенка 12- перстной кишки

задняя стенка 12- перстной кишки

#

155

В какой период времени наиболее часто возникает прободение язвы желудка и 12- перстной кишки?

3

летний период

зимний период

осенне-весенний период

в ночное время

в дневное время

#

156

Характерный болевой симптом при прободной язве желудка или 12- перстной кишки:

3

боль схваткообразного характера

боль приступообразного характера

внезапная, "кинжальная" боль по всему животу

тупая постоянная боль в эпигастрии

боль опоясывающего характера

#

157

Какой вид обезболивания следует выбрать для операции по поводу прободной язвы желудка или 12- перстной кишки?

4

местная анестезия

внутривенный наркоз

масочный наркоз

эндотрахеальный наркоз

перидуральная анестезия

#

158

В каком возрасте наиболее часто происходит прободение язвы желудка или 12- перстной кишки?

2

в юношеском возрасте

в возрасте 20-40 лет

в возрасте 40-50 лет

в возрасте 50-60 лет

в старческом возрасте

#

159

Какой из перечисленных методов лечения кардиоспазма следует применить при стойком и длительном течении заболевания?

3

медикаментозный

гипносуггестивный

кардиодилатация

Оперативный

эндопротезирование пищевода

#

160

При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение?

3

кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

после кардиодилатации эффект в течение 2 лет

сужение кардии с S-образным удлинением пищевода

длительное течение, осложненное эзофагитом
длительное течение без потери массы тела, небольшое расширение пищевода

#

161

Каким доступом следует вскрывать брюшную полость при перфоративной язве?

1

срединная лапаротомия

косая подреберная лапаротомия по Федорову

верхне-срединная лапаротомия

лапаротомия по Волковичу-Дьяконова

параректальные доступы по Ленандеру

#

162

В чем заключаются особенности клинического течения "прикрытого" прободения язвы желудка и 12- перстной кишки?

4

внезапная "кинжальная" боль в эпигастрии, характерный язвенный анамнез с последующим развитием перитонита

умеренная боль в эпигастрии после приема пищи

ночные, голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи

внезапная "кинжальная" боль в эпигастрии, локальное напряжение мышц с последующим уменьшением боли и улучшением состояния больного

схваткообразные боли в эпигастрии и вокруг пупка, сопровождающиеся многократной рвотой

#

163

Укажите наиболее опасное осложнение пенетрирующих, гастродуоденальных язв:

1

профузное кровотечение

Малигнизация

прободение в свободную брюшную полость

Стеноз

Перитонит

#

164

Как выглядит живот у больного с прободной язвой желудка или 12- перстной кишки?

3

вздутый живот

мягкий живот, который равномерно участвует в акте дыхания

напряженный живот, который в акте дыхания не участвует

асимметричный живот

умеренно напряженный живот, который участвует в акте дыхания

#

165

В чем сущность операции Оппеля-Поликарпова при перфоративной язве?

3

резекция 2/3-желудка

Гастроэктомия

ушивание перфорации

антрумэктомия

пилоропластика

#

166

В чем сущность операции по Джабулею при дуоденальной язве?

5

пилоропластика

резекция 1/3-желудка

субтогальная резекция желудка

мезогастральная резекция

гастродуоденостомия

#

167

Наиболее грозное осложнение после резекции желудка по Бильрот-2:

2

острый панкреатит
несостоятельность культи 12- перстной кишки
Пневмония
спаечная болезнь
инфаркт миокарда

#

168

Локализация места кровотечения при синдроме Меллори-Вейса:

3

разрыв слизистой пищевода
разрыв слизистой желудка
разрыв слизистой места перехода пищевода в желудок
разрыв слизистой 12- перстной кишки
кровотечение из полипов желудка

#

169

После тщательного клинического обследования больному поставлен диагноз: синдром Золлингера-Эллисона. Что из нижеприведенного можно считать верным в отношении этого синдрома?

4

данный синдром является послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни и приводит к устойчивым рвотам после приема пищи
данный синдром известен так же, как синдром верхней брыжечной артерии
данный синдром состоит в нарушении проходимости дистальных отделов желудка, связанным язвенной деформацией
это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастриноподуцирующей опухолью поджелудочной железы
встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инородные тела

#

170

Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

2

желудочная язва
дуоденальная язва
рак желудка
синдром Мэллори-Вейсса
геморрагический гастрит

#

171

Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

3

Энтерография
компьютерная томография
эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия
Артериография
радионуклидное сканирование

#

172

Выберите верные утверждения, касающиеся эпидемиологического аспекта перфоративной язвы при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

3

в 90% случаев ушитых перфораций наступает повторная перфорация
в 60% случаев перфорация одновременно сопровождается желудочно-кишечным кровотечением
встречается в 15-20% от общего количества пептических язв
желудочные язвы перфорируют в 2,5 раза чаще дуоденальных
в возрастной группе 25-50 лет летальность достигает 80%

#

173

Молодой мужчина поступает в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 100 в минуту, анурия. Пальпаторно передняя брюшная стенка резко напряжена. Диагноз скорее всего будет поставлен на основании:

2

подсчета лейкоцитов в периферической крови

обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя
СОЭ
контрастной рентгенографии желудка
контрастного рентгенологического исследования толстой кишки
#

174

Какое вещество вырабатывают G-клетки?

2

Пепсин

Гастрин

Пепсиноген

соляная кислота

Глюкагон

#

175

Выберите наиболее частую причину возвратной язвы после органосохраняющей операции с ваготомией при адекватном снижении кислотопродукции после операции:

4

гастрит оперированного желудка

синдром Золлингера-Эллисона

неполная ваготомия

нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки

чрезмерное употребление алкоголя

#

176

Одной из ведущих причин в развитии дуоденогастрального рефлюкса является:

2

дискинезия желчевыводящих путей

нарушение дуоденальной проходимости

стеноз привратника

язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

злокачественная опухоль желудка

#

177

Укажите наиболее характерные клинические признаки демпинг-синдрома:

3

боли в эпигастрии после еды, тошнота, рвота

потеря в весе, общая слабость, диарея

слабость, головокружение, сердцебиение после приема пищи

рвота съеденной пищей, дизурия, дисфагия

понос вскоре после приема пищи, слабость, афазия

#

178

Назовите наиболее характерный признак синдрома приводящей петли:

5

боли в правом подреберье, усиливающиеся после еды

Изжога

рвота съеденной пищей

общая слабость, потеря в весе

рвота желчью

#

179

К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят:

4

Воскресенского

Щеткина-Блюмберга

Раздольского

все названные симптомы

ни один из них

#

180

Для перфоративного аппендицита характерно:

2

симптом Орнера
нарастание клинической картины перитонита
Боли в левом подреберье
Отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга
Триада Горнера

#

181

При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения какой доступ применяется:

5

срединная лапаротомия
По Волковичу-Дьяконову
В правом подреберье
В правой подвздошной области
По Бруншвику

#

182

Наиболее рациональным методом обработки культи аппендикса у взрослых является:

5

перевязка шелковой лигатурой с погружением культи
перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи
погружение перевязанной культи
перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи
перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи

#

183

Инвагинация относится к непроходимости:

5

Спастической
паралитической
обтурационной
странгуляционной
Смешанной

#

184

Наиболее ранним и постоянным симптомом острой тонкокишечной непроходимости является:

3

задержка стула и газов
усиление перистальтики
схваткообразные боли в животе
асимметрия живота

Рвота

#

185

При злообразовании, ущемлении кишки и завороте:

2

следует проводить консервативные мероприятия по устранению непроходимости
показана экстренная операция
предпочтительна операция в "холодном" периоде
необходимо динамическое наблюдение
Показана операция в плановом порядке

#

186

Проба Шварца - это проба на:

3

наличие билирубина-глюконоида
переносимость лекарств
исследование пассажа бария по кишечнику
Коагулопатию
наличие крови в кале

#

187

Операцией выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:

1

правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
наложение илеостомы
наложение цекостомы
операция Гартмана
операция Микулича

#

188

Чаше всего наблюдается заворот:

4

большого сальника
сигмовидной кишки
слепой кишки
тонкой кишки
Желудка

#

189

При длительном послеоперационном парезе кишечника возможно применение:

5

повторной операции
назоинтестинальной интубации тонкой кишки
Холинэргетиков
электро- и лазерной стимуляции
всех этих средств стимуляции кишечника

#

190

Какое исследование необходимо провести для диагностики заворота сигмовидной кишки?

5

пальцевое исследование прямой кишки
ультразвуковое исследование
Эзофагогастродуоденоскопию
Интестиноскопию
Ирригоскопию

#

191

У больного, общее состояние которого тяжелое, внезапно появились сильные и постоянные боли в правой подвздошной области. При пальпации живота определяется резкая болезненность в правой подвздошной области и ощущение пустоты на месте слепой кишки, резко положительный симптом раздражения брюшины. Для какой патологии наиболее характерен данный симптомокомплекс?

4

острый аппендицит
Инвагинация
Узлообразование
заворот слепой кишки
заворот сигмовидной кишки

#

192

У больного на протяжении 2-х суток после перенесенной операции по поводу разрыва селезенки, отмечается равномерное вздутие живота, отсутствие значительной болезненности при пальпации, задержка отхождения газов. Для какого вида острой кишечной непроходимости характерен данный симптомокомплекс?

4

острая механическая кишечная непроходимость
острый тромбоз мезентериальных сосудов
Инвагинация
острая динамическая непроходимость
острая спаечная кишечная непроходимость

#

193

Больной отмечает внезапное появление сильных схваткообразных болей в животе, не имеющих определенной локализации. Во время схваток мечется по кровати, кричит. При осмотре: живот обычной конфигурации, перитонически принимает ладьевидную форму. На обзорной рентгенографии выявлено спастическо-атоническое состояние кишечника. При контрастном исследовании с барием выявлен -замедленный пассаж бария по тонкой кишке. Для какой формы ОКН характерен данный симптомокомплекс?

4

Заворот

Узлообразование

паралитическая кишечная непроходимость

спастическая кишечная непроходимость

обтурационная кишечная непроходимость

#

194

К динамической кишечной непроходимости относятся:

1

спастическая и паралитическая непроходимость

Заворот

Узлообразование

Инвагинация

спаечная непроходимость

#

195

К странгуляционной кишечной непроходимости относятся:

3

обтурация опухолью

спастическая непроходимость

Заворот

паралитическая непроходимость

Копростаз

#

196

К обтурационной кишечной непроходимости относятся:

5

Заворот

Ущемление

паралитическая непроходимость

Узлообразование

Копростаз

#

197

Наиболее характерный симптомокомплекс для острой кишечной непроходимости:

3

приступообразные боли в правом подреберье

боли в эпигастрии, опоясывающего характера и многократная рвота

схваткообразные боли в животе, многократная рвота, вздутие живота и задержка стула

боли в животе постоянного характера

"кинжальная" боль в животе

#

198

Для диагностики острой кишечной непроходимости применяется:

3

Эзофагогастродуоденоскопия

Артериография

рентген-исследование органов брюшной полости

Термометрия

Допплерография

#

199

Симптом "Обуховской больницы" характерен для:

3

Узлообразования

Инвагинации

заворота сигмовидной кишки

заворота тонкой кишки

выпадения прямой кишки

#

200

Какой симптомокомплекс характерен для высокой кишечной непроходимости?

5

хваткообразные боли в животе, вздутие живота, задержка стула, газов и положительный симптом "клизмы"
боли в эпигастрии, многократная рвота
сильные боли в эпигастральной области, холодный липкий пот
приступообразные боли в поясничной области, дизурические явления
схваткообразные боли в животе, многократная рвота, отрыжка, задержка газов, наличие стула

#

201

В чем заключается рентгенологический симптом "чаши" Клойбера при острой кишечной непроходимости?

3

скопление газов в раздутых петлях кишечника
серповидная полоска над печенью
горизонтальные уровни жидкости, над которыми располагаются куполообразно скопившиеся газы
контрастное вещество задерживается в желудке
контрастное вещество попадает в свободную брюшную полость

#

202

Самой частой причиной перитонита является:

1

острый аппендицит
прободная язва
Сальпингит
странгуляция тонкой кишки
рак желудка

#

203

Основным симптомом перитонита является:

5

Рвота
боли в животе
кровавый стул
задержка стула и газов
напряжение мышц передней брюшной стенки

#

204

Лучшим способом вскрытия поддиафрагмального абсцесса является:

5

Тораколапаротомия
Люмботомия
двухмоментныйчрезплевральный доступ
лапаротомия по Федорову
внеплевральный внебрюшинный способ

#

205

Срединную лапаротомию необходимо проводить при:

1

разлитом перитоните
местном неотграниченном перитоните
абсцессе дугласова пространства
аппендикулярном инфильтрате
остром аппендиците

#

206

У больного разлитой гнойный перитонит, обусловленный перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Следует произвести:

3

резекцию желудка по Бильрот-1
резекцию желудка по Бильрот-2
ушивание язвы
коагуляцию язвы
реконструктивную операцию на желудке и двенадцатиперстной кишке

#

207

Фибринозных отложений на брюшине не бывает при перитоните:

1

Серозном
Фибринозном
Гнойном
Гнилостном
Каловом

#

208

Укажите путь проникновения инфекции в брюшную полость при первичном перитоните:

4

Желчеистечение
Лимфоррея
Гемоперитонеум
гематогенный путь
через содержимое кишечника

#

209

Какая стадия разлитого перитонита развивается у больного в период от 24 до 72 часов от начала заболевания?

1

Токсическая
Реактивная
Терминальная
Переходная
Контактная

#

210

Какая стадия разлитого перитонита развивается у больного в период свыше 72 часов от начала заболевания?

5

Реактивная
Токсическая
Ихорозная
Некротическая
Терминальная

#

211

Реактивная стадия перитонита продолжается:

2

4-6 часов
24 часа
48 часов
72 часа
более 72 часов

#

212

Укажите, какой доступ наиболее удобен при разлитом перитоните?

2

транстернальный доступ
срединная лапаротомия
лапаротомия по Федорову
лапаротомия по Дьяконову
двухподреберная лапаротомия

#

213

При операции по поводу острого деструктивного холецистита было обнаружено до 200 мл гнойного экссудата с примесью желчи в подвздошной ямке и малом тазу. Какова распространенность перитонита в данном случае?

1

Диффузный
Разлитой
Региональный
Местный
Ограниченный

#

214

Какое оперативное вмешательство можно выполнить при разлитом гнойном перитоните, возникшем вследствие перфоративной язвы 12-п. кишки?

3

резекцию 2/3 желудка по Бильрот -2
селективную проксимальную ваготомию
ушивание перфоративной язвы
иссечение язвы
резекцию 1/3 желудка

#

215

При перфорации кишки, связанной с язвенным колитом, показано:

1

ушивание перфорации
проксимальная колостомия
тотальная колэктомия и илеостомия
резекция сегмента кишки с перфорацией
выведение петли с перфорацией из брюшной полости

#

216

Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:

4

инородные тела
желчные камни
доброкачественные опухоли
спайки брюшной полости
злокачественные опухоли

#

217

Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:

3

рентгеноскопическое исследование с пероральным введением бария
Ирригоскопия
Колоноскопия
исследование кала на скрытую кровь
УЗИ

#

218

Наиболее частое показание к хирургическому лечению болезни Крона:

5

внутренняя фистула
внешняя фистула
опухоль в животе
застойный синдром кишечника
кишечная непроходимость

#

219

Оптимальным методом лечения внутрикишечного карциноидного тумора является:

5

Радиотерапия
Химиотерапия
антисеротониновые препараты
хирургическое и радиотерапия
резекция пораженного отдела кишечника

#

220

Какова диагностическая достоверность обнаружения дивертикулеза толстой кишки с помощью бариевой клизмы?

1

5%
10%
15%
20%
30%

#

221

60-летний мужчина страдает хроническим запором. Ирригоскопия выявила стеноз нисходящего отдела толстой кишки. Наиболее вероятной причиной этого является:

3

Дивертикулит
ишемический колит
опухоль толстого кишечника
гранулематозный колит
радиационный колит

#

222

Наиболее частая причина возникновения массивного кровотечения из толстой кишки:

1

карцинома нисходящего отдела ободочной кишки
Дивертикулит
язвенный колит
опухоль восходящего отдела ободочной кишки
множественный полипоз

#

223

Наиболее частое место локализации внутрикишечной обструкции при кишечной непроходимости:

2

12- перстная кишка
подвздошная кишка
тощая кишка
сигмовидная кишка
ректосигмовидный отдел толстой кишки

#

224

При ирригоскопии толстый кишечник выглядит в виде "свинцовой трубки"-это говорит о:

2

Амебиазе
язвенном колите
туберкулезе толстой кишки
гранулематозном энтерите
семейном полипозе

#

225

Наиболее информативным методом инструментальной диагностики острой кишечной непроходимости является:

1

обзорная рентгенография брюшной полости
Лапароскопия
Ангиография
Гастроскопия
Колоноскопия

#

226

Выберите патологию, которая не может быть причиной внепеченочной портальной гипертензии:

5

атрезия воротной вены
кавернозная трансформация портальной вены
флебосклероз портальной вены
тромбоз воротной вены, вызванный различными воспалительными заболеваниями
блок печеночных капилляров сети портальной вены

#

227

При ультразвуковом исследовании выявлены абсцессы печени. Имеются признаки выраженной интоксикации. Определите наиболее рациональный путь введения антибиотиков на фоне комплексного лечения:

3

в нижнюю полую вену
Интрадуктально

внутриречная перфузия
в подключичную вену
Интраабдоминально

#

228

Выберите редко встречающийся симптом портальной гипертензии:

5

возникновение коллатерального кровообращения

Спленомегалия

геморрагические проявления

Асцит

Желтуха

#

229

Истинный постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен только:

5

рубцовым стенозом

не найденным во время операции камнем холедоха

стенозом большого дуоденального соска

Дуоденостазом

снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холецистэктомии

#

230

Холедохолитиаз- это камень в:

2

пузырном протоке

общем желчном протоке

левом и правом печеночном протоке

общем печеночном протоке

желчном пузыре

#

231

У больного 70 лет с "острым" животом хирург заподозрил деструктивный холецистит. Выберите метод исследования, который позволит точно установить диагноз:

4

обзорная рентгенография брюшной полости

внутриречная холангиография

анализ крови в динамике

Лапароскопия

Холецистография

#

232

Какой из перечисленных симптомокомплексов характерен для острого перфоративного холецистита?

2

резкие опоясывающие боли в эпигастрии, коллапс, положительный симптом Мейо-Робсона, лейкоцитоз 18×10^9 /л, гиперкальциемия, глюкозурия

выраженная боль в правом подреберье с иррадиацией в правую половину живота и правую лопатку, напряжение брюшных мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах живота

приступообразные боли в правой поясничной области с иррадиацией в правую паховую область, озноб, гематурия

схваткообразные боли в области вокруг пупка, многократная рвота, задержка газов и стула

приступообразные боли в правом подреберье, многократная рвота, тошнота; живот болезнен в правом подреберье, пальпируется болезненное дно желчного пузыря

#

233

Какая операция необходима крайне тяжелым больным с острым деструктивным холециститом?

1

1. холецистостомия

2. холецистолитотомия

3. холецистэктомия

4. холецистэктомия и дренирование холедоха

5. холедоходуоденостомия

#

234

Какой симптомокомплекс характерен для гнойного холангита?

2

положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье, диспепсические расстройства
интермиттирующий характер температурной кривой, озноб, желтушность кожных покровов
напряжение брюшных мышц в эпигастрии, диастазурия

резкая болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Мюсси и Ортнера

умеренное напряжение мышц, субфебрильная температура, положительные симптомы Ровзинга и Ситковского

#

235

При желтушно-болевогой форме калькулезного холецистита после стихания болевого приступа, довольно часто, желтуха появляется через:

4

1,5-3 часа

3-6 часов

6-12 часов

12-24 часа

24-36 часов

#

236

Какой симптом является характерным для острого холецистита?

2

симптом Воскресеньского

симптом Ортнера

симптом Бартомье-Михельсона

симптом Керте

симптом Обуховской больницы

#

237

Какой из перечисленных симптомокомплексов характерен для острого обтурационного холецистита?

1

выраженный болевой синдром, наличие увеличенного, болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера и Щеткина-Блюмберга в правом подреберье

"кинжальная" боль в эпигастрии и по всему животу, сглаженность печеночной тупости

резкие опоясывающие боли в эпигастрии, положительный симптом Мейо-Робсона, гипокальциемия, глюкозурия

схваткообразные боли в области пупка, многократная рвота, задержка стула и газов, положительный симптом Валя

приступообразные боли в правой поясничной области с иррадиацией в правую паховую область, гематурия и озноб

#

238

Какое осложнение вызывает миграция конкрементов по желчевыводящим путям?

5

Пиелоплебит

подпеченочный абсцесс

тромбоз пузырной артерии

острый панкреатит

механическая желтуха

#

239

Когда показана холедохотомия при остром гнойном холангите?

5

после консервативной терапии

после стихания острых явлений

только при наличии камня

после повторного приступа

всегда и без исключения

#

240

Операция выбора при механической желтухе:

4

Холецистэктомия

холецистэктомия + билидигестивные анастомозы
холецистэктомия + папиллосфинктеротомия
холецистэктомия + дренирование холедоха
Холецистостомия

#

241

Какое давление в желчевыводящих путях в норме?

3

80 - 100 мм вод. Ст
100 - 120 мм вод. Ст
120 - 180 мм вод. Ст
300 - 320 мм вод. Ст
350 - 400 мм вод. Ст

#

242

Сколько желчи вырабатывается за сутки в норме?

4

100 - 150 мл
200 - 250 мл
300 - 500 мл
700 - 1500 мл
2000 - 3000 мл

#

243

После приступа острого холецистита пероральную холецистографию можно проводить через:

3

2 часа
1 - 2 суток
4 - 5 суток
через неделю
через месяц

#

244

Когда можно оставить дренажную трубку в подпечечном пространстве после холецистэктомии?

1

в любом случае
только после удаления флегмонозного желчного пузыря
только при перфорации желчного пузыря
при водянке желчного пузыря
при диффузном кровотечении из ложа желчного пузыря

#

245

Рентгенологическим критерием абсцесса печени является:

3

"чаши" Клойбера
"серповидная полоска" над печенью
уровень жидкости и газа в проекции печени
пневматоз кишечника
расширение подковы 12- перстной кишки

#

246

Методом выбора лечения при абсцессе печени является:

4

Косервативное
динамическое наблюдение
Физиолечение
Хирургическое
санаторно-курортное

#

247

Назовите причину внутрипечечной формы синдрома портальной гипертензии:

1

цирроз печени

аномалии развития воротной вены
эндофлебит печеночных вен
тромбоз воротной вены
тромбоз нижней полой вены

#

248

Для портальной гипертензии характерны следующие клинико-диагностические признаки, за исключением:

2

варикозного расширения вен пищевода и желудка
желтухи, высокой интермиттирующей лихорадки
спленомегалии, гиперспленизма

Асцита

диспептических расстройств, печеночных знаков", сосудистых звездочек"

#

249

При повреждении селезенки, сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением, отмечается положительный симптом:

3

Воскресенского

Образцова

Френикус-симптом ("ваньки-встаньки")

Гобье

Керте

#

250

Операцией выбора при нагноившемся эхинококкозе печени является:

5

Гемигепатэктомия

Марсупиализация

идеальная эхинококкэктомия

закрывающаяся инвагинационная эхинококкэктомия

эхинококкэктомия, хитинэктомия + дренирование полости

#

251

Выделите патологоанатомические критерии отечной формы острого панкреатита?

4

жировой некроз

наличие обширных геморрагий

гнойное расплавление ткани поджелудочной железы

отек межуточной ткани поджелудочной железы, зоны небольших кровоизлияний

гнойная инфильтрация ткани поджелудочной железы

#

252

Как проявляется симптом Воскресенского при остром панкреатите?

4

напряжением мышц передней брюшной стенки

исчезновением печеночной тупости при перкуссии

болезненностью в правой подвздошной области

исчезновением пульсации брюшной аорты

болезненностью в реберно-позвоночном углу слева при пальпации

#

253

В чем заключается симптом Гобье при остром панкреатите?

4

ослабление пульсации аорты

напряжение мышц в эпигастральной области

болезненность в левом реберно-позвоночном углу

вздутие верхнего отдела передней брюшной стенки вследствие пареза поперечно-ободочной кишки

резкая болезненность в левом подреберье при пальпации

#

254

Какие клинические признаки характерны для панкреатогенной токсемии?

3

гиперемия лица, повышение артериального давления
брадикардия, холодный липкий пот, повышение артериального давления
бледность, желтушность, цианоз, мраморный оттенок и сосудистые пятна на кожных покровах
высокая температура тела, лицо Гиппократ
желтуха, слабость, боли в правом подреберье

#

255

Какие из данных лабораторных исследований более значимы для диагностики острого панкреатита?

5

уровень билирубина в крови

общий анализ крови и мочи

уровень сахара в крови

Ревмотесты

альфа-амилаза крови и мочи

#

256

Укажите причинный фактор контактной формы острого панкреатита:

3

острый холецистит

травмы поджелудочной железы

пенетрация язвы 12- перстной кишки в головку поджелудочной железы

Дуоденостаз

хронический панкреатит

#

257

Назовите ангиогенные причины острого панкреатита:

2

Отравления

окклюзии панкреатических артерий и вен

опухоль поджелудочной железы

тромбоз вен нижних конечностей

постхолецистэктомический синдром

#

258

Достоверным лапароскопическим симптомом геморрагической формы острого панкреатита является:

5

наличие "стеариновых" бляшек

наличие гнойного выпота

отек малого сальника

выбухание стенки желудка

наличие большого количества геморрагического выпота

#

259

Дифференциально-диагностическим симптомом острого панкреатита в отличие от острого холецистита является:

5

внезапное начало

острые боли в верхней половине живота

иррадиация болей

ослабление кишечной перистальтики

Гиперэнзимемия

#

260

Какой из нижеперечисленных симптомов острого панкреатита не характерен для тромбоза брыжеечных сосудов?

4

Перитонит

Токсемия

острое начало

опоясывающие боли

коллапс, шок

#

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

1.

Пациентка 25 лет родила ребенка весом 3800 грамм. При рождении плечевого пояса произошел разрыв промежности 2 степени. При этом не произошло повреждение:

4

нарушение задней спайки
повреждения стенок влагалища
повреждения мышц промежности
повреждения сфинктера прямой кишки
повреждения кожи промежности

#

2.

У пациентки при родах крупным плодом произошел разрыв промежности 3 степени. С чего нужно начинать накладывать швы:

2

на слизистую влагалища
на сфинктер прямой кишки
на мышцы промежности
на стенку прямой кишки
на кожу промежности

#

3.

У пациентки во время родов произошел разрыв шейки матки 3 степени в сочетании с разрывом влагалища. С чего начать наложение швов:

3

швы на влагалище
швы на шейку матки
швы на нижний сегмент матки
швы на свод влагалища
швы на прямую кишку

#

4.

Во время родов у пациентки произошел разрыв промежности. Возникновению разрыва способствует:

5

эпидуральная анестезия
введение лекарств
правильное ведение родов
поведение пациентки
ригидность промежности

#

5.

В родах произошел разрыв матки. С чего начать лечение свершившегося разрыва матки:

1

анестезиологическое пособие
оперативное вмешательство
инфузионно-трансфузионная терапия
индукции родов
узи с доплерометрией плода

#

6.

Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется следующим:

1

наличием болезненного образования
повышением местной температуры
наличием гнойного отделяемого
повышением температуры тела
наличием наружного кровотечения

#

7.

В родах у пациентки выявлена высокая и ригидная промежность. Что необходимо выполнить в родах:

1

эпизиотомию или перинеотомию

наложение щипцов

защиту промежности

усилить потуги окситоцином

надавить на дно матки

#

8.

Для клинической картины разрыва шейки матки характерно:

4

периодически повторяющееся кровотечение из половых путей

гипотония матки

ДВС-синдром

постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке

повышение температуры

#

9.

После рождения плаценты был произведен осмотр родовых путей. Выявлен разрыв кожи, задней спайки и мышц промежности. Какая степень разрыва промежности должна быть выставлена в диагноз:

2

1 степень

2 степень

3 степень

4 степень

разрыв влагалища

#

10.

После рождения плаценты был произведен осмотр родовых путей. Выявлен разрыв кожи, задней спайки и мышц промежности, сфинктера прямой кишки. Какая степень разрыва промежности должна быть выставлена в диагноз:

3

1 степень

2 степень

3 степень

4 степень

разрыв влагалища

#

11.

После рождения плаценты был произведен осмотр родовых путей. Выявлен разрыв кожи, задней спайки и мышц промежности, сфинктера прямой кишки, стенка прямой кишки. Какая степень разрыва промежности должна быть выставлена в диагноз:

4

1 степень

2 степень

3 степень

4 степень

разрыв влагалища

#

12.

Пациентка в родах отмечает усиление болей в промежутке между схватками с локализацией в надлобковой области. При обследовании выявлен гипертонус матки. Матка приняла форму песочных часов. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Ваш диагноз:

1

угрожающий разрыв матки

начавшийся разрыв матки

свершившийся разрыв матки

насилованный разрыв матки

самопроизвольный разрыв матки

#

13.

Пациентка в родах отмечает усиление болей в промежутке между схватками с локализацией в надлобковой области, появление кровянистых выделений из половых путей. При обследовании выявлен гипертонус матки. Матка приняла форму песочных часов. Пальпация плода затруднена. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Ваш диагноз:

2

угрожающий разрыв матки
начавшийся разрыв матки
свершившийся разрыв матки
насильственный разрыв матки
самопроизвольный разрыв матки

#

14.

Пациентка с доношенным сроком беременности поступила в состоянии спутанного сознания. Жалобы описать не может. Со слов родственницы, дома начались регулярные схватки. Во время очередной схватки пациентка резко вскрикнула и потеряла сознание. Объективно: кожа бледной окраски, пульс слабый, АД 90/60 мм.рт.ст. Пальпация живота болезненная, легко прощупываются мелкие части плода. Сердцебиение плода не выслушивается. Ваш диагноз:

3

угрожающий разрыв матки
начавшийся разрыв матки
свершившийся разрыв матки
насильственный разрыв матки
самопроизвольный разрыв матки

#

15.

При выведении плаценты произошел выворот матки. С чего необходимо начать неотложную помощь:

1

адекватной анестезии
введения окситоцина
немедленного вправления матки
тампонады влагалища
осмотра матки

#

16.

При осмотре родовых путей обнаружено дно матки во влагалище. Ваш диагноз:

2

выворот матки 1 степени
выворот матки 2 степени
выворот матки 3 степени
насильственный выворот
опущение матки

#

17.

При осмотре родовых путей обнаружено дно матки за пределами половой щели. Ваш диагноз:

3

выворот матки 1 степени
выворот матки 2 степени
выворот матки 3 степени
насильственный выворот
опущение матки

#

18.

В родах у пациентки произошел насильственный разрыв матки. Что могло его спровоцировать:

2

часто возникает при ведении родов по методу Цовьянова
может осложнять наружно-внутренний поворот плода на ножку
имеет наибольшую частоту в современном акушерстве
чаще встречается во время беременности
часто осложняет начало потуг

#

19.

Беременная женщина со сроком гестации 36 недель обратилась с жалобами на сильные боли в области рубца на матке после кесарева сечения. Ваша тактика:

1

экстренная операция
плановая операция
наблюдение
острый токолиз
индукция родов

#

20.

В родах у пациентки произошел отрыв матки от сводов влагалища. Ваша тактика:

2

ушивание разрыва
экстирпация матки
надвлагалищная ампутация матки
кесарево сечение
метропластика

#

21.

При возникновении симптомов угрожающего разрыва матки, если плод жив, необходимо:

3

наложение акушерских щипцов
плодоразрушающая операция
кесарево сечение
индукция родов
наложение вакуум-экстрактора

#

22.

У пациентки появились симптомы угрожающего разрыва матки. Для снятия родовой деятельности необходимо применить:

2

папаверин
глубокий наркоз
витамин С
нифедипин
бета-миметики

#

23.

Появление сине-багровой опухоли в области большой половой губы после рождения плода свидетельствует...

3

о наличии варикозных узлов вульвы;
о наличии разрыва большой половой губы;
о наличии гематомы вульвы и влагалища;
о наличии отека большой половой губы
о наличии инфицирования половой губы

#

24.

При быстро нарастающей гематоме вульвы и влагалища следует предпринять...

2

вскрыть гематому и затампонировать влагалище;
вскрыть гематому, перевязать сосуды, зашить рану;
положить лед к промежности и вульве, применить хлористый кальций;
наложить давящую повязку
ввести гемостатик

#

25.

Беременная пациентка жалуется на боли в области лобка. Диагностика расхождения и разрыва лонного сочленения основывается на:

5

определении размеров плода
определении витамина Д в крови
определении кальция в крови
продолжительности беременности и родов

рентгенологическом исследовании костей таза

#

26.

Наиболее целесообразным методом обезболивания для восстановления разрыва промежности IV степени, который сопровождается обильной кровоточивостью тканей является

1

внутривенный наркоз

местная инфильтрационная анестезия

спинальная анестезия

эпидуральная анестезия

пероральный прием анальгетиков

#

27. При угрожающем разрыве промежности в родах проводится

4

вертикальные роды

массаж промежности

теплые компрессы

эпизиотомия

анестезия лидокаином

#

28.

Тактика врача при клинической картине выворота матки заключается в:

3

выполнении надвлагалищной ампутации

назначении утеротонической терапии

осторожном вправлении матки на фоне наркоза

проведении экстирпации матки

назначении окситоцина

#

1. 29.

2. Для клинической картины угрожающего разрыва матки характерно:

3. 1

матка в виде песочных часов

появление кровянистых выделений из влагалища

тошнота и рвота

повышение температуры

отсутствие сердцебиения плода

#

30.

Основное условие, способствующее вывороту матки:

4. 3

потягивание за пуповину при выделении последа

использование приема Креде – Лазаревича

гипотоническое состояние матки

разрыв промежности

разрыв влагалища

#

31.

Пациентка поступила в отделение гинекологии в состоянии средней тяжести с жалобами на повышение температуры до 38,0 °С, боли внизу живота, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, общую слабость, недомогание. Больной себя считает в течение 2 дней, связывает с проведенным медицинским абортom в сроке 6-7 недель. При осмотре матка слегка увеличена в размерах, болезненна из шейки матки выделения гнойно-сукровичные. Диагноз:

1

метроэндометрит

аднексит

перитонит

септический шок

острый эндометрит

#

32.

Пациентка обратилась с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39,0 °С. Из анамнеза: 3 суток назад было проведено хирургическое прерывание бере-

менности в сроке 13-14 недель по медицинским показаниям. При осмотре матка увеличена до 6 недель беременности, мягкой консистенции, чувствительная при пальпации, из шейки матки выделения гнойно- кровянистые, умеренные. Придатки с обеих сторон без особенностей. Ваш диагноз:

3

септический шок
перитонит
неполный инфицированный аборт
острый эндометрит
системный воспалительный ответ

#

33.

Пациентка с жалобами на повышение температуры тела до 40,0 °С, кровянисто-гноевидные выделения из половых путей, озноб, тошноту, рвоту, боли в мышцах всего тела, снижение количества мочи, изменение окраски кожных покровов и цвета мочи. В анамнезе внебольничное прерывание беременности 7 дней назад в сроке 17-18 недель. При осмотре: тело матки без четких контуров, увеличено до 12-13 недель, резко болезненно при пальпации, неоднородной консистенции. Ваш диагноз:

1

анаэробный сепсис
септический шок
синдром полиорганной недостаточности
синдром системного воспалительного ответа
хориоамнионит

#

34.

Родильница, 4 сутки после родов самостоятельных преждевременных родов, осложнившихся преждевременным разрывом плодных оболочек, предъявляет жалобы на ноющие боли внизу живота, повышение температуры до 38,0 °С, общую слабость. Живот мягкий, не вздут. Матка мягковатой консистенции, умеренно болезненная, дно на 2 см ниже уровня пупка. Лохии в значительном количестве, кровянистые, «мутные», с неприятным запахом.

Ваш диагноз:

2

септический шок
послеродовый эндометрит
инфицированный аборт
хориоамнионит
полиорганная недостаточность

#

35.

В отделении вторые сутки находится пациентка, после экстренного оперативного родоразрешения по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек, стойкой слабости родовой деятельности, неподдающейся медикаментозной коррекции.

Родильница предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, головную боль. Объективно: пульс 100 уд/мин, АД 120/60 мм рт.ст., температура тела до 38,5-39,0 °С, Матка «тестоватой» консистенции, дно ее на уровне пупка. Перистальтика кишечника не выслушивается, газы не отходят. Ваш предположительный диагноз?

4

анаэробный сепсис
хориоамнионит
эндометрит после кесарева сечения
перитонит после кесарева сечения
инфицированный аборт

#

36.

Роженица, доношенная беременность, поступила в родильный блок с регулярной родовой деятельностью. Жалуется на разбитость, слабость, озноб, повышение температуры до 38,0 °С, болезненные схватки, подтекание околоплодных вод в течение 12 часов. Через 40 минут родила живую недоношенную девочку массой 2500 г, с оценкой по Апгар 3-5-6

баллов. Задние воды с гнилостным запахом, мутные, зеленоватого цвета. Диагноз?

2

анаэробный сепсис
хориоамнионит
эндометрит после кесарева сечения
перитонит после кесарева сечения

послеродовый эндометрит

#

37.

Женщина на 14 сутки после самостоятельных родов, доставлена в отделение гинекологии с жалобами на повышение температуры до 40,0 °С, общую слабость, головную боль, кашель, боли в пояснице, гнойные выделения из половых путей. Роды были срочные, затяжные с длительным безводным промежутком. В послеродовом периоде субфебрилитет, субинволюция матки. Выписана на 6 сутки. После выписки дома лихорадка до 39 - 40,0 °С, ознобы. Принимала жаропонижающие средства. Ваш диагноз?

5

анаэробный сепсис

хориоамнионит

эндометрит после кесарева сечения

перитонит после кесарева сечения

послеродовый эндометрит

#

38.

Больная поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 39,0 С, тошноту, рвоту. Из анамнеза: данная беременность 5, самостоятельных родов в срок- 2, медицинских абортов в малом сроке- 3. Контрацепция - ВМС в течение 8 лет. Объективно: состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые бледные. В зеркалах: шейка матки чистая, выделения гнойные, проводные нити ВМС. Ваш диагноз:

4

острый пельвиоперитонит

разлитой перитонит

острый параметрит

острый метроэндометрит

септический аборт

#

39.

Родильница на 5-е сутки после самостоятельных родов предъявляет жалобы на боли внизу живота, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 38,9 С. Беременность осложнилась обострением хронического цистита, пиелонефрита. При осмотре: матка плотная, контуры четкие, высота стояния дна матки на 4 поперечных пальца ниже пупка. Молочные железы умеренно нагрудные, болезненные. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Какой диагноз наиболее вероятен?

1

мастит

хориоамнионит

эндометрит

перитонит

параметрит

#

40.

После самостоятельных своевременных родов на 3-е сутки родильница предъявляет жалобы на боли внизу живота и пояснице, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39,0 °С. В родах: третий период осложнился частичным плотным прикреплением плаценты, в связи с чем, было произведено ручное отделение и выделение последа, а так же контрольное ручное обследование полости матки. В анамнезе - хронический пиелонефрит. Ваш предположительный диагноз:

4

пиелонефрит

перитонит

параметрит

эндометрит

септический шок

#

41.

Родильница, после своевременных самостоятельных родов, обратилась по поводу болей внизу живота, слабости, повышения температуры тела до 38,0 °С. Лохии кровянистые, мутные, гнилостного запаха. Роды осложнились ранним послеродовым гипотоническим кровотечением, для остановки которого проводилось ручное обследование полости матки. Кровопотеря составила 900 мл. Диагноз:

3

мастит

хориоамнионит

эндометрит
перитонит
параметрит

#

42.

Родильница переведена в отделение септической гинекологии на 4 сутки после самостоятельных родов с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, проливной пот, слабость, отсутствие аппетита, боли во всем теле, выделения кровянистые, мутные с запахом. Роды осложнились длительным безводным промежутком, вторичной слабостью родовой деятельности, ручным обследованием полости матки по поводу дефекта последа. Объективно: состояние тяжелое, бледная, акроцианоз, кожа нижних конечностей имеет мраморный рисунок, адинамия. Язык суховат. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени и селезенки болезненная. Олигурия.

Поставьте диагноз:

4

перитонит
параметрит
микробиологическое событие
септический шок
бактериальный шок

#

43.

Больная доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на температуру 39°C, боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, задержку газов, стула. Состояние спровоцировано физической нагрузкой. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, смещения ее болезненные, матка нормальных размеров, справа от матки пальпируется опухолевидное образование размером 6×7 см, ограниченное в подвижности, болезненное, с четкими контурами, слева придатки не определяются. Бели слизистогнойные. Поставьте диагноз:

5

перекрут ножки кисты яичника
внематочная беременность
инфицированный аборт
послеродовый хориоамнионит
перфорированный пиосальпинкс

#

44.

У родильницы послеродовой период осложнился гнойным эндометритом. На 4 сутки заболевания состояние больной резко ухудшилось: температура тела повысилась до 40°C, озноб, выраженные симптомы интоксикации, появились мышечные боли, диарея, слуховые и зрительные галлюцинации, возбуждение. Сознание спутанное. Кожные покровы багрово-красного цвета, слизистые оболочки и ногтевые ложа с цианотичным оттенком. Диагноз?

3

перитонит
аднексит
септический шок.
хориоамнионит
острый эндометрит

#

45.

Больная обратилась к врачу женской консультации с жалобами на температуру тела до 38,5°C, боли внизу живота, кровянисто-гнойные выделения из влагалища. 4 суток назад был произведен искусственный аборт при сроке беременности 11-12 недель. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, тело матки увеличено до 9 недель беременности, болезненное, мягкой консистенции. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения кровянистые, тусклого цвета с неприятным запахом. О каком состоянии может идти речь?

2

разлитой пельвио-перитонит
острый эндометрит после искусственного аборта
неполный инфицированный аборт
акушерский септический шок
синдром системного воспалительного ответа

#

46.

В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на боли справа и слева внизу живота, $t-38,5^{\circ}\text{C}$, слабость, потерю аппетита, боли при мочеиспускании, обильные гнойные выделения из половых путей. В анамнез- случайный половой контакт без барьерной контрацепции. Наиболее вероятный диагноз:

5

перекрут ножки кисты яичника
синдром полиорганной недостаточности
инфицированный аборт
острый хориоамнионит
острый двухсторонний аднексит

#

47.

Пациентка поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли внизу живота, обильные выделения из половых путей зеленого цвета. 8 дней назад произведено пребывание беременности по медицинским показаниям в сроке 6 недель. Процедура прошла без осложнений, выписана из стационара на следующий день. В зеркалах: шейка матки без патологических изменений, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. На УЗИ - остатков плодного яйца не обнаружено.

Поставьте диагноз:

3

перитонит
параметрит
острый эндометрит после искусственного аборта
метроэндометрит, сепсис, бактериальный шок
рефрактерный септический шок

#

48.

Повторнобеременная обратилась в родильный дом с жалобами на поступила на подтекание околоплодных вод в течение 48 часов. При поступлении родовой деятельности нет. Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки укорочена до 1,5 см., цервикальный канал пропускает 2 п/п., плодного пузыря нет, предлежит головка, в I плоскости малого таза. Выделения - подтекают гнойные околоплодные воды с неприятным запахом. Выберите правильный ответ:

2

перитонит
хориоамнионит
эндометрит
септический шок
аднексит

#

49.

Больная поступила в гинекологическое отделение с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}-39,0^{\circ}\text{C}$.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, зев закрыт, тело матки четко не контурируется, из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не определяются. Справа и сзади от матки определяется образование размерами 12x7 см., ограниченное в подвижности, резко болезненное. Произведена пункция заднего свода - получено 20 мл гноя.

Ваш диагноз?

1

пельвиоперитонит
параметрит
аппендицит
эндометрит
киста яичника

#

50.

Больная поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до $37,5^{\circ}\text{C}$. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; матка отклонена кпереди, больше нормы, движения за шейку матки болезненны, придатки матки без особенностей, задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гнойные.

4

септический шок
параметрит
аднексит

метроэндометрит
пельвиоперитонит

#

51.

Пациентка З., 32 лет, соматически здоровая. Роды при доношенной беременности, продолжавшиеся 12 часов. закончились рождением мертвого мацерированного плода. На 8 сутки послеродового периода держится температура тела 37,2- 37,6 °С, субинволюция матки. Диагноз?

5

септический шок
параметрит
аднексит
септический шок
эндометрит

#

52.

У родильницы на 3-й день после кесарева сечения поднялась температура до 38,7°С. Пульс — 110 ударов в мин. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика очень вялая. Повязка сухая. Выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом. Стимуляция кишечника без эффекта. Поставьте диагноз?

2

послеродовый эндометрит
перитонит после родов
анаэробный сепсис
параметрит
хориоамнионит

#

53.

Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39° С, озноб. При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, умеренно болезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии не изменены, своды свободные, безболезненные. Выделения скудные, кровянистые.

Ваш диагноз?

2

перитонит
острый эндометрит
анаэробный сепсис
параметрит
хориоамнионит

#

54.

Пациентка Л., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в крестец и поясницу, повышение температура тела до 38-39°С, жажду, сухость во рту. Больна в течение 2 недель. Последняя менструация 8 дней назад. В течение 9 лет с целью контрацепции использует внутриматочный контрацептив. При осмотре в зеркалах: выделения гнойевидные, из цервикального канала видны нити контрацептива. Поставьте диагноз

1

эндометрит
хронический аднексит
инфицированный аборт
хориоамнионит
перекрут ножки кисты яичника

#

55.

Пациентка Ж., 33 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, повышение температуры тела до 39,5 °С. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку с повышением температуры тела. При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и кзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны. Выберите правильный ответ:

1

двусторонний сальпингоофорит
апоплексия яичника

инфицированный аборт
острый хориоамнионит
перекрут ножки кисты яичника

#

56.

Пациентка обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5°C, гнойные выделения из половых путей. Заболела остро. Два года назад перенесла воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Ваш диагноз?

4

септический шок
острый аднексит
острый перитонит
сальпингоофорит
анаэробный сепсис

#

57.

Пациентка поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 3-х дней, больше справа, иррадиирующие в правое бедро, повышение температуры тела до 39°C. Половая жизнь с 17 лет, с частой сменой половых партнеров. При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормы, ограничено в смещении. Справа и кзади от матки пальпируется овоидной формы, болезненное образование размерами 5x4 см, неравномерной консистенции. Выберите правильный ответ:

3

септический шок
аднексит
пиосальпинкс
перитонит
хориоамнионит

#

58.

Пациентка поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки, справа и слева в области придатков матки определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации. Диагноз?

5

сепсис
апоплексия
эндометрит
перитонит
пиосальпинкс

#

59.

Пациентка Р., 35 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадиирующую в поясницу, повышение температуры до 38°C. Живот вздут, при пальпации в нижних отделах несколько напряженный, болезненный, определяются симптомы раздражения брюшины. При бимануальном исследовании: тело матки четко не контурирует из-за резкой болезненности живота. Выберите правильный ответ:

5

септический шок
аднексит
эндометрит
аппендицит
пельвиоперитонит

#

60.

У роженицы на 4-й день после родов повысилась температура тела до 37,0°C, появились озноб и тахикардия до 100 ударов в 1 минуту. При осмотре отмечалась незначительная болезненность матки, мутные, гнойно-кровянистые выделения. Ультразвуковое исследование полости матки выявило наличие эхо-негативных зон, которые предположительно соответствовали остаткам плацентарной ткани. Поставьте диагноз.

1

послеродовый эндометрит
острый аднексит

хронический эндометрит
пельвиоперитонит
септический шок

#

61.

Многоплодная беременность, многоводие, вес плода 4000,0 и более грамм, длительное применение токолитической терапии, родовозбуждение или родостимуляция окситоцином, общая анестезия, хориоамнионит, миома матки больших размеров являются причинами кровотечения при нарушении

4

T (trombin)

T (tissue)

T (trauma)

T (tonus)

T (thrombus)

#

62.

Оперативные влагалищные роды, стремительные роды, эпизиотомия, разрывы шейки матки, влагалища, промежности, разрыв матки являются причинами кровотечения при нарушении

2

T (trombin)

T (trauma)

T (tonus)

T (tissue)

T (thrombus)

#

63.

Предлежание, плотное прикрепление или врастание плаценты, неполное удаление частей последа в родах, добавочная доля плаценты, операции на матке в анамнезе являются причинами кровотечения при нарушении

3

T (thrombus)

T (tonus)

T (tissue)

T (trauma)

T (trombin)

#

64.

При выявлении показателей ПТВ/АЧТВ в 1,5 раза выше нормы и продолжающемся кровотечении рекомендовано

3

введение криопреципитата

переливание эритроцитарной массы

переливание свежезамороженной плазмы

переливание тромбоконцентрата

переливание свежей крови

#

65.

При продолжающемся кровотечении, необходимо проводить повторное определение показателей свертывания крови

2

каждые 15 минут или при изменении клинической ситуации

каждые 30 минут или при изменении клинической ситуации

каждые 60 минут или при изменении клинической ситуации

каждые 90 минут или при изменении клинической ситуации

каждые 120 минут или при изменении клинической ситуации

#

66.

Профилактика тромбозэмболических осложнений должна проводиться во всех случаях кровопотери более 1000 мл с трансфузией препаратов крови и при отсутствии противопоказаний. Препаратом выбора является

4

сулодексид

варфарин

аспирин

гепарин

клексан

#

67.

Рекомендуется ведение третьего периода родов после самопроизвольных родов для снижения риска послеродовых кровотечений

3

собирательное

выжидательное

активное

пассивное

коллективное

#

68.

При коагулопатии и/или массивной кровопотере рекомендовано проводить трансфузию свежезамороженной плазмы в дозе

2

5-10 мл/кг

12-15 мл/кг

15-20 мл/кг

22-35 мл/кг

35-40 мл/кг

#

69.

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде следует дифференцировать

3

с разрывом матки

с разрывом родовых путей

с задержкой доли плаценты

с аномалией прикрепления плаценты

с коагулопатиями и ДВС-синдромом

#

70.

Борьба с гипотоническим кровотечением начинается с?

2

с ручного обследования полости матки

с применения утеротонических средств

с наружного массажа матки

с массажа матки на кулаке

с наложения швов на матку

#

71.

Для радикальной остановки атонического кровотечения из матки необходимо произвести перевязку:

3

яичниковых артерий

общих подвздошных артерий

внутренних подвздошных артерий

нижних подчревных артерий

наружных подвздошных артерий

#

72.

Кесарево сечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты выполняется:

1

независимо от состояния плода

только при живом плоде

только при угрожающем состоянии плода

только при постгеморрагической анемии

только при доношенной беременности

#

73.

Ранний послеродовый период. Кровопотеря 250 мл. Кровотечение продолжается. Матка на уровне пупка, мягкая. После наружного массажа матка сократилась, но затем вновь расслабилась. Кровопотеря 400 мл, женщина побледнела, появилось головокружение. АД 90/50 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин. Тактика:

4

приступить к переливанию крови
произвести ручное обследование родовых путей
наложить клеммы по Бакшееву
вести сокращающие матку средства
положить лед на низ живота

#

74.

Роженица находится в третьем периоде родов, 3 минуты назад родился плод массой 3500 г. Внезапно усилились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря достигла 200 мл. Тактика:

3

вести сокращающие матку средства
произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
определить признаки отделения последа
приступить к выделению последа наружными приемами
катетеризировать мочевого пузыря

#

75.

Роженица находится в третьем периоде родов, роды произошли 10 минут назад, родился плод массой 3700 г. Признак Чукалова-Кюстнера положительный. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве. Тактика:

4

вести окситоцин
ждать самостоятельного рождения последа
произвести ручное выделение последа
выделить послед наружными приемами
положить лед на низ живота

#

76.

В ситуации, когда объем кровопотери после родов через естественные родовые пути достиг 1000 мл и кровотечение продолжается, и/или имеется клиника шока, рекомендуется незамедлительно

2

провести внутренний массаж матки;
доставить пациентку в операционную;
провести ручное исследование полости матки;
продолжить введение утеротоников;
провести наружный массаж матки.

#

77.

Ранний послеродовый период. Матка на уровне пупка, после наружного массажа матка сократилась. Кровопотеря 400 мл, продолжается. АД 90/50 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин. Тактика:

2

приступить к переливанию крови
произвести ручное обследование родовых путей
определить признаки отделения последа
вести сокращающие матку средства
положить лед на низ живота

#

78.

Роженица находится в 3-м периоде родов, 8 минут назад родился плод массой 3800 г. После рождения ребенка кровотечение из половых путей пульсирующей алой струей, кровопотеря достигла 300 мл. Тактика:

3

вести сокращающие матку средства
произвести ручное отделение плаценты
определить признаки отделения последа
положить лед на низ живота
катетеризировать мочевого пузыря

#

79.

У беременной с преэклампсией в сроке 32 недель беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Госпитализирована в роддом в экстренном порядке. Тактика:

3

интенсивная терапия и сохранение беременности

родовозбуждение и родостимуляция
экстренное кесарево сечение
плановое кесарево сечение
интенсивная терапия преэклампсии

#

80.

Повторнобеременная в сроке 39 недель поступает по скорой помощи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Тактика:

5

родостимуляция окситоцином
родостимуляция простагландинами
введение метилэргометрина внутривенно капельно
оперативное родоразрешение в плановом порядке
оперативное родоразрешение в экстренном порядке

#

81.

При влагалищном исследовании у первородящей открытие маточного зева 4 см, определено неполное предлежание плаценты и тазовое предлежание плода. Тактика:

3

амниотомия и родостимуляция
продолжать роды вести консервативно
кесарево сечение в экстренном порядке
роды вести по Цовьянову
экстракция плода за тазовый конец

#

82.

Ранний послеродовый период. Матка на уровне пупка, после наружного массажа матка сократилась. Кровопотеря 300 мл. При осмотре плаценты обнаружен дефект последа. Тактика:

2

осмотр родовых путей и шейки матки в зеркалах
ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа
внутривенное введение утеротоников для выделения частей последа
инструментальное удаление задержавшихся частей последа
консервативно-выжидательная тактика в течение 30 минут

#

83.

После рождения новорожденного у роженицы в течение 30 минут нет признаков отделения плаценты, кровотечения нет. Ваш предварительный диагноз:

5

Физиологический последовый период
Третий период родов. Выворот матки
Третий период родов. Задержка частей последа
Третий период родов. Нарушение выделения последа
Третий период родов. Нарушение отделения последа

#

84.

У роженицы после рождения последа продолжается кровотечение. Послед без дефектов. Кровопотеря 400 мл. Живот мягкий, безболезненный. Матка сократилась хорошо, плотная. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. В лотке кровь свернулась. Ваш предварительный диагноз:

2

Физиологический последовый период
Третий период родов. Разрыв родовых путей
Третий период родов. Задержка частей последа
Третий период родов. Нарушение тонуса матки
Третий период родов. Коагулопатия/ДВС-синдром

#

85.

У роженицы после рождения последа продолжается кровотечение. Послед без дефектов. Кровопотеря 400 мл. Живот мягкий, безболезненный. Матка сократилась хорошо, плотная. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. В лотке кровь не свернулась. Ваш предварительный диагноз:

5

Физиологический последовый период
Третий период родов. Разрыв родовых путей

Третий период родов. Задержка частей последа
Третий период родов. Нарушение тонуса матки
Третий период родов. Коагулопатия/ДВС-синдром

#

86.

Первородящая 18 лет поступила в роддом в сроке 38 недель с кровотечением. После обследования по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты экстренно родоразрешена путем операции кесарева сечения. Извлечена девочка с оценкой по шкале АПГАР 1-3 балла. При осмотре матки во время операции — передняя стенка синюшная, с кровоизлияниями. Ваш предварительный диагноз:

5

неполный травматический разрыв матки
полный травматический разрыв матки
плотное прикрепление плаценты
частичное приращение плаценты
преждевременная отслойка плаценты

#

87.

Родильница в раннем послеродовом периоде после срочных пятых родов плодом весом 4200 г. Кровопотеря 400 мл и продолжается. Кровь сворачивается. Послед цел. При осмотре травм мягких родовых путей не обнаружено. Тонус матки снижен. Внутривенно введено 5 ЕД окситоцина, проведен массаж матки через переднюю брюшную стенку, ручное обследование полости матки – без эффекта. Кровопотеря составила 800 мл. Диагноз:

4

неполный разрыв матки
разрыв родовых путей
плотное прикрепление плаценты
гипотоническое кровотечение
атоническое кровотечение

#

88.

Родильница в раннем послеродовом периоде после срочных пятых родов плодом весом 4200 г. Кровопотеря 400 мл и продолжается. Кровь сворачивается. Послед цел. При осмотре травм мягких родовых путей не обнаружено. Тонус матки снижен. Внутривенно введено 5 ЕД окситоцина, проведен массаж матки через переднюю брюшную стенку, ручное обследование полости матки – без эффекта. Кровопотеря составила 800 мл. Тактика:

2

провести внутренний массаж матки
доставить пациентку в операционную
провести ручное исследование полости матки
продолжить введение утеротоников
провести наружный массаж матки

#

89.

Первобеременная 24 лет, в сроке 33 недели. Жалобы на общую слабость и кровотечение из влагалища, без родовой деятельности. В сроке 28-29 недель находилась на стационарном лечении по поводу преэклампсии. Положение плода продольное, предлежащая часть ясно не определяется из-за напряжения матки. Сердцебиение плода не выслушивается. Кожные покровы бледные, пульс 115 ударов в мин., АД 90/50 мм.рт.ст. Тактика:

2

консервативно-выжидательная тактика
экстренное кесарево сечение
плановое кесарево сечение
стимуляция родовой деятельности
провести профилактику СДР-плода

#

90.

У повторнородящей (роды вторые, срочные) первый и второй период родов осложнились слабостью родовой деятельности. Третий период родов прошел без осложнений. Плацента целая, оболочки все. После рождения последа из родового канала началось кровотечение. Матка на уровне пупка, мягкая. Выделилось 400 мл. крови со сгустками и кровотечение продолжается. Диагноз:

5

неполный разрыв матки
плотное прикрепление плаценты
приращение плаценты
гипотоническое кровотечение
атоническое кровотечение

#

91.

У повторнородящей (роды вторые, срочные) первый и второй период родов осложнились слабостью родовой деятельности. Третий период родов прошел без осложнений. Плацента целая, оболочки все. После рождения последа из родового канала началось кровотечение. Матка на уровне пупка, мягкая. Выделилось 400 мл. крови со сгустками и кровотечение продолжается. Тактика:

4

провести внутренний массаж матки
доставить пациентку в операционную
провести ручное исследование полости матки
продолжить введение утеротоников
провести наружный массаж матки

#

92.

Роды вторые, срочные. Первый и второй периоды родов прошли без особенностей. В третьем периоде родов при отрицательных признаках отделения плаценты началось кровотечение из родового канала. Кровопотеря достигла 250 мл. и продолжается. Диагноз:

3

неполный разрыв матки
разрыв родовых путей
плотное прикрепление плаценты
гипотоническое кровотечение
атоническое кровотечение

#

93.

Роды вторые, срочные. В третьем периоде родов при отрицательных признаках отделения плаценты началось кровотечение из родового канала. Кровопотеря достигла 250 мл. и продолжается. Тактика:

4

вести внутривенно окситоцин
ждать самостоятельного рождения последа
произвести ручное выделение последа
выделить послед активными приемами
положить лед на низ живота

#

94.

Роды третьи, срочные. В анамнезе 2 аборта. Первый, второй и третий периоды родов прошли без особенностей. При осмотре последа обнаружен дефект плацентарной ткани размерами 1,5 x 2 см. Кровотечения из родового канала нет. Матка хорошо сократилась. Диагноз:

4

неполный разрыв матки
разрыв родовых путей
плотное прикрепление плаценты
приращение плаценты
отслойка плаценты

#

95.

Роды третьи, срочные. В анамнезе 2 аборта. Первый, второй и третий периоды родов прошли без особенностей. При осмотре последа обнаружен дефект плацентарной ткани размерами 1,5 x 2 см. Кровотечения из родового канала нет. Матка хорошо сократилась. Тактика:

2

доставить пациентку в операционную
провести ручное исследование полости матки
провести внутренний массаж матки
продолжить введение утеротоников
провести наружный массаж матки

#

96.

Роды вторые, срочные. В анамнезе перенесенный метроэндометрит. Первый и второй период родов прошли без особенностей. В третьем периоде родов признаков отделения плаценты нет в течение 40 минут. Кровянистых выделений из родового канала нет. Состояние женщины удовлетворительное, без изменений. Форма матки не изменяется. Диагноз:

5

неполный разрыв матки

полный разрыв матки
ущемление последа
предлежание плаценты
приращение плаценты
#

97.

Роды вторые, срочные. В анамнезе перенесенный метроэндометрит. Первый и второй период родов прошли без особенностей. В третьем периоде родов признаков отделения плаценты нет в течение 40 минут. Кровянистых выделений из родового канала нет. Состояние женщины удовлетворительное, без изменений. Форма матки не изменяется. Тактика:

2

доставить пациентку в операционную
провести ручное исследование полости матки
провести внутренний массаж матки
продолжить введение утеротоников
провести наружный массаж матки
#

98.

Первородящая, 30 лет. Первый и второй периоды продолжались 25 часов. Плод весом 4100 гр. Сразу после рождения плода значительные кровянистые выделения из родового канала. Через 15 минут родился послед со всеми дольками и оболочками. Вслед за отхождением последа обильное кровотечение алой кровью. Матка хорошо сократилась, плотная. Диагноз:

4

неполный разрыв матки
разрыв родовых путей
плотное прикрепление плаценты
гипотоническое кровотечение
атоническое кровотечение
#

99.

Первородящая, 30 лет. Первый и второй периоды продолжались 25 часов. Плод весом 4100 гр. Сразу после рождения плода значительные кровянистые выделения из родового канала. Через 15 минут родился послед со всеми дольками и оболочками. Вслед за отхождением последа обильное кровотечение алой кровью. Матка хорошо сократилась, плотная. Тактика:

4

доставить пациентку в операционную
провести ручное исследование полости матки
провести внутренний массаж матки
продолжить введение утеротоников
провести наружный массаж матки
#

100.

Роды первые, срочные. Родовая деятельность хорошая в течение 22 часов. При появившихся потугах роженица жалуется на боли в области дна матки. Диагноз:

5

неполный разрыв матки
полный разрыв матки
разрыв родовых путей
разрыв плаценты
отслойка плаценты
#

101.

Роды первые, срочные. Родовая деятельность хорошая в течение 22 часов. При появившихся потугах роженица жалуется на боли в области дна матки. Тактика;

3

введение утеротоников
введение токолитиков
экстренное кесарево
акушерские щипцы
эпизиотомия в родах
#

102.

Роды срочные, третьи. За 6 дней до поступления в клинику было небольшое кровотечение. С началом схваток обильное кровотечение. Головка плода над входом в малый таз, подвижная. Шейка матки сглажена, открытие 5-5,5 см. Плодный пузырь цел. У края зева определяется небольшой участок рыхлой ткани, на остальном протяжении гладкие оболочки. Диагноз:

4

неполный разрыв матки
полный разрыв матки
ущемление последа
предлежание плаценты
приращение плаценты

#

103.

Роды срочные, третьи. За 6 дней до поступления в клинику было небольшое кровотечение. С началом схваток обильное кровотечение. Головка плода над входом в малый таз, подвижная. Шейка матки сглажена, открытие 5-5,5 см. Плодный пузырь цел. У края зева определяется небольшой участок рыхлой ткани, на остальном протяжении гладкие оболочки. Тактика:

3

введение утеротоников
введение токолитиков
экстренное кесарево
акушерские щипцы
эпизиотомия в родах

#

104.

Повторнородящая. Настоящие роды продолжаются 22 часа. Воды отошли 10 часов назад. Плод извлечен щипцами. Разрыв промежности 2 степени. Имеется обильное кровотечение. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Матка сократилась хорошо, но кровотечение продолжается достаточно сильной струей.

Диагноз:

3

неполный разрыв матки
полный разрыв матки
разрыв родовых путей
разрыв плаценты
отслойка плаценты

#

105.

Повторнородящая. Настоящие роды продолжаются 22 часа. Воды отошли 10 часов назад. Плод извлечен щипцами. Разрыв промежности 2 степени. Имеется обильное кровотечение. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Матка сократилась хорошо, но кровотечение продолжается достаточно сильной струей.

Тактика:

1

ушивание разрывов родовых путей
ушивание маточных артерий
пережатие брюшной аорты
клеммирование подвздошных артерий
тампонада родовых путей

#

106.

Роды первые, срочные. Дома было два припадка эклампсии. Роженица в коматозном состоянии. Родовая деятельность началась 8 часов назад. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 120 уд. в 1 мин. Открытие шейки матки на 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата к плоскости входа в малый таз. Емкость таза хорошая. Выделения кровянистые. Какое осложнение возникло?

5

неполный разрыв матки
полный разрыв матки
разрыв родовых путей
разрыв плаценты
отслойка плаценты

#

107.

Роды первые, срочные. Дома было два припадка эклампсии. Роженица в коматозном состоянии. Родовая деятельность началась 8 часов назад. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 120 уд. в 1 мин. Открытие шейки

матки на 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата к плоскости входа в малый таз. Емкость таза хорошая. Выделения кровянистые. Тактика:

3

введение утеротоников
введение токолитиков
экстренное кесарево
акушерские щипцы
выжидательная тактика

#

108.

Врачом из района доставлена повторнородящая в тяжелом состоянии. Час тому назад во время попытки к классическому повороту плода на ножку роженица потеряла сознание. Через переднюю брюшную стенку отчетливо определяются части плода. Отдельно пальпируется сократившаяся матка. Сердцебиения плода не прослушивается. Имеются умеренные кровянистые выделения. Диагноз:

2

неполный разрыв матки
полный разрыв матки
разрыв родовых путей
разрыв плаценты
отслойка плаценты

#

109.

Врачом из района доставлена повторнородящая в тяжелом состоянии. Час тому назад во время попытки к классическому повороту плода на ножку роженица потеряла сознание. Через переднюю брюшную стенку отчетливо определяются части плода. Отдельно пальпируется сократившаяся матка. Сердцебиение плода не прослушивается. Имеются умеренные кровянистые выделения. Тактика:

3

введение утеротоников
введение токолитиков
экстренное кесарево
акушерские щипцы
выжидательная тактика

#

110.

Беременность вторая, роды первые. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 16 недель с выскабливанием полости матки. Через 10 часов от начала схваток родился живой доношенный мальчик весом 3300 г. Через 20 минут после рождения ребенка признаков отделения последа нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 350 мл. Диагноз:

5

неполный разрыв матки в родах
полный разрыв матки в родах
разрыв мягких родовых путей
разрыв / отслойка плаценты
патология прикрепления плаценты

#

111.

Беременность вторая, роды первые. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 16 недель с выскабливанием полости матки. Через 10 часов от начала схваток родился живой доношенный мальчик весом 3300 г. Через 20 минут после рождения ребенка признаков отделения последа нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 350 мл. Тактика:

2

доставить пациентку в операционную
провести ручное исследование полости матки
провести внутренний массаж матки
продолжить введение утеротоников
провести наружный массаж матки

#

112.

Беременная 10 недель обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота. УЗИ: в полости матки – плодное яйцо, сердцебиение и шевеление определяется, по передней стенке – выраженный матки. Поставьте диагноз.

2

угроза очень ранних родов
угроза раннего самопроизвольного выкидыша

угроза позднего самопроизвольного выкидыша
начавшийся самопроизвольный выкидыш
несостоявшийся выкидыш

#

113.

Первобеременная обратилась с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и выраженные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, отмечаются кровянистые выделения из половых путей со сгустками, шейка матки – зев зияет, пролабирует плодное яйцо, тело матки в гипертонусе, увеличено до 6 недель беременности. Поставьте диагноз.

4

угроза раннего самопроизвольного выкидыша
угроза позднего самопроизвольного выкидыша
начавшийся самопроизвольный выкидыш

аборт в ходу

неполный аборт

#

114.

Повторнобеременная обратилась с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и выраженные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, отмечаются кровянистые выделения из половых путей со сгустками, шейка матки – зев зияет, тело матки в гипертонусе, увеличено до 6 недель беременности. УЗИ: в полости матки определяются остатки тканей. Поставьте диагноз.

1

неполный аборт

несостоявшийся аборт

септический аборт

аборт в ходу

криминальный аборт

#

115

Первобеременная обратилась с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и выраженные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. УЗИ: в полости матки, в средней трети свободно лежит плодное яйцо, хорион на всем протяжении отслоен, сердцебиение и шевеление не определяется, выраженный гипертонус матки. Поставьте диагноз.

4

угроза раннего самопроизвольного выкидыша
угроза позднего самопроизвольного выкидыша
начавшийся самопроизвольный выкидыш

аборт в ходу

неполный аборт

#

116

Пациентка, 12 недель беременности, обратилась с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения из половых путей. В домашних условиях были схваткообразные боли внизу живота и выраженные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. УЗИ: полость матки сомкнута.

Поставьте диагноз.

3

эктопическая беременность

неполный аборт

полный аборт

септический аборт

привычный выкидыш

#

117

Повторнобеременная поступила с жалобами на чувство тяжести внизу живота, срок гестации – 19 недель. В анамнезе: стремительные роды, осложнившиеся разрывом шейки матки второй степени, очень ранние роды и поздний самопроизвольный выкидыш. На момент осмотра: состояние удовлетворительное, живот мягкий безболезненный, матка повышенного тонуса при пальпации. Влагалищное исследование в зеркалах: наружный зев шейки матки зияет, пролабирует плодный пузырь. Поставьте диагноз.

5

угроза самопроизвольного выкидыша

аборт в ходу

угроза преждевременных родов

пролапс органов малого таза
истмико-цервикальная недостаточность

#

118

Повторнобеременная поступила с жалобами на чувство тяжести внизу живота, срок гестации – 21-22 недель. В анамнезе: роды с наложением акушерских щипцов и поздний самопроизвольный выкидыш. На момент осмотра: матка легко возбудима при пальпации. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, несколько размягчена, цервикальный канал пропускает купол пальца, выделения слизистые. УЗИ: внутренний зев V-образно расширена. Поставьте диагноз.

4

угроза самопроизвольного выкидыша
угроза очень ранних родов
угроза ранних родов
истмико-цервикальная недостаточность
начинающиеся преждевременные роды

#

119

Первобеременная, срок гестации 27 недель; обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, нерегулярные схваткообразные боли в животе. Общее состояние удовлетворительное, матка при пальпации легко возбудима. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; шейка матки кзади, длинная до 3,5 см; цервикальный канал закрыт. Выделения светлые, скудные. Поставьте диагноз.

3

угроза раннего выкидыша
угроза позднего выкидыша
угроза очень ранних родов
угроза ранних родов
угроза преждевременных родов

#

120

Первобеременная 16 лет, срок гестации 29 недель; обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота и схваткообразные боли в животе. Общее состояние удовлетворительное, матка при пальпации приходит в тонус через 10–15 минут на 15–20 секунд. Влагалищное исследование: шейка матки в центре укорочена до 1 см, мягкая; цервикальный канал пропускает один поперечный палец. Поставьте диагноз.

3

предвестники преждевременных родов
угрожающие преждевременные родов
начинающиеся преждевременные роды
начавшиеся преждевременные роды
начавшийся самопроизвольный выкидыш

#

121.

Повторнобеременная 38 лет, срок гестации 22–23 недели; обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота и в пояснице. Неделю назад находилась на стационарном лечении по поводу обострения хронического пиелонефрита. Общее состояние удовлетворительное, матка при пальпации легко возбудима. Поставьте диагноз.

3

угроза раннего выкидыша
угроза позднего выкидыша
угроза очень ранних родов
гестационный пиелонефрит
обострение пиелонефрита

#

122.

Первобеременная 18 лет, срок гестации 32 недели; обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота и схваткообразные боли в животе. Матка при пальпации приходит в тонус. Влагалищное исследование: шейка матки в центре укорочена до 2 см, размягчена; цервикальный канал пропускает один поперечный палец. Плодный пузырь цел. Выделения слизистые. Какое лечение целесообразно?

2

обеспечение покоя и режима
токолитическая терапия
гемостатическая терапия
спазмолитики и гестагены
наблюдение родов в динамике

#

123.

Первородящая, срок гестации 36 недель. Родовая деятельность: схватки через 5–4 минут по 30–35 секунд, прогрессируют. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 8 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, пальпируется малый родничок слева. Выделения слизистые. Тактика врача?

5

спазмолитики и обеспечение покоя

токолитическая терапия

стимуляция родов

экстренное кесарево сечение

наблюдение родов в динамике

#

124.

В родовое отделение поступила роженица со сроком гестации 32 недели. В анамнезе 1-е срочные роды плодом массой 2800 граммов. При поступлении предъявляет жалобы на схваткообразные боли внизу живота через каждые 2-3 мин по 40 секунд. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Через 2 часа произошли самостоятельные роды недоношенным плодом с массой плода 1800г. Какой классификации соответствует новорожденный по классификации недоношенных новорожденных в зависимости от массы тела при рождении:

3

дети с экстремально низкой массой тела

дети с очень низкой массой тела

дети с низкой массой тела

дети с задержкой развития

дети с избыточной массой тела

#

125.

В акушерском отделении произошли роды в сроке гестации 25-26 недели, недоношенным плодом с массой плода 800г. Какой классификации соответствует новорожденный по классификации недоношенных новорожденных в зависимости от массы тела при рождении:

1

дети с экстремально низкой массой тела

дети с очень низкой массой тела

дети с низкой массой тела

дети с задержкой развития

дети с избыточной массой тела

#

126.

В акушерском отделении произошли роды в сроке гестации 29-30 недели, недоношенным плодом с массой плода 1400г. Какой классификации соответствует новорожденный по классификации недоношенных новорожденных в зависимости от массы тела при рождении:

2

дети с экстремально низкой массой тела

дети с очень низкой массой тела

дети с низкой массой тела

дети с задержкой развития

дети с избыточной массой тела

#

127.

Первобеременная в сроке беременности 12 недель пришла на плановый осмотр врача, жалоб не предъявляет. Направлена на УЗИ скрининг I триместра. На УЗИ: в полости матки плодное яйцо соответствует 10 недель беременности, сердцебиение и шевеление не определяется, признаков отслойки хориона нет. Тактика врача?

4

УЗИ контроль через 2 недели

Кровь на ХГЧ в динамике каждые 2 дня

назначить сохраняющую терапию

провести эвакуацию плодного яйца

провести малое кесарево сечение.

#

128.

В акушерский стационар поступила беременная в сроке гестации 24 недели с жалобами на отсутствие шевеления плода. На УЗИ – отсутствие сердцебиения плода. Из анамнеза: беременность – четвертая, все предыдущие

– прерывание в различных сроках. Влагалищное исследование: шейка матки кзади, до 2 см, плотная, закрыта. Выделения слизистые. Тактика врача?

3

показана экстренное кесарево сечение
провести эвакуацию плодного яйца
медикаментозное прерывание беременности
индукция родов Окситоцином
индукция родов путем амниотомии

#

129.

В акушерский стационар поступила беременная в сроке гестации 29 недель с жалобами на отсутствие шевеления плода. На УЗИ – отсутствие сердцебиения плода. Из анамнеза: беременность – четвертая, протекала на фоне фетоплацентарной недостаточности. Влагалищное исследование: шейка матки кзади, до 3 см, плотная, закрыта. Выделения слизистые. Поставьте диагноз.

2

несостоявшийся выкидыш
антенатальная гибель плода
интранатальная гибель плода
фетоплацентарная недостаточность
привычное невынашивание

#

130.

В женскую консультацию обратилась пациентка 25-ти лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев, тянущие боли внизу живота и поясничной области. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 7 недель беременности. Влагалищное исследование: Матка соответствует сроку 7–8 недель беременности, тонус матки повышен. Какие дополнительные методы обследования необходимо сделать?

1

УЗИ органов малого таза
определение концентрации ХГЧ
общеклинические анализы
обследование на инфекцию
определить гормональный фон

#

131.

В отделение первобеременная. 37 недель гестации, с жалобами на нерегулярные ноющие боли внизу живота и поясничной области в течение 10 дней, редкие шевеления плода. Размеры таза: 24–28–30–19 см. ВСДМ – 39 см, ОЖ – 103 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 128 уд. в мин. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной 2, 5 см, плотная, зев закрыт. Акушерская тактика?

3

продолжение беременности
лечение внутриутробной гипоксии плода
экстренное кесарево сечение
подготовка к родам и родовозбуждение
токолитическая терапия и акушерский сон

#

132.

Повторнобеременная. Около 10 часов назад начали подтекать околоплодные воды, 2 часа назад появились слабые схватки через 6–7 минут по 30 секунд. Матка соответствует сроку 34 недели беременности, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Преждевременные роды проводят с соблюдением следующих рекомендаций:

3

роды с кардиомониторным наблюдением плода
роды вести путем планового кесарева сечения
роды вести с учетом необходимости реанимации плода
роды вести путем экстренного кесарева сечения
для рождения головки плода использовать акушерские щипцы

#

133.

В акушерском отделении произошли роды в сроке гестации 30–31 недели, недоношенным плодом с массой плода 1600 г. Профилактика синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных предполагает:

3

клинический и рентгенологический контроль
перкуSSIONный массаж грудной клетки
вибрационный массаж грудной клетки
введение экзогенного сурфактанта
похлопывание по стопе новорожденного

#

134.

Роженица в I периоде родов. Беременность 35 недель. Предлежит голова, плодный пузырь цел. Обнаружена преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Что нельзя предпринимать в этой ситуации?

4

амниотомию
кесарево сечение
УЗИ диагностику
стимуляцию родов
наложение щипцов

#

135.

В родовое отделение поступила беременная со сроком гестации 42-43 недели. Жалоб при поступлении не предъявляет. Матка пальпаторно легко возбудима, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки в центре, укорочена до 1 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел. Выделения слизистые. Акушерская тактика?

4

продолгование беременности до начала схваток
плановое проведение кесарева сечения
индукция родов с применением простагландинов
индукция родов путем амниотомии
родовозбуждение путем введения Окситоцина

#

136.

В родовое отделение поступила первобеременная со сроком гестации 42 недели. Жалоб при поступлении не предъявляет. Высота дна матки 38 см, окружность живота 100 см. Матка пальпаторно мягкая, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки кзади, укорочена до 2 см, цервикальный канал закрыт. Выделения слизистые. Акушерская тактика?

3

продолгование беременности до начала схваток
плановое проведение кесарева сечения
индукция родов с применением простагландинов
индукция родов путем амниотомии
родовозбуждение путем введения Окситоцина

#

137.

Первобеременная, 41 неделя, с жалобами на подтекание околоплодных вод и схваткообразные боли внизу живота. Схватки слабые через 10—15 минут по 15-20 секунд. Высота дна матки 40 см, окружность живота 110 см. Положение плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение приглушенное ритмичное, 126 ударов в минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки в центре, укорочена до 1,5 см, цервикальный канал пропускает 1 п/п. Подтекают зеленые, густые околоплодные воды. Акушерская тактика?

2

продолгование беременности до начала схваток
плановое проведение кесарева сечения
индукция родов с применением простагландинов
индукция родов путем амниотомии
родовозбуждение путем введения Окситоцина

#

138.

В акушерском отделении у первобеременной произошли роды в сроке гестации 42-43 недели. Новорожденный родился с признаками: отсутствие пушковых волос, отсутствие казеозной смазки, повышенная плотность костей черепа, узость швов и родничков, удлинение ногтей, зеленоватый оттенок кожи, банные ладони и стопы, снижение тургора кожи, слабая выраженность подкожно-жировой клетчатки. Сколько признаков перзрелости должно быть, чтобы ребенок считался перзрелым?

2

Если выявляется хотя бы один признак
Если выявляются 2—3 признака из указанных
Если выявляются 4—5 признака из указанных
Если выявляются 6—7 признака из указанных
Должны быть все вышеуказанные признаки

#

139.

В акушерском отделении у повторнобеременной произошли роды в сроке гестации 42 недели. Новорожденный родился с массой тела 3800 г, ростом 54 см, по шкале Апгар 8/9 баллов, с признаками: пушковые волосы на передней поверхности бедра и плеча, между лопатками, первородная смазка в местах естественных складок, кости черепа средней плотности. При данной ситуации имеет место?

2

переношенная беременность
продолжительная беременность
перезрелая беременность
срочные роды
запоздалые роды

#

140.

В родоразделное отделение поступила первобеременная со сроком гестации 42 недели. Жалоб при поступлении не предъявляет. Менструальная функция: установилась в 16 лет, по 5-6 дней, через 35 дней, регулярные. Высота дна матки 35 см, окружность живота 100 см. На УЗИ: Беременность 39-40 недель. Показатели доплерометрии в норме. При постановке диагноза перенашивания беременности учитывают следующее?

2

характер менструальной функции
дату последней менструации
дату первой менструации
дату первого шевеления плода
даты проведения скрининга плода

#

141.

В акушерском отделении произошли роды в сроке гестации 33 недели, недоношенным плодом с массой плода 1900 г. Учитывая частое возникновение синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных, после рождения оценивают не только общее состояние по шкале Апгар, но и функцию дыхания по следующей шкале:

4

шкале Бишопа
шкале Кребса
шкале Фишера
шкале Сильвермана
шкале Глазго

#

142.

Беременность 35 недель. Отмечается картина острой очаговой пневмонии. Температура тела – 38,0 °С. Тактика врача

комплексная терапия пневмонии с пролонгированием беременности
стимуляция родовой деятельности после излечения
родовозбуждение на фоне антибактериальной терапии
родовозбуждение на фоне комплексной терапии
операция кесарева сечения на фоне комплексной терапии
операция кесарева сечения на фоне антибактериальной терапии

#

143.

Первобеременная 22 лет поступила с жалобами на сильные боли внизу живота схваткообразного характера, обильное кровотечение. Влагалищное исследование: шейка укорочена, цервикальный канал 1п\п, тело матки несколько меньше срока гестации.

Назовите стадию выкидыша?

4

Угрожающий выкидыш
Полный выкидыш
Неполный выкидыш
Аборт в ходу

Начавшийся выкидыш

#

144.

Доставлена в стационар первобеременная 22 лет с сильными болями внизу живота схваткообразного характера, с обильным кровотечением. Объективно: шейка укорочена, цервикальный канал пропускает 1 палец, обильное кровотечение. Выставлен диагноз: аборт в ходу. В чем состоит неотложная помощь, чтобы достичь остановку кровотечения?

5

Лапароскопическая гистерэктомия

Эмболизация сосудов матки

Гемостатики для остановки кровотечения

Простагландины интравагинально

Кюретаж или вакуум аспирация

#

145.

Повторнобеременная 25 лет. Беременность 36 недель. Двойня. В течение беременности угроза прерывания беременности с мажущими кровянистыми выделениями. В анамнезе хронический аднексит. На УЗИ обнаружено предлежание плаценты, края которой располагаются в расстоянии менее 3 см от внутреннего зева. Что могло явиться фактором риска развития предлежания плаценты?

4

возраст женщины

роды в анамнезе

два и более плода

хроническое воспаление

угроза выкидыша

#

146.

Беременная 25 лет. Предстоящие вторые роды. Срок беременности 36 недель. На УЗИ в обнаружено предлежание плаценты, края которой располагаются в расстоянии менее 3 см от внутреннего зева. К какой клинической классификации относится предлежание плаценты?

3

Полное предлежание

Боковое предлежание

Краевое предлежание

Низкое предлежание

Частичное предлежание плаценты

#

147.

Беременная 25 лет. Предстоящие вторые роды. Срок беременности 36 недель. Двойня. Тазовое предлежание второго плода. Краевое предлежание плаценты. Какова тактика введение родов беременной женщины?

3

госпитализация с целью пролонгирования беременности

госпитализация для экстренного кесарева сечения

госпитализация для планового кесарева сечения

госпитализация для родоразрешения в сроке 38-40 недель

госпитализация для консервативного лечения

#

148.

Первобеременная 19 лет в сроке гестации 34 недель доставлена в роддом. С жалобами на сильные боли в животе, кровянистые выделения из влагалища в умеренном количестве в течении полутора часов. Беременность 34 недель. Отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок первой степени. Острая в/у гипоксия плода. Какова ваша тактика?

3

инфузионная терапия

гемотрансфузия

экстренное кесарево сечение

плановое кесарево сечение

лечение гипоксии плода

#

149.

Первобеременная 19 лет в сроке гестации 34 недели доставлена в роддом. С жалобами на сильные боли в животе, слабость в течении двух часов, кровянистые выделения из влагалища в умеренном количестве в количестве 700мл. АД-100\60 уд\мин. Пульс 104 в минуту. Геморрагический шок. Что такое шоковый индекс?

3

отношение систолического давления к пульсу
отношение диасистолического давления к пульсу
отношение пульса к систолическому давлению
отношение пульса к диасистолическому давлению
отношение систолического давления к диасистолическому

#

150.

У беременной обильное кровотечение из половых путей без болей. В анамнезе 2 аборта. Данная беременность 3. Кровотечение нарастает в течении 1.5 часов. АД-80\60 мм.рт.ст. Пульс 106уд\мин. Матка в обычном тонусе. Положение плода продольное. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 130 уд\мин. Воды не изливались. При влагалищном исследовании губчатая ткань покрывает весь внутренний зев. Какой вариант предлежание плаценты имеет место в данном случае?

1

Полное
Боковое
Краевое
Ситуация не ясная
В области нижнего сегмента

#

151.

Беременная доставлена в роддом с обильным кровотечением из половых путей. В анамнезе 2 аборта. Данная беременность 3. Кровотечение в течении 1.5 часов. АД-80\60 уд\мин. Пульс 106. Матка в обычном тонусе соответствует сроку гестации-33 недели. Положение плода продольное. Головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 130 уд\мин. Воды не изливались. Какова ваша тактика?

4

базовые реанимационные мероприятия
стимуляция родовой деятельности
УЗИ органов малого таза
экстренное кесарево сечение
плановое кесарево сечение

#

152.

Повторно беременная с диагнозом беременность 28-29 недель. Предлежание плаценты. Какие клинические симптомы подтвердят диагноз?

3

кровянистые выделения с половых путей с самого начала беременности
неправильное положение и предлежание одного плода или двойня
кровотечение из половых путей без болевого синдрома и без тонуса матки
высокое расположение предлежащей части плода над входом в малый таз
кровотечение из половых путей с болями и повышенным тонусом матки

#

153.

В родильный дом машиной «скорой помощи» доставлена беременная в сроке 35 недель гестации. Жалобы, ухудшающиеся в течении 2 недель, на недомогание, головную боль, тошноту в течение нескольких дней. Пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 160/110, 175/120 мм ртутного столба. На передней брюшной стенке и голенях у беременной отмечаются умеренные отеки. В моче белок 1,65 г/л. Каков диагноз?

2

гестационная гипертензия
тяжелая преэклампсия
артериальная гипертензия
печеночная кома
преэклампсия легкой степени

#

154.

Повторнобеременная находится на стационарном лечении в отделении патологии беременных с диагнозом Беременность 37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. При каких состояниях вызывается врач-анестезиолог-реаниматолог?

2

артериальное давление выше 150 мм. рт.ст

артериальное давление выше 160/110 мм. рт. ст.

появляются судороги
протеинурия, отёки
вообще не вызывается

#

155.

Ведение пациентки с преэклампсией в отделении интенсивной терапии, мониторинг со стороны матери
2

кардио-токография плода
измерение артериального давления
измерение температуры
измерение рефлексов
измерение индекса Соловьева

#

156.

Ведение пациентки с преэклампсией в отделении интенсивной терапии, мониторинг со стороны плода
1

кардио-токография плода
измерение артериального давления
измерение температуры
измерение рефлексов
измерение индекса Соловьева

#

157.

Ведение беременной с тяжелой преэклампсией и эклампсией в сроке гестации 38 недель
4

госпитализация, лечение;
госпитализация, лечение, родоразрешение;
госпитализация, профилактика, лечение;
госпитализация, профилактика, лечение, родоразрешение;
амбулаторное наблюдение.

#

158.

На очередной прием в поликлинику пришла беременная в сроке гестации 22 недель. При измерении АД >150/100 мм. рт.ст. Белок в моче <0,3 г/л. Каков диагноз?

3

гестационные отеки
гестационная протеинурия
гестационная гипертензия
преэклампсия
хроническая гипертензия

#

159.

В родильный дом доставлена первобеременная 36-37 недель с жалобами на плохой сон, жажду, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. Несколько раз была рвота. АД 175/115, 180/110 мм ртутного столба. После влагалищного исследования развился приступ судорог с потерей сознания. Тактика:

4

стимуляция родовой деятельности;
операция наложения акушерских щипцов;
плановое кесарево сечение;
экстренное кесарево сечение;
выжидательная тактика.

#

160.

Молодой врач сельской больницы определил cito уровень белка в моче у беременной женщины. Помогите определиться с границами нормы суточной протеинурии во время беременности.

3

0,003 г/л;
0,03 г/л;
0,3 г/л;
0,5 г/л;
1,5 г/л.

#

161.

В 9 недель первобеременной выставлен диагноз «гестационная артериальная гипертензия. Верно ли это?

4

да, возникает в ранние сроки беременности;

нет, это состояние возникает до беременности;

возникает только при повторной беременности;

нет, возникает только после 20 недель беременности;

возникает через 2-3 месяца после родов.

#

162.

В приемный блок роддома поступила повторнобеременная женщина, 35 лет с жалобами на периодическую головную боль. Срок гестации 38 недель. Объективно: АД $\geq 160/110$ мм рт. ст., протеинурия $> 0,5$ г/сутки, неврологические, диспептические симптомы, олигоурия. Выставьте правильный диагноз.

4

беременность 38 недель, хроническая артериальная гипертензия;

беременность 38 недель, гестационная гипертензия;

беременность 38 недель, гестационные отеки;

беременность 38 недель, преэклампсия тяжелой степени;

беременность 38 недель, преэклампсия умеренной степени.

#

163.

При очередном визите в поликлинику ЦСМ у беременной были обнаружены следующие признаки: АД $\geq 150/90$ мм рт. ст., протеинурия $> 0,3$ г/сутки, отеки на нижних конечностях. Выставьте верный диагноз.

1

преэклампсия умеренной степени;

преэклампсия тяжелой степени;

эклампсия;

хроническая гипертензия;

гестационная гипертензия.

#

164.

У пациентки преэклампсия тяжелой степени. По каким экстренным показаниям производится катетеризация центральной вены?

2

всегда, катетеризация не опасна;

если невозможен периферический доступ

для лечения олигурии, отека легких;

шок второй более степени;

по желанию медицинского персонала;

всегда по желанию пациента.

#

165.

Беременной в условиях РИТ производится введение $MgSO_4$. Какой мониторинг должен осуществлять врач анестезиолог-реаниматолог при введении сульфата магния у пациентки с преэклампсией тяжелой степени?

2

диурез ежечасно, пульс, коленные рефлексы;

диурез ежечасно, частоту дыхания, коленные рефлексы;

диурез ежечасно, частоту дыхания, сатурацию кислорода;

частоту дыхания, сатурацию кислорода и коленные рефлексы;

пульс, АД, сатурацию, частоту сердечных сокращений.

#

166.

У женщины при предыдущих двух беременностях была гестационная гипертензия, принимала антигипертензивные препараты, роды в срок. В данный момент третья беременность, срок 10 недель. С какого срока гестации рекомендуются назначить низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг в день) для профилактики преэклампсии?

1

группе высокого риска с 12 недель до родов;

группе высокого риска с 20 недель до родов;

группе низкого уровня с 12 недель до родов;

группе низкого уровня с 20 недель до родов;

группе высокого риска с 30 недель до родов.

#

167.

Беременная поступила в роддом с диагнозом Беременность 36-37 недель. Преэклампсия. По каким клиническим показателям в приемном покое можно оценить степень тяжести? Артериальное давление, уровень сознания, головная боль, судороги

3

боли в животе, сердцебиение плода;
одышка, рвота, понос, боль в животе;
одышка, боли в животе, сердцебиение плода;
кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода;
только уровень давления, головная боль, судороги, пульс.

#

168.

Пациентке с умеренной преэклампсией, находящейся на амбулаторном наблюдении врачом ЦСМ даны следующие рекомендации:

3

измерение АД и пульса, подсчет шевелений плода каждые 3-4 дня;
измерение АД и пульса, подсчет шевелений плода еженедельно;
измерение, мониторинг АД и пульса, подсчет шевелений плода ежедневно;
измерение, мониторинг АД и пульса, подсчет шевелений плода еженедельно;
измерение АД и пульса, подсчет шевелений плода ежемесячно.

#

169.

Беременная доставлена машиной «скорой помощи» в роддом. Опишите стандартную схему магниальной терапии пациентке с тяжелой преэклампсией и эклампсией?

2

ввести магния сульфат 25% 16 мл внутривенно и 100 мл со скоростью 1 г/ч;
ввести магния сульфат 25% 20 мл внутривенно медленно (за 10 мин) и 100 мл через инфузомат со скоростью 1 г/ч;+
ввести магния сульфат 25% 16 мл внутривенно медленно (за 10 мин) и 4 мл в/м;
ввести магния сульфат 25% 16 мл внутривенно медленно и 100 мл внутривенно капельно;
ввести магния сульфат 25% 16 мл внутривенно медленно (за 10 мин) и 14 мл в/м.

#

170

Повторнобеременная А., 32 лет в сроке 30-31 недельной гестации доставлена родственниками на собственной машине в родильное учреждение. Прямо в приемном блоке случился приступ судорог на фоне тяжелой преэклампсии. Какова должна быть первая помощь при развитии эклампсии?

4

экстренное родоразрешение;
выжидательная тактика;
дать антигипертензивный препарат;
профилактика новых судорог
ввести коллоидные растворы.

#

171.

В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, 36 недель гестации по поводу повышенного артериального давления впервые, патологической прибавки массы тела в течение последних двух недель. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд. в 1 мин., ритмичный. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче - 0,033 г/л. Выставьте правильный клинический диагноз.

4

Беременность 36 недель, хроническая гипертензия;
Беременность 36 недель, эссенциальная гипертензия;
Беременность 36 недель, гестационная гипертензия;
Беременность 36 недель, преэклампсия умеренной степени;
Беременность 36 недель, преэклампсия тяжелой степени.

#

172.

Врач акушер-гинеколог ЦСМ, измерив АД беременной на одном из очередных визитов, назначил гипотензивную терапию- метилдопу 250 мг по 1 таблетке = 2 раза/сутки. Каков был уровень АД мм.рт.ст.?

2

при АД выше 130/90 мм рт. ст.;
при АД выше 140/90 мм рт. ст.;
при АД выше 150/90 мм рт. ст.;
при АД выше 160/110 мм рт. ст.;

при АД выше 120/80 мм рт. ст.

#

173.

При поступлении пациентки с тяжелой ПЭ и эклампсией в родовой блок медперсоналу необходимо вызвать врачей:

4

дежурного акушера-гинеколога, анестезиолога, невролога;
дежурного акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога;
дежурного акушера-гинеколога, врача-неонатолога;
дежурного анестезиолога-реаниматолога, неонатолога;
дежурного акушера-гинеколога, офтальмолога.

#

174.

Вы врач сельского ФАП. Что вы назначите беременной при тяжелой преэклампсии, эклампсии? Какой препарат 1-й линии введете для профилактики и лечения судорог?

3

диазепам;
ламиктал;
сульфат магния;
фенобарбитал;
сульфат бария.

#

175.

У беременной в сроке 34 недель гестационная гипертензия (САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 110 мм рт. ст.) Ваши рекомендации?

3

клонидин, фелодипин;
метилдопа и спиронолактон;
метилдопа или нифедипин;
дилтиазем и фелодипин;
метилдопа и фуросемид.

#

176.

В родильный дом доставлена повторнобеременная, 28 лет с жалобами на головную боль, заложенность носа, боли в эпигастральной области, тошноту, однократную рвоту. Срок беременности 38—39 нед. С 30-й недели беременности отмечает выраженные отеки голеней, лица. На момент осмотра: АД 170/100 мм рт.ст., пульс 98 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные. При эхографическом исследовании отмечено маловодие и отставание фетометрических показателей на 2 нед, при доплерометрии: снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Какой диагноз наиболее вероятен?

3

беременность 38—39 недель, преэклампсия тяжелой степени, ФПН II;
беременность 38—39 недель, преэклампсия тяжелой степени, ФПН I;
беременность 38—39 недель, преэклампсия тяжелой степени, ФПН II, Задержка развития плода;
беременность 38—39 недель, преэклампсия умеренной степени, ФПН II, Задержка развития плода;
беременность 38—39 недель, преэклампсия легкой степени, ФПН I.

#

177.

У роженицы 22 лет в первом периоде родов появились судороги. Кожные покровы бледные. АД 160/100 мм рт.ст., пульс 110 ударов в 1 мин. Сердцебиение плода приглушенное, 110 ударов в 1 мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 3—4 см, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Ваш диагноз? Какова тактика дальнейшего ведения родов?

2

II период родов, эклампсия, кесарево сечение в экстренном порядке;
I период родов, эклампсия, MgSO₄, кесарево сечение в экстренном порядке
I период родов, эклампсия, наложение акушерских щипцов;
I период родов, эклампсия, вакуум-экстракция плода;
I период родов, эклампсия, продолжить консервативное ведение

#

178.

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель. Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту. В последнее посещение женской кон-

сультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140\85,135\80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации отказалась. Объективно: АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту. Ваш диагноз?

4

беременность 36 недель, преэклампсия умеренной степени;

беременность 36 недель, хроническая гипертензия;

беременность 36 недель, гестационная гипертензия;

беременность 36 недель, преэклампсия тяжелой степени;

беременность 36 недель, гестационные отеки.

#

179.

Первобеременная 20 лет, поступила в сроке беременности 38 недель с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота. Состояние при поступлении: Пульс 78 ударов в минуту. АД 150/100 мм рт.ст. Белок в моче – 0,35 г/л. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см. Плодный пузырь цел. Предварительный диагноз?

4

преэклампсия тяжелой степени, I период родов;

преэклампсия тяжелой степени, II период родов;

преэклампсия умеренной степени, II период родов;

преэклампсия умеренной степени I период родов;

гестационная гипертензия, I период родов.

#

180.

Первобеременная, 18 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью, жалобами на постоянные боли в животе, отсутствие шевеления плода в течение часа, темные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза выяснено, что в течение 10 дней были отеки ног, брюшной стенки, болела голова. К врачу не обращалась. А/Д 140/90 и 150/100 мм. рт. ст., пульс 100 уд/минуту, матка напряжена и болезненна. Что дальше делать?

4

выжидательная тактика и роды вести через естественные родовые пути

выжидательная тактика и наложение акушерских щипцов

выжидательная тактика и медикаментозная родостимуляция

родоразрешить в экстренном порядке операцией кесарева сечения

провести терапию нарушений маточно-плодового кровообращения

#

181.

Проведено досрочное родоразрешение при первой беременности в сроке 35-36 недель в связи с тяжелой формой гестоза. На вторые сутки после родоразрешения состояние родильницы резко ухудшилось, появились головные боли, боли в правом подреберье тошнота, кровавая рвота, желтуха, кровоизлияния в местах инъекций. Моча по постоянному катетеру бурого цвета. Тяжесть состояния быстро нарастает, началось маточное кровотечение, кровь плохо свертывается. Предварительный диагноз?

4

Острый вирусный гепатит. Коагулопатическое кровотечение.

Острый жировой гепатоз беременной. ДВС-синдром.

Гемолитическая анемия. ДВС-синдром.

Преэклампсия. HELLP-синдром. ДВС-синдром.

Острый ДВС-синдром. Коагулопатическое кровотечение.

#

182.

В женскую консультацию обратилась первобеременная женщина в сроке 6-7 недель с целью профилактики гестоза, т.к. из анамнеза выяснилось, что она была рождена на фоне преэклампсии тяжелой степени. Какой скрининг вы порекомендуете?

5

клинические факторы риска, среднее АД, пульсационный индекс маточных артерий;

клинические факторы риска, среднее АД, определение плацентарного фактора роста;

клинические факторы риска, среднее АД; пульсационный индекс пуповинных артерий

индекс пульсационных маточных артерий, определение плацентарного фактора роста;

клинические факторы риска, среднее АД, пульсационный индекс маточных артерий,

#

183

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 20 лет. Срок беременности 40 недель. Размеры таза 23-26-29-18 см., ОЖ- 95 см, ВДМ- 35 см. При доплерометрии выявлены нарушения кровообращения в

системе мать-плацента-плод II степени и маловодие. Оценка зрелости шейки матки по Бишоп 7 баллов. Какова тактика ведения?

3

с началом родовой деятельности роды вести с оценкой таза.
произвести кесарево сечение в плановом порядке
начать преиндукцию с последующей индукцией родов
индукция родов путем амниотомии
подготовка путем отслаивания плодных оболочек.

#

184.

Беременная поступила в родильный дом на роды с регулярной родовой деятельностью. Беременность шестая, роды третьи срочные. Рост 150 см, вес 91 кг. Размеры таза 27-27-30-18 см. Окружность живота 113 см, высота дна матки 37 см. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. При влагалитном исследовании: шейка сглажена, открытие зева 5 см, плодный пузырь цел, головка подвижна над входом в малый таз. Диагноз. Тактика ведения:

4

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути
В экстренном порядке произвести кесарево сечение
Начать внутривенное введение окситоцина
Произвести кесарево сечение при обструкции родов.
Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

185.

Женщина поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 10 часов. Вес 68 кг, рост 166 см. Размеры таза 25-27-30-18 см. Окружность живота 100 см, высота дна матки 36 см. Схватки через 2-3 минуты по 40-45 секунд хорошей силы. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 уд/мин. При влагалитном исследовании: шейка сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Тактика ведения родов:

4

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути
В экстренном порядке произвести кесарево сечение
Начать внутривенное введение окситоцина
Произвести кесарево сечение при обструкции родов.
Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

186.

Женщина поступила в роддом в активной фазе первого периода родов. Окружность живота 105 см, высота дна матки 37 см. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Через 4 часа началась потужная деятельность, схватки через 3-4 мин. По 35-40 сек. При влагалитном исследовании: открытие маточного зева почти полное, края шейки матки определяются. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен кзади, роднички не определяются. Мыс не достижим. Тактика:

2

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути
В экстренном порядке произвести кесарево сечение
Начать внутривенное введение окситоцина
Произвести кесарево сечение при обструкции родов.
Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

187.

Первородящая поступила в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Рост 165 см. Вес 70 кг. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Окружность живота 100 см, высота дна матки 38 см. Схватки активные, через 2-3 мин. По 45 сек. При влагалитном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в м/таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди. Мыс не достигается. Тактика ведения родов:

2

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути
В экстренном порядке произвести кесарево сечение
Начать внутривенное введение окситоцина
Произвести кесарево сечение при обструкции родов.
Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

188.

Повторнородящая находится в родильном зале с активной родовой деятельностью, схватки, переходящие в потуги. Размеры таза: 22-24-26-20 см. Положение плода продольное, головка б/с во входе в малый таз. При влагалитном исследовании: открытие маточного зева полное, головка во 2-й плоскости малого таза, стреловидный шов в прямом размере, м/родничок спереди. Тактика ведения:

4

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать внутривенное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

189.

Первородящая 32 лет со схватками, переходящими в потуги. Размеры таза: 22-24-26-20 см. Воды излились 2 часа назад. При влагалитном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в м/таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок кзади. Мыс не достигается. Тактика ведения родов:

2

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать внутривенное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением акушерских щипцов

#

190.

Первородящая 21 года. Размеры таза: 28-29-34-18 см. Рост 158 см. Вес- 65 кг. Второй период родов длится 1 час. Схватки через 2-3 мин, 30-35 сек. Данные влагалитного исследования: открытие маточного зева полное. Головка в первой плоскости малого таза. Стреловидный шов в поперечном размере, отклонен кзади, малый и большой родничок на одном уровне. Диагноз. Тактика ведения родов:

3

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать внутривенное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

191.

Повторнородящая 33 лет. Рост 168 см, вес 78 кг. Размеры таза 28-29-34-18 см. Схватки активные, переходящие в потуги, положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Данные влагалитного исследования: открытие маточного зева полное. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, большой родничок по проводной оси таза. Диагноз. Тактика ведения родов:

2

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать в/в введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при появлении признаков ЦПД и обструкции родов.

Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

192.

Первородящая поступила в родильный дом в первом периоде родов. Рост 158 см, вес 65 см. Размеры таза: 23-25-28-20 см, Окружность живота 98 см, высота дна матки 35 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, прижат ко входу в м/таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 134 уд. в мин. При влагалитном исследовании: шейка сглажена, открытие маточного зева 4 см., плодный пузырь цел, предлежат стопка и ягодицы плода. Мыс не достигается. Как вести роды:

2

Роды вести через влагалище с оказанием пособия

Произвести экстренное кесарево сечение

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Произвести наружный поворот плода под контролем УЗИ

Уложить женщину на бок для профилактики излития околоплодных вод

#

193.

Повторнородящая 32 лет, 1 роды 5 лет назад путем операции кесарево сечение, выписана через 10 суток, получала антибиотики. Размеры таза: 23-25-28-18 см. ИС- 14 см. Окружность живота 100 см, высота дна матки 37

см. Положение плода продольное, головное предлежание. По данным УЗИ плацента по передней стенке, толщина нижнего сегмента 3 мм рубец неоднородный. Схватки активные, через 3-4 мин. по 30-35 сек. Как вести роды?

2

Роды вести через естественные родовые пути

Произвести экстренное кесарево сечение

Кесарево сечение при несостоятельности рубца на матке.

Роды вести через естественные родовые пути.

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

#

194.

Повторнородящая 26 лет, роды 3. Рост 155 см, вес 90 кг. Предполагаемая масса плода около 4000,0. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Поступила в активной фазе первого периода родов. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в м/таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, выраженная конфигурация головки. Тактика ведения родов:

2

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать в/в введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением акушерских щипцов.

#

195.

Поступила повторнородящая в активной фазе родов. Беременность 7-я, роды 6-е. Положение плода продольное, головное предлежание. Через 3 часа у роженицы начались редкие потуги. При исследовании обнаружено: открытие маточного зева 9 см, края шейки матки толстые. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, родничок слева кзади. Таз емкий. Тактика ведения родов:

3

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать внутривенное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора.

#

196.

Второй период родов у повторнородящей продолжается 2 часа, потуги стали реже и короче. Размеры таза: 25-27-31-21 см, предполагаемая масса плода -3800,0. Положение плода продольное, головное предлежание, головка б/с во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 уд. в мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева почти полное, головка во 2-й плоскости малого таза, швы и роднички четко не определяются. Тактика ведения родов:

3

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Начать внутривенное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора

#

197.

Из поликлиники переведена роженица, которая в течение 2 часов тужилась, но потуги были не эффективные, в связи с чем была доставлена в городской родильный дом. При поступлении роженица подтуживается. При осмотре головка м/с во входе в малый таз сердцебиение плода приглушенное 134 уд. в мин., наружные половые органы отечны, головка высоко, имеется большая родовая опухоль, швы и роднички не определяются. Тактика ведения:

4

Начать внутривенное введение окситоцина

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Роды завершить наложением полостных акушерских щипцов.

#

198.

Первородящая 20 лет поступила в родильный дом через 7 часов после начала родовой деятельности. Рост 160 см, Вес 60 см. Размеры таза 25-27-30- 20 см. предполагаемая масса плода 3500,--3800,0. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 8 см, края толстые. При исследовании излились светлые околоплодные воды, предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади. Через 2 часа схватки активные, роженица тужится. При исследовании: данные те же. Тактика ведения:

2

Начать в/в введение окситоцина

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением полостных акушерских щипцов

#

199.

Первородящая 20 лет, поступила в родильное отделение с началом родовой деятельности. Размеры таза: 25-27-30-20. Окружность живота 90 см, высота дна матки 34 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Через 8 часов излились околоплодные воды. При исследовании: открытие маточного зева 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Большой родничок в центре таза. Мыс не достигается. Тактика ведения:

2

В экстренном порядке произвести кесарево сечение

Роды вести выжидательно через естественные родовые пути

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Начать в/в капельное введение окситоцина

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора.

#

200.

У повторнородящей 30 лет, через 2 часа после поступления начались активные потуги. При исследовании обнаружено: открытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел, вскрылся при исследовании. Предлежит мягковатая часть, пальпируются надбровные дуги у лона. Тактика ведения:

3

Роды вести через естественные родовые пути

Начать в/в капельное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение в экстренном порядке

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора

#

201.

Повторнородящая поступила во втором периоде родов. При исследовании было обнаружено полное открытие маточного зева. Предлежит головка, швы и роднички четко не определяются, при детальном исследовании выявлен угол большого родничка. Тактика ведения:

4

Роды вести через естественные родовые пути

Начать в/в капельное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение при обструкции родов.

Произвести кесарево сечение в экстренном порядке

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора

#

202.

Первородящая 28 лет поступила в родильный дом с началом родовой деятельности. Размеры таза: 23-25-28-20 см. Окружность живота 100 см, высота дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Через 6 часов излились околоплодные воды, при влагалищном исследовании обнаружено открытие маточного зева на 7 см. Плодного пузыря нет. Предлежит мягковатая крупная часть, лицевая линия в правом косом размере подбородок сзади справа. Тактика ведения:

3

Роды на данном этапе вести выжидательно.

Произвести экстренное кесарево сечение

Тактику ведения уточнить при полном открытии маточного зева

Начать в/в капельное введение окситоцина

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора.

#

203.

Первородящая 18 лет, рост 167 см, вес 88 кг. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Окружность живота 112 см, высота дна матки 38 см. Поступила в конце активной фазы первого периода родов. Через 3 часа излились околоплод-

ные воды и началась активная потужная деятельность. При исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, м/родничок не достигается, большой родничок в центре таза. Тактика ведения:

2

Роды вести через естественные родовые пути
Произвести кесарево сечение в экстренном порядке
Начать в/в капельное введение окситоцина
Произвести кесарево сечение при обструкции родов.
Роды завершить наложением вакуум-экстрактора.

#

204.

Первобеременная 23 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в течение 6 часов. При осмотре за 10 мин. 1 схватка длительностью 15 сек. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в. мин., Данные влагалищного исследования: шейка матки укорочена до 0,5 см, плотноватая. Цервикальный канал проходим для 2 п/п. Плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз. Таз емкий. Выделения слизистые. Через 4 часа родовая деятельность не усилилась, схватки такой же силы и частоты. Через 8 часов при влагалищном исследовании структурных изменений не отмечено.

Тактика ведения:

3

Дальнейшее наблюдение в родильном блоке
Выписать домой
Перевести в отделение патологии
Начать преиндукцию
Начать введение простагландинов

#

205.

Повторнородящая 31 года находилась в отделении патологии с диагнозом: Доношенная беременность. Ложные схватки. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3800,0-4000,0. На следующий день в связи с продолжающимися схваткообразными болями осмотрена. При осмотре было выявлено сглаживание шейки матки, открытие маточного зева на 3 см. Плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз. Таз емкий.

Диагноз и тактика ведения:

1

Немедикаментозная родостимуляция
Произвести амниотомию
Начать преиндукцию
Начать введение окситоцина
Начать введение простагландинов

#

206.

Повторнородящей 31 года, переведенной из отделения патологии с диагнозом: Затянувшаяся латентная фаза произведена амниотомия и в течение 6 часов вводится в/в капельно окситоцин. Схватки усилились, за 10 мин. 2 схватки длительностью 35 сек., при влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края толстоватые. Раскрытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Таз емкий. Выделения- мутные околоплодные воды. Тактика:

1

Продолжать введение окситоцина под контролем КТГ
Назначить ОАК, начать а/б терапию
Срочно произвести кесарево сечение
Увеличить дозу окситоцина и продолжать инфузию
Увеличить количество капель и продолжать инфузию.

#

207.

Повторнородящая 24 лет поступила в активной фазе периода раскрытия. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головное предлежание. Предполагаемая масса плода- 3600,0-3800,0. Через 4 часа за 10 мин. 2 схватки длительностью 35 сек., слабой силы. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, отклонен кзади. Таз емкий. Выделения слизистые. Тактика ведения:

3

Продолжать ведение родов через естественные родовые пути
Произвести амниотомию и через 2 часа начать введение окситоцина
Произвести амниотомию и через 1 час начать введение окситоцина
Посоветовать женщине принять вертикальную позицию и активную ходьбу

Произвести экстренное кесарево сечение

#

208.

Первородящая. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головное предлежание. Окружность живота 101 см, высота дна матки 38 см. Схватки за 10 мин. 2 длительностью 40 сек., околоплодные воды излились при поступлении. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 7 см, плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, м/р слева спереди. Таз емкий. Через 4 часа схватки за 10 мин., 3 схватки длительность 40-45 сек., Тактика ведения:

3

Продолжать ведение родов через естественные родовые пути

Посоветовать женщине принять вертикальную позицию и активную ходьбу

Начать родостимуляцию в/в капельным введением окситоцина

Произвести кесарево сечение

Ввести интравагинально простагландин

#

209.

У повторнородящей 29 лет через 5 часов после поступления излились светлые околоплодные воды. Схватки за 10 мин. 3 длительностью 30-35 сек., Положение плода продольное, головка во входе в малый таз. При исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка во второй плоскости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Таз емкий. Через час схватки такой силы и частоты, головка во входе в малый таз. Тактика ведения:

2

Продолжать ведение родов через естественные родовые пути

Начать родостимуляцию в/в капельным введением окситоцина

Посоветовать женщине принять вертикальную позицию и активную ходьбу

Произвести кесарево сечение

Завершить роды использованием вакуум-экстрактора.

#

210.

Проводится в/в капельное введение окситоцина во втором периоде родов в течение 2 часов. Схватки за 10 мин. 2-3 схватки длительностью 35-40 сек. Головка в полости матки. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка в 3 плоскости малого таза, выраженная конфигурация головки. Тактика ведения:

5

Продолжать ведение родов через естественные родовые пути

Посоветовать женщине принять вертикальную позицию и активную ходьбу

Произвести кесарево сечение

Увеличить дозу окситоцина

Роды завершить наложением вакуум-экстрактора.

#

211.

Роженица тужится, потужной период длится более 1 часа. Роженица утомлена. Схватки стали слабее и реже. Положение плода продольное, головка во входе в малый таз. При исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка во 2 плоскости, выраженная конфигурация головки. Швы и роднички четко не определяются.

Тактика ведения:

2

Использование немедикаментозных методов ускорения родов

Начать в/в капельное введение окситоцина

Произвести кесарево сечение

Использовать акушерские щипцы

Использовать вакуум-экстрактор

#

212.

Роженица тужится, потуги активные. Длительность 2 периода 2 часа. При исследовании: головка во входе в м/т. Признак Вастена вровень. Сердцебиение плода приглушенное, аритмичное. При исследовании: отек шейки матки, выраженная конфигурация головки +++, головка во второй плоскости малого таза, швы и роднички четко не определяются. Тактика ведения:

3

Начать в/в капельное введение окситоцина

Использование немедикаментозных методов ускорения родов

Произвести кесарево сечение

Использовать акушерские щипцы

Использовать вакуум-экстрактор

#

213

Первородящая 22 лет. Беременность 1, доношенная. Поступила с регулярной родовой деятельностью. Схватки через 7-8 минут по 25 сек, средней силы, начались 3 часа тому назад. Околоплодные воды не изливались. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3-4 см., края зева тонкие, податливы. Плодный пузырь цел. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева спереди, ниже большого, стреловидный шов в правом косом размере. Определить в каком периоде родов поступила первородящая.

2

Предвестники родов

Первый период родов

Второй период родов

Третий период родов

Послеродовый период

#

214

Схватки через 2—3 минуты по 50—55 секунд. Размеры таза 25—28—31—20 см. Сердцебиение плода приглушенное, 150—160 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Назовите основной признак начала второго периода родов:

1

Появление потуг

Излитие околоплодных вод

Полное открытие маточного зева

Вставление головки плода во вход в малый таз

Нахождение головки в полости таза

#

215

Первородящая поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 8 часов, излитие околоплодных вод в течение 3 часов. Объективно: положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 3 минуты по 45 секунд.

По каким характеристикам оценивается сердечная деятельность здорового плода в родах?

1

по частоте сердцебиения (120 - 160 уд./мин.)

по ритму (правильный, ритмичный)

по тембру (окраска звука ясная)

по базальному ритму (количеству variability)

по доплерометрии маточно-плацентарного кровотока

#

216

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм рт. ст. Схватки через 2—3 мин. по 50—55 сек. Матка вне схватки плохо расслабляется, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Размеры таза 25—28—31—18 см. Признак Вастена «вровень». Сердцебиение плода глухое, 150—160 уд. в мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия. При исследовании: открытие шейки матки полное, отёк передней губы шейки матки; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Стреловидный шов отклонён кпереди, достигаются роднички, расположенные на одном уровне. Что произошло

4.

нормальное течение родов и потужного периода

поступательные движения головки во время потуги;

анатомическое несоответствие головки плода таза роженицы

клиническое несоответствие головки плода таза роженицы

слабость родовой деятельности

#

217

У роженицы 22-х лет регулярная родовая деятельность в течение 7 часов, беременность доношенная. Схватки через 4 мин. по 35 сек. средней силы. Недавно отошли светлые воды. Объективно: рост 164 см, вес 63 кг. АД 115/70, 120/75 мм рт. ст. Размеры таза: 24-26-28-19 см. Индекс Соловьева 1,5. Признак Вастена отрицательный. При осмотре: шейка матки сглажена, открытие зева 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается.

Степень сужения таза у данной роженицы:

1

I-я;
II-я;
III-я;
IV-я.
V-я

#

218

У первородящей 30-ти лет 6 часов назад в ожидаемый срок начались роды. Схватки через 2–5 мин. по 35–40 сек., во время схваток сильные боли, больше в поясничной области. Поведение беспокойное. Размеры таза нормальные. Матка при пальпации безболезненная, вне схватки полностью не расслабляется. Предполагаемая масса плода 3100 граммов. Влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 0,5 см, края ее плотные, плохо растяжимы. Раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Тактика:

3

вскрытие плоского плодного пузыря;
ведение инфузии Окситоцина 5ЕД;
кесарево сечение.

выжидательная тактика
проведение амниотомии

#

219

У роженицы 22-х лет регулярная родовая деятельность в течение 7 часов, беременность доношенная. Схватки через 4 мин. по 35 сек. средней силы. Недавно отошли светлые воды. Объективно: рост 164 см, вес 63 кг. АД 115/70, 120/75 мм рт. ст. Размеры таза: 24-26-28-19 см. Индекс Соловьева 1,5. Высота дна матки 35 см, окружность живота 92 см. Положение плода продольное. Предлежит головка. Признак Вастена отрицательный. Особенности первого момента биомеханизма родов у женщин с узким тазом, размеры которого представлены в задаче:

3

максимальное сгибание головки;
конфигурации головки нет;
длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз;
стреловидный шов в косом размере плоскости входа в малый таз.
стреловидный шов в прямом размере плоскости входа в малый таз

#

220

Первородящая 25 лет, срок гестации 39 недель; при поступлении: высота дна матки – 41 см, окружность живота – 100 см; размеры таза: 25–28–31– 18 см. Родовая деятельность: схватки через 5–4 минут по 30–35 секунд, прогрессируют. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное 140 ударов в минуту. На что необходимо обратить внимание:

1

Размеры таза
Открытие маточного зева
Срок беременности
Родовую деятельность
Расположение плода

#

221

Первородящая, срок гестации 42 недели. Родовая деятельность – схватки через 5–4 минут по 30–35 секунд, прогрессируют. Положение первого плода продольное, предлежит головка первого плода, прижата ко входу в малый таз. Положение второго плода продольное, тазовое. Сердцебиение плодов приглушено, ритмичное, 136–140 ударов в минуту. Первым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

1

Высоту дна матки
Головку по отношению к плоскостям таза
Предлежащую часть плода
Расположение плода
Спинку плода

#

222

Первородящая 24 лет. Поступила в 02 часа с жалобами на схваткообразные боли внизу живота с 22 ч. Размеры таза: 25–28– 31–20 см. Окружность живота – 105 см. высота дна матки – 36 см. При полном открытии маточного зева головка прижата ко входу в малый таз, поступательных движений головки не отмечается. Мыс не достижим. Тактика врача:

1

Выжидательная тактика
Кесарево сечение
Ведение спазмолитиков
Эпидуральная анестезия
Спинальная анестезия

#

223

Первобеременная, 25 лет. Срок беременности 38 недель. Окружность живота – 89 см. высота дна матки – 28 см. При исследовании матка плотна, положение плода продольное, предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 124 удара в минуту. В норме частота сердцебиения плода составляет:

3

60-90 ударов в минуту
90-100 ударов в минуту
120-160 ударов в минуту
100-120 ударов в минуту
160 – 180 ударов в минуту

#

224

Первобеременная поступила с доношенной беременностью, с жалобами на схваткообразные боли внизу живота с 5 часов. Объективно: схватки через 4–5 минут по 20–25 секунд. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края мягкие. Раскрытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, определяется ягодицы, прижатые ко входу в малый таз. Началом первого периода родов является:

4

Излитие околоплодных вод
Наличие «зрелой» шейки матки
Появление регулярных схваток с интервалом не реже чем 10-15мин
Сглаживание и раскрытие шейки матки
Болезненность схваток

#

225

Женщина поступила на роды. При поступлении схватки по 25–30 сек., через 3–5 мин. При осмотре: таз 26–29–31–20. Положение плода поперечное, головка справа, сердцебиение плода – 134 уд. в мин., ритмичное, по средней линии на уровне пупка. В 14 часов при осмотре отошли воды. Произведено влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Нормальные размеры женского таза – это:

1

25-28-30-21см
24-27-29-19см
23-16-28-18см
25-26-29-17см
24-26-30-19см

#

226

Повторнородящая 34 года, срок гестации 39 недель; при поступлении: родовая деятельность: схватки через 5–4 минут по 30–35 секунд, прогрессируют. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; шейка матки сглажена, края средней толщины, податливые. Открытие маточного зева – 6 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. В конце первого периода родов нормальная родовая деятельность характеризуется схватками через

4

5-6 минут
3-4 минуты
2-3 минуты
1-2 минуты
0,5-1 минуты

#

227

Беременная 16 лет. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41-42 недели. Объективно: Положение плода продольное, предлежание головное, спинка слева. Предполагаемая масса плода 4200 г. Размеры таза 23-26-29-18 см. При влагалищном исследовании обнаружено: - предлежит головка плода, - малый родничок слева, - стреловидный шов в поперечном размере. Определите положение, позицию и вид плода

2

положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид
положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид
положение плода продольное, 1-я позиция, вид не определен
положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид
положение плода продольное, 2-я позиция, вид не определен

#

228

Первые срочные роды, крупным плодом (масса 4300,0). Третий период родов продолжается 10 мин, появились кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

Плотным прикреплением плаценты (Placenta Adhaerens) называют?

3

неглубокое врастание ворсин хориона в миометрий
непрочное сращение ворсин хориона с децидуальной тканью
прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия
прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
глубокое врастание ворсин хориона в миометрий

#

229

Первобеременная 20 лет. Беременность доношенная. Размеры таза: 23–25–28–18 см. Схватки, переходящие в потуги, головка прижата ко входу в малый таз. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Потуги отличаются от схваток

4

увеличением продолжительности сокращений матки
увеличением частоты сокращений матки
увеличением интенсивности сокращений матки
присоединением сокращений мышц брюшной стенки
присоединением сокращений мышц, выстилающих стенки таза

#

230

Повторнородящая 20-ти лет в родах 4 часа. Состояние удовлетворительное. Схватки через каждые 3 минуты по 35-40 секунд, умеренно болезненные. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см, плодный пузырь цел, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лобка. Какой период родов?

2

Предвестники родов

Активная фаза первого периода нормальных родов

Латентная фаза первого периода нормальных родов

Второй период нормальных родов

Прелиминарный период

#

231

Роженица 20-ти лет, первые своевременные роды. При внутреннем акушерском исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Малый родничок слева ближе к лону. Стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз. Какая позиция и вид позиции плода?

3

II позиция плода, передний вид

I позиция плода, вид не определен

I позиция плода, передний вид

I позиция плода, задний вид

II позиция плода, задний вид

#

232

Третьи сутки после первых срочных нормальных родов. Ребенок на совместном пребывании, естественном вскармливании. Объективно: общее состояние родильницы удовлетворительное. Температура тела 36,4°C, ЧСС - 80 уд./мин. АД - 120/80 мм.рт.ст. Матка плотная, дно матки на 3 п/п ниже пупка. Лохии кровянисто-серозные, в умеренном количестве. Оцените динамику обратного развития матки:

3

Патологическая инволюция

Субинволюция матки

Физиологическая инволюция

Послеродовая гематометра

Послеродовая лохиометра

#

233

Родильница 19-ти лет, вторые сутки послеродового периода. Роды первые, срочные, прошли без осложнений.

Какой должен быть характер лохий?

5

Гнойные

Серозные

Слизистые

Сукровичные

Кровянистые

#

234

При влагалищном исследовании определяется головка плода, заполняющая заднюю поверхность лонного сочленения и крестцовую впадину, пальпации доступны нижний край лонного сочленения, ости седалищных костей, крестцово-копчиковое сочленение.

В какой плоскости малого таза расположена головка плода?

4

В плоскости узкой части малого таза

В плоскости широкой части малого таза

Над входом в малый таз

В плоскости входа в малый таз

В плоскости выхода малого таза

#

235

При внутреннем акушерском исследовании раскрытие шейки матки полное. Плодный пузырь отсутствует.

Предлежит головка, в плоскости выхода из малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода из таза, малый родничок ближе к лону. Каким размером головки родится плод при данном варианте предлежания?

2

Поперечным

Малым косым

Прямым

Большим косым

Средним косым

#

236

У роженицы 20-ти лет первый период родов. Роды в срок. Схватки через 3 минуты по 55 секунд. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см, плодный пузырь цел, предлежит головка над плоскостью малого таза. Выделения слизисто-кровянистые, умеренные. Какая фаза первого периода родов?

1

Латентная фаза родов

Активная фаза родов

Фаза замедления родов

Прелиминарный период

Слабость родовой деятельности

#

237

Головка новорожденного имеет долихоцефалическую форму, вытянута спереди назад. При осмотре головки на затылочной части определяется родовая опухоль, расположенная на середине между большим и малым родничком. Назовите предлежание, при каком произошли роды?

3

Лобное предлежание

Переднегемное предлежание

Передний вид затылочного предлежания

Лицевое предлежание

Задний вид затылочного предлежания

#

238

Роженица 30-ти лет доставлена в родильный дом с жалобами на регулярные схватки по 25-30 секунд каждые 1,5-2 минуты. Родовая деятельность началась 6 часов тому назад. При осмотре: открытие маточного зева 4 см, края шейки податливы. Головка в плоскости входа в малый таз. Поставьте диагноз.

4

Нормальная родовая деятельность
Вторичная слабость родовой деятельности
Патологический прелиминарный период
Первичная слабость родовой деятельности
Дискоординированная родовая деятельность

#

239

Первобеременная сроке 39-40 недель поступила в родильный дом с жалобами на нерегулярные схваткообразные боли, которые продолжаются на протяжении 3-х суток. Пациентка истощена. Тонус матки повышенный. Зрелость шейки матки по шкале Бишопа – 3 балла. Поставьте диагноз.

2

Физиологический прелиминарный период
Патологический прелиминарный период
Дискоординированная родовая деятельность
Первый период родов
Слабость родовой деятельности

#

240

Первобеременная поступила со схваткообразными болями внизу живота. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие. Раскрытие маточного зева на 5 см. Плодный пузырь цел. Таз емкий. Выделения слизистые. Влагалищное исследование в родах производят с целью:

2

определение расположения плаценты
определения степени раскрытия шейки матки;
определения особенностей продвижения головки плода;
определения размеров и состояния костного таза;
определения предполагаемых размеров плода

#

241

Первородящая 25 лет. Запоздалые роды. Через 12 ч от начала родовой деятельности роженица родила доношенного мальчика массой 3990 граммов. Оценка плода по шкале Апгар в конце 1 мин 4 балла и через 5 мин после рождения – 5 баллов. Кожные покровы бледные, акроцианоз, мышечный тонус снижен, крик слабый после отсасывания слизи, частота сердечных сокращений 110 уд./мин, частота дыхания – 40 в мин. Определить тактику.

2

оценить состояние новорожденного
установить показания к проведению реанимационных мероприятий
определить эффективность реанимационных мероприятий
планировать объем помощи после реанимации
оставить ребенка с матерью на грудном вскармливании

#

242

Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания, проводилось лечение. В последние дни ощущала тяжесть внизу живота. Около 10 часов назад начали подтекать околоплодные воды, 2 часа назад появились слабые схватки через 6—7 минут по 30 секунд. Матка соответствует сроку 34 недели беременности. Профилактика синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных предполагает:

4

Клинический и рентгенологический контроль
ПеркуSSIONный вибрационный массаж грудной клетки
Лаваж бронхиального дерева
Экзогенный сурфактант
Промывание легких физраствором

#

243

Первородящая 40 недель. Через 12 часов от начала родовой деятельности роженица родила доношенного мальчика массой 3600 граммов с оценкой по шкале Апгар 6 баллов через мин. и 8 баллов через 5 мин. после рождения. Кожные покровы цианотичные, мышечный тонус снижен, крик слабый, частота сердечных сокращений 150 уд. в мин., частота дыхания 40 уд. в мин. Мероприятия, необходимые в данном случае:

1

очистка верхних дыхательных путей;
положить на источник тепла
искусственная вентиляция легких;

кардиостимуляция
динамическое наблюдение
#

244

При оценке состояния ребенка после родов отсутствует необходимость в проверке:

3

Частоты сердечных сокращений

Мышечного тонуса

Артериального давления

Живости рефлексов

Цвета кожных покровов

#

245

Роженица находится во II-ом периоде родов 30 мин. Схватки через 2–3 мин по 50–55 сек. Матка не расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26–27–33–18 см. Сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Брадикардия плода, продолжающаяся более 30 секунд после схватки, является:

4

Признаком не существенным, оценке не подлежит

Показателем нормального состояния плода в родах

Признаком гипоксии, если есть примесь мекония

Признаком требующими немедленного родоразрешения

Признаком наличия дискоординации родовой деятельности

#

246

Родился плод женского пола, закричал сразу, на 1-ой минуте, кожные покровы цианотичные, мышечный тонус снижен, ЧСС 100 ударов в минуту. Оценка по шкале Апгар:

4

8-9 баллов;

6-7 баллов;

4-5 баллов;

2-4 баллов.

#

247

Запоздалые роды. Через 12 ч от начала родовой деятельности роженица родила доношенного мальчика массой 3990 граммов. Оценка плода по шкале Апгар в конце 1 мин 4 балла и через 5 мин после рождения – 5 баллов. Кожные покровы бледные, акроцианоз, мышечный тонус снижен, крик слабый после отсасывания слизи, частота сердечных сокращений 110 уд./мин, частота дыхания – 40 в мин. С чего начать реанимацию:

1

отсасывание жидкости из верхних дыхательных путей

лучистое тепло, мониторинг жизненно важных функций

неинвазивная искусственная вентиляция легких

инвазивная искусственная вентиляция легких

ведение адреналина и искусственная вентиляция легких

#

248

Родился ребенок с весом 2800г., ростом 50 см. Объективно: в родильном зале через 10 секунд после рождения ребенок громко кричит, кожные покровы розовые, отмечается акроцианоз, вялые движения конечностей, мышечный тонус снижен, ЧСС 120 в мин., ЧДД 35 в мин., рефлекторная возбудимость снижена. С чего начать реанимацию:

1

отсасывание жидкости из верхних дыхательных путей

лучистое тепло, мониторинг жизненно важных функций

неинвазивная искусственная вентиляция легких

инвазивная искусственная вентиляция легких

ведение адреналина и искусственная вентиляция легких

#

249

Первородящая, 19 лет. Беременность доношенная. Поступила в конце 1-го периода родов. Через 30 минут при контрольной аускультации сердцебиение плода 100 ударов в минуту, аритмичное. Еще через 30 минут произошли роды плодом женского пола, у которого ЧСС 100 ударов в минуту, аритмичное, кожа цианотичная, крика нет, тонус снижен, рефлексы отсутствуют. Какая частота сердечных сокращений считается нормальной:

3

90-130 в минуту

110-150 в минуту

120-160 в минуту

100-180 в минуту

160-200 в минуту

#

250

Беременность 5, роды 1 на сроке 27 нед. + 3 дня. На учете по беременности с 8 нед. Предыдущие беременности закончились: 2 медицинских аборта на ранних сроках, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 замершая беременность на сроке 15 нед. Роды – I период – 5 часов 15 мин, II период – 5 мин, безводный промежуток – 15 часов, воды светлые. Чем осложнятся роды со стороны плода:

5

расстройство дыхания;

ателектаз легкого;

отечно-геморрагический синдром;

дополнительные гиалиновые мембраны;

респираторный дистресс синдром

#

251

Новорожденная девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза легкой степени, хронической внутриутробной гипоксии плода, миопии высокой степени, родилась путем операции планового кесарева сечения на сроке гестации 39/40 недель с весом при рождении 2950г ростом 49 см, воды светлые. Оценка по шкале Апгар на 1 мин 8 баллов. На второй минуте жизни – апное, разлитой цианоз, брадикардия. Нужно ли проводить реанимацию

3

Только детям, перенесшим острую

Отолько детям, перенесшим хроническую гипоксию

при оценке доношенного по шкале Апгар на 6 баллов и ниже

при брадикардии в родах

при массе тела новорожденного ниже 2500 г

#

252

Недоношенный ребенок 28-29 недель гестации 2 дней жизни (при рождении – масса 1150 грамм, рост 36 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов) поступил в отделение реанимации для лечения и выхаживания Развитие каких респираторных нарушений вы ожидаете с наибольшей вероятностью

3

задержка развития плода

ускоренное развитие плода

респираторный дистресс-синдром

внутриутробная пневмония

аспирационная пневмония

#

253

Недоношенный ребенок от матери 38 лет с ОГА (кольпит, аднексит), от 4-ой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, осложнившейся преждевременным разрывом плодных оболочек (безводный промежуток 11 дней) и поздним самопроизвольным прерыванием беременности в 25-26 недель поступил в отделение реанимации. При рождении вес 620 гр., рост 28 см, оценка по шкале Апгар $\frac{3}{4}$ балла. Имела ли место асфиксия, если да, то какой степени?

2

Нет данных для диагноза

Была, тяжелой степени

Была, средней тяжести

Была, легкой степени

Нет, с учетом клиники

#

254

Переношенный мальчик с массой тела 3800г, ростом 52 см, от женщины 30 лет, страдающей ожирением 2 степени и гипертонической болезнью. Беременность III (1,2 – м/а без осложнений), протекавшей с гестозом и анемией, Запоздалые 1-е роды на 42 неделе, в головном предлежании, осложнившихся вторичной слабостью родовых сил, проводилась стимуляция родов окситоцином. Гипоксия плода (передние воды мекониальные, страдало сердцебиение плода). Извлечен путем наложения полостных акушерских щипцов без дыхания, с единичным

сердцебиением. Оценка по шкале Апгар в конце первой минуты – 1 балл. Причиной асфиксии новорожденного может быть

1

хроническая гипоксия плода, вследствие аспирации мекониальных вод
применение в родах общей анестезии или наркотических анальгетиков
быстрое извлечение плода с помощью акушерских щипцов
запоздалые роды с применением родовозбуждения
применение в родах препаратов для родостимуляции

#

255

Ребенок родился на сроке гестации 34 недели. Из анамнеза известно, что беременность III. I, II беременности закончились выкидышами, женщина была прооперирована по поводу истмико-цервикальной недостаточности. Настоящая беременность протекала на фоне токсикоза I половины, анемии средней степени тяжести. Роды на сроке 34 недели, в затылочном предлежании. Какое сопутствующее заболевание вызвало преждевременные роды:

5

Токсикоз беременных
Анемия средней степени
Выкидыши в анамнезе
Все в анамнезе женщины
Истмико-цервикальная недостаточность

#

256

Осмотрен ребенок в родовом зале. Роды в срок в затылочном предлежании без особенностей. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза. При осмотре ребенок вялый. Отмечается спонтанная двигательная активность, реакция на осмотр и раздражение слабые. Физиологические рефлексы вызываются плохо. Крик короткий, малоэмоциональный. Кожные покровы цианотичные. Оценка по Апгар 4/7 баллов. При аускультации дыхание ослаблено, ЧД – 43, тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 180. Ваша тактика:

4

оценить состояние новорожденного
установить показания к проведению реанимационных мероприятий
определить эффективность реанимационных мероприятий
планировать объем помощи после реанимации
оставить ребенка с матерью на грудном вскармливании

#

257

Осмотрен мальчик в возрасте 16 дней от «пожилой первородящей» матери. Роды произошли на 35 неделе беременности, масса тела 2100, длина 44 см. Крик - после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Убыль массы тела – 8 %. Вес восстановился на 14 день. Во время осмотра ребенок легко охлаждается, крик слабый, поисковый рефлекс ослаблен, сосет медленно. Как оценить признаки морфологической зрелости новорожденного:

4

неспособность поддерживать постоянную температуру тела
ослабление поискового и сосательного рефлексов
бедность движений и реакций, мышечная гипотония
лануго, большие размеры родничков, расхождение швов
интенсивность желтушности кожных покровов

#

258

В родильном доме осмотрена девочка 3 суток. Вес ребенка 1520 г, длина тела 40 см. Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, I родов. Предыдущие беременности закончились выкидышами. у женщины отмечалась истмико-цервикальная недостаточность. После хирургической коррекции наступила настоящая беременность. Роды на сроке гестации 32 недели. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: кожные покровы желтые. Большой родничок 2х2 см, малый родничок 0,5х0,5 см. Всю кожу покрывает лануго. Мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены. Ребенок плохо удерживает температуру тела. Сосательный рефлекс отсутствует. План обследования:

3

измерение глюкозы крови
консультация окулиста
обще-клиническое обследование
УЗИ головного мозга
Билирубин крови

#

259

Осмотрен мальчик в возрасте 8 дней от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза II половины, анемии средней степени тяжести. Роды на 35 неделе, длительность 16 часов. Масса тела при рождении 2010 г, длина тела 44 см. Оценка по Апгар 5/8 баллов. При осмотре: кожные покровы желтушные. Двигательная активность снижена. Ребенок плохо удерживает температуру. Отмечается мышечная гипотония и гипорефлексия. В легких дыхание пуэрильное, ЧД – 40. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 140. Живот при пальпации мягкий, стул кашицеобразный, непереваренный, желтого цвета. Билирубин крови – 160 мкмоль/л за счет непрямого.

Желтуха, повышение уровня прямого билирубина и активности трансаминаз – это признаки:

3

фетального гепатита
гемолитической болезни
конъюгационной желтухи
вирусного гепатита
холестатического гепатоза

#

260

Роды у пациентки 32 лет в перинатальном центре. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая – искусственным абортom, третья – родами в 38 нед., ребенок умер на седьмые сутки от желтухи. Во время настоящей беременности обнаружены резус антитела в сыворотке крови в титре 1:10. При динамическом наблюдении нарастания титра антител не отмечено. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3000 г. Состояние ребенка средней степени тяжести, кожа бледная. Оценка по шкале Апгар через 1 мин 4 балла, через 5 мин после рождения – 5 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, гемоглобин – 130 г/л. Группа крови плода II (A), резус положительная.

1

физиологическое состояние ребенка
гемолитическая анемия без желтухи и водянки
гемолитическая анемия с желтухой
гемолитическая анемия с желтухой и водянкой
гемолитическая анемия с водянкой

#

261

При рождении ребенок покрыт меконием, самостоятельно дышит, имеет физиологический мышечный тонус, ЧСС составляет 120 уд/мин, его кожные покровы розовые, акроцианоз уменьшается на глазах. Дальнейшие действия:

2

Перевод в детскую реанимацию
Совместное пребывание с матерью
Наблюдение в детском отделении
Перевод в перинатальный центр
Констатация смерти новорожденного

#

262

Ребенок родился путем кесарева сечения вследствие ягодичного предлежания. Околоплодные воды светлые. Закричал сразу, крик громкий, мышечный тонус удовлетворительный, дыхание в легких на крике проводится во все отделы, хрипов нет.

Оценка по шкале Апгар:

2

9-10 баллов
8-9 баллов
6-7 баллов
4-5 баллов
1-3 балла

#

263

В случае первичного гипотиреоза и лечения L-тироксинам при наступлении беременности лечение следует:

5

немедленно прекратить
прекратить по окончании периода плацентации (16 недель)
прекратить в 20-22 недель
прекратить в 32-36 недель
продолжить до родов

#

264

Для исключения истмико-цервикальной недостаточности УЗИ целесообразно назначать со срока:

4

с 4-5 недель

с 6-7 недель

с 8-9 недель

с 12-14 недель

с 14-16 недель

#

265

Симптомы начавшегося разрыва матки:

3

непродуктивная потужная деятельность

отсутствие болезненности матки вне схватки

кровянистые выделения из половых путей

отсутствие раскрытия шейки матки

симптомы острого живота

#

266

К разрыву матки предрасполагают:

3

рубец на матке после кесарева сечения

метроэндометрит в анамнезе

перфорация матки во время аборта

миома матки при беременности

аборты в анамнезе

#

267

Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения при живом плоде являются:

2

тазовое предлежание плода

передний вид лицевого вставления головки плода

переднепоперечное вставление головки плода

передний вид затылочного вставления головки плода

задний вид затылочного вставления головки плода

#

268

Для полного истинного приращения плаценты характерно:

4

сильное кровотечение из половых путей через 5-10 минут после рождения плода

небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

острый ДВС-синдром развившийся в послеродовом периоде

отсутствие кровянистых выделений из половых путей сразу после рождения плода

интенсивные кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

#

269

УЗИ-критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

4

уменьшение количества околоплодных вод

уменьшение размеров печени у плода

наличие пороков развития почек у плода

гипотрофия туловища при обычных размерах головки

гипертрофия туловища при обычных размерах головки

#

270

При каком типе плаценты возможно развитие трансфузионного синдрома у близнецов:

4

бихориальной-биамниональной раздельной

бихориальной-биамниональной слившейся

при любом типе плаценты

монохориальном типе плаценты

бихориальном типе плаценты

#

271

На кардиоотографии признаками страдания плода являются:

5

наличие спорадических акцелераций
синусный ритм кардиограммы плода
косинусный ритм кардиограммы плода
высокая вариабельность базального ритма
наличие поздних децелераций

#

272

Уровень альфафетопротеина в крови беременной повышается при:

4

нормальном развитии плода
пороке развития почек плода
внутриутробной гипоксии плода
пороке развития нервной трубки плода
задержке развития плода

#

273

Эхокардиографическими признаками плаценты, характерными для гемолитической болезни являются:

4

Уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и повышение ее преждевременное старение

Уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком без признаков её старения

Толщина плаценты соответствует гестационному сроку, но имеется преждевременное её старение

Увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком без признаков её старения

Увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и преждевременное её старение

#

274

При самопроизвольных родах и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки проводить:

3

в зависимости от величины кровопотери
в зависимости от уровня артериального давления
в зависимости от целостности последа
не обязательно всем женщинам после родов
обязательно всем женщинам после родов

#

275

Метод родоразрешения при неполном предлежании плаценты, кровотечении из родовых путей до 200 мл и открытии маточного зева на 5-6 см:

4

через естественные родовые пути с ранней амниотомией
через естественные родовые пути с родостимуляцией
через естественные родовые пути с гемотрансфузией
через естественные родовые пути с ранней амниотомией
через операцию экстренного кесарева сечения

#

276

Акушерская тактика при продолжающемся кровотечении (кровопотеря 1200 мл) во время операции кесарева сечения, производимой по поводу отслойки нормально расположенной плаценты:

5

Повторное введение утеротонических препаратов
Введение простагландинов в толщу миометрия
Надвлагалищная ампутация матки
Перевязка подвздошных артерий
Наложение гемостатических швов на матку

#

277

Для решения вопроса об остатках плацентарной ткани в послеродовом периоде целесообразно проводить УЗ-исследование на:

5

На 7 сутки

На 6 сутки
На 5 сутки
На 4 сутки
На 2-3 сутки

#

278

Антифосфолипидный синдром может быть причиной:

5

Задержки внутриутробного развития плода
Ускоренного внутриутробного развития плода
Гипертензии, осложненной Hellp-синдромом
Преэклампсии и эклампсии
Невынашивания беременности

#

279

При ассиметричной форме задержки развития плода:

1

масса тела уменьшена по отношению к окружности головы и длине
масса тела увеличена по отношению к окружности головы и длине
масса тела и окружность головы уменьшена по сравнению с длиной
масса тела и длина уменьшена по сравнению с головкой плода
масса тела и длина увеличена по сравнению с головкой плода

#

280

Локальный гипертонус матки характерен для:

4

предлежания плаценты
шеечно-перешеечной беременности
начала развития преждевременных родов
отслойки нормально расположенной плаценты
плотного прикрепления или приращения плаценты

#

281

К причинам невынашивания беременности во 2 триместре относят:

4

хромосомные нарушения
кисту яичника
изосенсибилизацию
истмико-цервикальную недостаточность
предлежание плаценты

#

282

Лечебная тактика при перитоните после кесарева сечения:

3

операция - надвлагалищная ампутация матки
экстирпация матки с дренированием через влагалище
экстирпация с дренированием через влагалище и боковые каналы
консервативная интенсивная терапия 11-12 часов
консервативная интенсивная терапия 24-48 часов

#

283

Гистероскопическая картина на 8-9 сутки послеродового периода (гнойно-фибринозный налет на стенках матки, тяжистая ткань черного цвета, выбухающая над стенкой матки, мутные лохии со зловонным запахом) характерна для:

4

эндомиометрита в послеродовом периоде
эндомиометрита с задержкой плацентарной ткани
развития субинволюции матки после родов
эндомиометрита с некрозом децидуальной ткани
эндомиометрита с гиперплазией эндометрия

#

284

При наружном исследовании обнаружено поперечное положение второго плода. Какова тактика ведения?

4

родоразрешение путем операции кесарева сечения
вскрытие плодного пузыря, внутренний поворот на ножку
вскрытие плодного пузыря с последующей родостимуляцией
вскрытие плодного пузыря, внутренний поворот плода на ножку
выжидательная тактика под контролем сердцебиения плода

#

285

К анатомо-физиологическим особенностям при аппендиците у беременных относят:

5

смещение слепой кишки выше безымянной линии
тазовое расположение червеобразного отростка
смещение червеобразного отростка латерально
смещение червеобразного отростка дистально
смещение червеобразного отростка вверх

#

286

Для лечения железодефицитной анемии применяют:

5

Аскорбиновая кислота
Витамин В₁₂
Фолиевая кислота
Витамин В₆
Препараты железа

#

287

Задержка развития внутриутробного плода отсутствует при:

5

внутриутробной инфекцией
генетических нарушений у плода
хронических заболеваниями почек
гестационной гипертензии
предлежании плаценты

#

288

Какое нарушение менструальной функции наиболее часто является причиной невынашивания:

2

недостаточность 1 фазы менструального цикла
недостаточность 2 фазы менструального цикла
стойкая ановуляция с индукцией беременности
гиперполименорея в анамнезе
олигоаменорей в анамнезе

#

289

Шоковый индекс – это частное от деления:

1

частоты пульса на показатель систолического давления
частоты пульса на показатель диастолического давления
суммы показателей давления на частоту пульса
разница показателей давления на частоту пульса
показателей систолического давления на частоту пульса
показателей диастолического давления на частоту пульса

#

290

Противопоказания для наложения щипцов:

4

полное раскрытие шейки матки
отсутствие плодного пузыря
задний вид затылочного предлежания
мертвый плод
слабость родовой деятельности

#

291

В комплексной инфузионной терапии при позднем гестозе нельзя использовать:

4

антагреганты
гепатопротекторы
гипотензивные препараты
диуретики
иммунокорректоры

#

292

На какие сутки после операции кесарева сечения развивается перитонит, обусловленный несостоятельностью швов:

4

1-2 сутки
2-3 сутки
3-4 сутки
4-5 сутки
6-7 сутки

#

293

Акушерские щипцы противопоказаны при:

5

полном раскрытии шейки матки
опорожненном мочевом пузыре
разрыве плодных оболочек
известного положения головки плода
переднем виде затылочного предлежания

#

294

Определение альфа-фетопротеина в крови беременной показано при:

3

подозрение на развитие диабета
профилактике гестационной гипертензии
подозрении на пороки развития ЦНС плода
наличии хромосомных aberrаций у отца
серологическом конфликте по Rh-фактору

#

295

Для радикальной остановки атонического кровотечения из матки необходимо произвести перевязку:

3

яичниковых артерий
общих подвздошных
внутренних подвздошных
нижних подчревных
наружных подвздошных

#

296

Лечение синдрома нижней полой вены:

2

введение улучшающих циркуляцию средств
положение беременной на боку
кесарево сечение в экстренном порядке
амниотомия при зрелой шейке матки
назначение седативных средств

#

297

При обнаружении добавочного мыса или экзостоза в I периоде родов необходимо:

5

провести амниотомию при зрелой шейке матки
начать введение окситоцина в конце I периода родов
произвести кесарево сечение при клиническом узком тазе
провести профилактику внутриутробной гипоксии плода
провести операцию кесарево сечение в экстренном порядке

#

298

После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваше следующее действие:

5

- Оценить частоту сердечных сокращений
- Оценить цвет кожных покровов
- Ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
- Измерить артериальное давление
- Начать искусственную вентиляцию легких

#

299

Противопоказание для проведения индуцированных родов:

5

- Осложнения, угрожающие здоровью матери
- Осложнения, угрожающие состоянию плода
- Внутриутробная гибель плода
- Аномалии развития плода
- Тенденция к невынашиванию

#

300

При неосложненном течении беременности у беременной в сроке 39 недель, в положении лежа на спине, внезапно упало артериальное давление, появились бледность кожных покровов, липкий пот. Укажите возможную причину данного состояния:

5

- Разрыв матки
- Отслойка плаценты
- Гипогликемическая кома
- Эмболия околоплодными водами
- Сдавление нижней полой вены

#

301

При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на кардиотокографии - признаки гипоксии плода. Показано:

5

- расширенная терапия, пролонгирование беременности
- начать подготовку к родовозбуждению
- родовозбуждение, при отсутствии эффекта - кесарево сечение
- родовозбуждение, при ухудшении состояния - кесарево сечение
- подготовка к операции кесарево сечение

#

302

К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится:

3

- преждевременное прерывание беременности
- раннее развитие позднего токсикоза
- патология околоплодных вод
- ангиопатия сетчатки
- слабость родовой деятельности

#

303

Основными симптомами сахарного диабета являются:

4

- Экцикоз
- Кожный зуд
- Гиповолемия
- Сухость во рту
- Тошнота

#

304

До какого срока беременности сохраняется риск развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденного, если у беременной был обнаружен гестационный сахарный диабет:

4

До 35-й недели

До 36-й недели
До 37-й недели
До 38-й недели
До 39-й недели

#

305

Укажите критерии гестационного сахарного диабета:

2

Гликемия натощак в венозной плазме более или равно 7,0 ммоль/л

Гликемия натощак в венозной плазме от 5,1, до 7,0 ммоль/л

Гликированный гемоглобин $\geq 6,5\%$

Гликированный гемоглобин \geq либо равно 10%

Гликированный гемоглобин \geq либо равно 20%.

#

306

Необходимый среднесуточный уровень глюкозы для предотвращения врожденных пороков развития:

4

Не должен превышать 9 ммоль/л

Не должен превышать 7,7 ммоль/л.

Не должен превышать 6,1 ммоль/л.

Не должен превышать 5,1 ммоль/л.

Не должен превышать 4,1 ммоль/л

#

307

Самым периферическим антагонистом инсулина является:

1

Плацентарный лактоген

Прогестерон

Кортизол

Пролактин

Тестостерон

#

308

Факторами риска развития гестационного сахарного диабета являются:

3

Ожирение

Низкая двигательная активность

Беременность сама по себе

Наличие сахарного диабета у близких родственников

Заболевания сердца

#

309

Самая точная среда, в которой исследуется уровень гликемии, – это:

3

Цельная кровь

Сыворотка крови

Плазма крови

Слюна

Среда исследования значения не имеет

#

310

Завершите правильно фразу: «Абсолютно у всех беременных женщин наблюдается...»:

1

Снижение гликемии натощак (на 0,5 – 1 ммоль/л)

Повышение гликемии натощак (на 0,5 – 1 ммоль/л)

Снижение гликемии натощак (на 1 – 2 ммоль/л)

Повышение гликемии натощак (на 1 – 2 ммоль/л)

Снижение гликемии натощак (более 2 ммоль/л)

#

311

Ошибочное суждение о сахарном диабете у беременной:

1

Сахарный диабет всегда является противопоказанием к сохранению беременности

Наличия инсулинрезистентной и лабильной форм сахарного диабета
Сахарного диабета, осложнившегося прогрессирующей ретинопатией
Наличия сахарного диабета у обоих супругов
Сахарного диабета, осложнившегося нефроангиосклерозом
Сахарного диабета, осложнившейся диабетической комой

#

312

Не является показаниями для родоразрешения путем операции кесарева:

3

Сосудистых осложнений диабета
Лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу
Прогрессирующей гипоксии плода при сроке меньше 34 недели
Тазового предлежания плода при сроке не менее 36 недель
Наличия ожирения у матери

#

313

У беременных с нормальным весом, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

2

до 1600–1900 ккал
2000–2500 ккал
2500–3000 ккал
3100–3500 ккал
более 3500 ккал.

#

314

Влияние беременности на функцию щитовидной железы

3

не оказывает влияния на функцию щитовидной железы
угнетает ее функцию
усиливает ее функцию
зависит от течения беременности
зависит от наличия ожирения

#

315

Влияние тиреоидных гормонов матери на плод

3

не проникают через плацентарный барьер и не влияют на состояние плода
слабо проникают через плацентарный барьер и не влияют на состояние плода
свободно проникают через плацентарный барьер и влияют на развитие плода
тиреоидные гормоны начинают свободно проникать после 22 недель
тиреоидные гормоны начинают свободно проникать после 36 недель

#

316

У беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, отсутствует симптом:

3

потливость
сердцебиение
экзофтальм
отечность кожных покровов
снижение массы тела

#

317

У беременных, страдающих гипофункцией щитовидной железы, отсутствует симптом:

3

Сонливости
повышенной сухости кожи
быстрой утомляемости, вялости
артериальной гипертензии
ломкости и исчерченности ногтей

#

318

Где вырабатывается инсулин во время III триместра беременности

2

печень плода
поджелудочная железа беременной и плода
цитотрофобласт
почки плода
щитовидная железа беременной и плода

#

319

Что неправильно в отношении функции щитовидной железы у беременных?

5

функция щитовидной железы в пределах нормы
содержание ТТГ в крови не отличается
количество йода, связанного с белком, повышено
общая концентрация тироксина повышена
количество свободного Т4 повышено

#

320

Назовите наиболее частое осложнение беременности при сахарном диабете:

5

многоводие
гипертензия
прерывание беременности
пороки развития плода
крупные размеры плода

#

321

При диффузно-токсическом зобе наиболее часто отмечается:

3

сухость кожи
микседема
экзофтальм
энофтальм
психические изменения

#

322

Содержание глюкозы в крови в норме натощак при применении орто-толуидинового метода составляет

1

в пределах 3.3-5.5 ммоль/л
не превышает 6.6 ммоль/л
не превышает 7.7 ммоль/л
не превышает 8.8 ммоль/л
не превышает 12.21 ммоль/л

#

323

Первичная плацентарная недостаточность возникает до

2

12 недель
16 недель
18 недель
22 недель
26 недель

#

324

Появление III степени зрелости плаценты до 36-37 недель беременности свидетельствует

1

о ее преждевременном старении
о ее нормальном функционировании
о незрелости плаценты
о наличии пороков развития у плода
о наличии задержки развития у плода

#

325

Ультразвуковая оценка 0 степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности

2

до 22-25 недель беременности

до 29-30 недель беременности

до 30-33 недели беременности

до 34-37 недель беременности

до 38-40 недель беременности

#

326

Ультразвуковая оценка III степени зрелости плаценты, как правило, наступает

4

с 22-25 недели беременности

с 26-29 недели беременности

с 30-33 недели беременности

с 36-37 недели беременности

с 38-40 недели беременности

#

327

Образование фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается

1

к 16-й неделе беременности

к 20-й неделе беременности

к 24-й неделе беременности

к 28-й неделе беременности

к 30-й неделе беременности

#

328

Главной причиной острой плацентарной недостаточности является:

4

угрожающие преждевременные роды

профессиональные вредности

генитальный инфантилизм

отслойка плаценты

эндокринные заболевания

#

329

Различают два основных типа внутриутробной задержки роста плода

3

верхняя и нижняя

правая и левая

симметричная и асимметричная

психическая и физическая

поздняя и ранняя

#

330

При I степени задержки развития плода показатели фетометрии отличаются на

1

2 недели меньшего срока

3-4 недели меньшего срока

4-5 недель меньшего срока

5-6 недель меньшего срока

6-7 недель меньшего срока

#

331

При II степени задержки развития плода показатели фетометрии отличаются на

2

2 недели меньшего срока

3- 4 недели меньшего срока

4-5 недели меньшего срока

5-6 недель меньшего срока

6-7 недель меньшего срока

#

332

Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через

2

плацентарные перегородки

спиральные артерии

магистральные сосуды матки

внутренние срамные артерии

яичниковые артерии

#

333

Если в 10 недель беременности выявлено отсутствие "пика" выделения хорионического гонадотропина, то возможны следующие осложнения

1

плацентарная недостаточность

пороки развития плода

хромосомные аберрации

добавочные дольки плаценты

замершая беременность

#

334

Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается

1

в усилении надпочечниками плода продукции кортизола

в повышении продукции тиреотропного гормона у плода

в снижении продукции прогестерона тканями плаценты

в усиленной продукции гистамина тканями плаценты

в снижении продукции гистамина тканями плаценты

#

335

Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных не информативно определение

5

гемоглобин и количество эритроцитов

почасовой прирост билирубина

группа крови ребенка

резус-принадлежность крови

уровень печеночных ферментов

#

336

Поздний фенотип задержки роста плода устанавливается в сроке

5

12-20 недель беременности

20-24 недель беременности

24-32 недель беременности

до 32 недель беременности

после 32 недель беременности

#

337

Ранний фенотип задержки роста плода устанавливается в сроке

4

1-20 недель беременности

1-21 недель беременности

24-32 недель беременности

до 32 недель беременности

после 32 недель беременности

#

338

Первобеременная 36лет, находилась в отделении патологии беременности. Беременность 34 недель, гипертоническая болезнь 2А стадии: 160/100мм. рт. ст. При УЗИ-исследовании выявлен задержка развития плода II-степени. Назовите самый оптимальный способ родоразрешения

2

спонтанные роды через естественные родовые пути
проведение операции кесарево сечение
операция наложения акушерских щипцов
операция вакуум-экстракции плода
выжидательная тактик

#

339

Сроки первого введения антирезусного гамма-глобулина при отсутствии антител у беременной?

3

18 - 20 недель
26 - 28 недель
28 - 32 недели
35 - 37 недель
38 - 39 недель

#

340

Эффективным методом лечения резус-сенсibilизации является

4

трансплантация кожного лоскута от мужа
проведение плазмафереза
неспецифическая десенсибилизирующая терапия
введение антирезусного гамма-глобулина
переливание всех компонентов крови

#

341

Как часто следует обследовать женщину на наличие антител

4

1 раз в неделю
1 раз в 2 недели
1 раз в 3 недели
1 раз в 4 недели
1 раз в 8 недель

#

342

Меры профилактики резус-сенсibilизации

3

плазмаферез
неспецифическая профилактика
переливание крови с учетом резус-фактора
трансплантация кожного лоскута от мужа
биологически активные вещества

#

343

Показанием к исследованию околоплодных вод путем амниоцентеза во время беременности в сроки не ранее 33-34 недель беременности является:

4

титр антител в крови матери 1:2
титр антител в крови матери 1:4
титр антител в крови матери 1:16
титр антител в крови матери 1:32
титр антител в крови матери 1:45

#

344

У повторнобеременной, первородящей с резус-отрицательным фактором крови при сроке 33-34 недели обнаружен титр антител 1:32. Из анамнеза: внематочная беременность, тубэктомия слева, самопроизвольный ранний выкидыш с выскабливанием полости матки. Что нежно использовать для определения состояния плода:

1

УЗИ плода, амниоцентез, кардиотохография

УЗИ плода, амниоцентез, шевеление плода
амниоцентез, кардиотахография, УЗИ плода
кардиотахография, шевеление плода
только шевеление плода
#

345

Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезусных антител, можно считать, что специфическая профилактика эффективна

2

нет, не эффективна

да, эффективна

в зависимости от осложнений

в зависимости от паритета родов

нельзя утверждать до следующей беременности

#

346

Беременность 39-40 недель. Жалобы на острую боль по всему животу и кровянистые выделения из половых путей 1,5 часа тому назад. Матка в гипертонусе. Сердцебиение плода не прослушивается. Какое осложнение выявлено?

5

Неполный разрыв матки

Разрыв сосудов варикозного узла во влагалище

Отслойка прележащей плаценты

Разрыв шейки матки

Преждевременная отслойка плаценты.

#

347

Беременная 26 лет. Срок беременности 34 недель, с ночи беспокоит безболевыми кровянистыми выделениями из половых путей. Кровопотеря 300-350 мл. Матка в нормотонусе. Сердцебиение плода 148 ударов в минуту, приглушенное. Поставьте диагноз:

4

Разрыв сосудов пуповины

Преждевременная отслойка плаценты

Рак шейки матки

Предлежание плаценты

Разрыв сосудов варикозного узла во влагалище

#

348

Беременная 26 лет. Срок беременности 34 недель, с ночи беспокоит безболевыми кровянистыми выделениями из половых путей. Кровопотеря 300-350 мл. Матка в нормотонусе. Сердцебиение плода 148 ударов в минуту, приглушенное. Определить тактику врача?

2

Провести УЗИ

Начать экстренное кесарево сечение

Приступить к гемостазу

Определить состояние родовых путей

Определить коагулограмму

#

349

Какие осложнения возможны при полной преждевременной отслойке плаценты?

3

Имбиция матки кровью

Разрыв матки

Внутриутробная гибель плода

Развитие ДВС-синдрома

Хориоамнионит

#

350

Акушерская тактика при преждевременной отслойке плаценты зависит от:

5

Состояние родовых путей

Предлежащей части плода и ее расположения в малом тазу.

Возраста роженицы
Количества детей у роженицы
Состояние роженицы и плода.

#

351

Наиболее характерной особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

3

Хроническая внутритрубная гипоксия плода
Снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов
Возникновение повторных кровянистых выделений из половых путей.
Артериальная гипертензия
Угроза прерывания беременности с кровотечением.

#

352

Повторнобеременная 28 лет, беременность 36 недель внезапно 2 часа тому назад появились кровянистые обильные выделения из половых путей . Предлежит тазовый конец над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: маточный зев пропускает 1 поперечный палец. За внутренним зевом на всем протяжении определяется губчатая ткань. Какая патология обнаружена?

1

неполное предлежание плаценты
преждевременная отслойка плаценты
низкое прикрепление плаценты
разрыв краевого синуса
варикозные узлы малого таза

#

353

Повторнобеременная 28 лет, беременность 36 недель внезапно 2 часа тому назад появились кровянистые обильные выделения из половых путей . Предлежит тазовый конец над входом в малый таз. При влагалищном исследовании выявлено: маточный зев пропускает 1 поперечный палец. За внутренним зевом на всем протяжении определяется губчатая ткань. Тактика врача?

4

Амниотомия
УЗИ сканирование
Доплеровское исследование
Экстренное кесарево сечение
Гемостазиограмма

#

354

Во время операции КС по поводу преждевременной отслойке плаценты обнаружено гипокоагуляция. Что можно предпринять из нижеследующих мер?

4

Введение коллоидных растворов
Введение солевых растворов
Введение эритроцитарной массы
Введение одногруппной свежемороженой плазмы
Введение криопреципитата.

#

355

Диагноз предлежание плаценты может быть установлен на основании результатов?

1

УЗИ сканирования
Амниоскопии
Гистероскопии
Визиографии
Тепловидения

#

356

При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить

5

На консультации семейным врачом
В приемном блоке родильного дома
В условиях медицинских учреждениях
Не проводят из-за опасности профузного кровотечения

В родильном отделении при развернутой операционной

#

357

При каком сроке беременности заканчивается миграция плаценты

3

16-18 недель

20-25 недель

32-35 недель

37-38 недель

39-40 недель

#

358

Роженице 28 лет, в I периоде родов. Беременность 35 недель. Предлежит голова, плодный пузырь цел. Обнаружена преждевременная отслойка плаценты. Что нельзя предпринимать в этой ситуации?

4

Амниотомию

Кесарево сечение

УЗИ диагностика

Стимуляция родовой деятельности

Наложение акушерских щипцов.

#

359

У повторнородящей обнаружен Обнаружена преждевременная отслойка плаценты в сроке беременности 34-35 недель. Положение плода продольное. Предлежит голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 138-140 ударов в минуту. Кровопотеря 200, 0 мл. Открытие маточного зева 7 см. Определите тактику врача

5

Родостимуляция Окситоцином

Родостимуляция простагландинами

Определение гемостазиограммы

Кесарево сечение

Проведение амниотомии

#

360

Наиболее частой причиной преждевременной отслойки плаценты является:

3

ранний токсикоз беременных

сахарный диабет

поздний гестоз

пороки развития матки

заболевания шейки матки

#

361

Консервативное ведение родов рожениц с преждевременной не прогрессирующей отслойкой плаценты предполагает применение следующих мер с контролем гемостазиограммы

4

введение антибиотиков

введение простагландинов

введение окситоцина

проведение амниотомии

проведение амниоцентеза

#

362

Самым достоверным методом при низкой плацентации является

5

наружное акушерское исследование

внутреннее акушерское исследование

амниоскопия

кольпоскопия

ультразвуковое исследование

#

363

Установлено, что наиболее часто отслойка плаценты наблюдается:

1

при расположении плаценты на передней стенке
при локализации плаценты в области дна и в правом углу матки.
при расположении плаценты по задней стенке и у дна
при расположении плаценты только в области дна.
при расположении плаценты в боковых стенках матки.

#

364

Роженица, 39-40 недель. Жалобы на острую боль по всему животу и кровянистые выделения из половых путей 1,5 часа тому назад. Матка в гипертонусе. Сердцебиение плода не прослушивается. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 8 см. Головка большим сегментом ко входу в малый таз. Плодный пузырь цел. Какие меры в родах могут быть предприняты?

1

Кесарево сечение

Стимуляция родовой деятельности

Плодоразрушающая операция

Наложение акушерских щипцов

Использование вакуум экстрактора.

#

365

У беременной А., 33 лет, преждевременно излились околоплодные воды в сроке беременности 38-39 недель. Беременная подлежит госпитализации в:

2

Перинатальный центр

Городской родильный дом

Отделение экстренной гинекологии многопрофильной больницы

Дневной стационар женской консультации

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

#

366

У первородящей Р., 24 лет, ростом 145 см, с доношенной беременностью выставлен диагноз: Беременность 40 недель. Общеравномерносуженный таз II степени. Крупный плод. План ведения родов:

3

Роды вести консервативно под кардиомониторным наблюдением

Преиндукция и индукция родовой деятельности

Кесарево сечение в плановом порядке

Амниотомия, родовозбуждение

Кесарево сечение в экстренном порядке

#

367

У роженицы во 2-ом периоде родов при влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, смещен к лону. Определите характер вставление головки:

5

Задний вид затылочного предлежания

Лобное предлежание

Переднеголовное предлежание

Передний асинклитизм

Задний асинклитизм

#

368

У первородящей выставлен диагноз: Беременность 39-40 недель. Крупный плод. II период родов. Задний асинклитизм. Ваша тактика:

2

Роды вести через естественные родовые пути

Кесарево сечение в экстренном порядке

Выжидательная тактика в течение 2-х часов

Родостимуляция окситоцином внутривенно капельно

Наложение акушерских щипцов

#

369

Одним из признаков развития гемолитической болезни плода является:

1

Утолщение плаценты
Утолщение шейно-воротниковой зоны
Снижение билирубина в амниотической жидкости
Расширение вен пуповины
Патология околоплодных вод

#

370

У беременной, 40 лет, при первом ультразвуковом скрининге выявлены эхографические маркеры пороков развития плода. Какова дальнейшая тактика:

3

Повторить УЗИ через 2 недели

Амниоцентез

Биопсия ворсин хориона

Плацентоцентез

Кордоцентез

#

371

Первобеременная в сроке 32-33 недели беременности отмечает слабые шевеления плода. Аускультативно: сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в 1 минуту. Наиболее информативным методом оценки состояния плода является:

2

Гормональные исследования

Кардиотокография

Аускультация сердцебиения плода

УЗИ плода

Подсчет шевелений плода в течение суток

#

372

В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабые шевеления плода в сроке беременности 34 недель. Сердцебиение плода приглушенное, 184 уд в 1 минуту. По результатам кардиотокографии: признаки угрожающего состояния плода. Тактика врача женской консультации:

2

Повторить КТГ через 2 дня

Экстренная госпитализация в родильный дом

Гипербарическая оксигенация

УЗИ плода

Допплерометрия

#

373

В родильный дом доставлена первобеременная с диагнозом: Беременность 38 недель, первый период родов, угрожающее состояние плода. При аускультации сердцебиение плода приглушенное, 184 ударов в минуту. На КТГ: признаки угрожающего состояния плода. Тактика врача:

2

Кесарево сечение в плановом порядке.

Кесарево сечение в экстренном порядке.

Кардиомониторное наблюдение, доплерометрия

Родостимуляция внутривенным введением окситоцина

Амниотомия, родостимуляция простагландинами

#

374

В женскую консультацию обратилась первобеременная в сроке 35-36 недель с жалобами на снижение двигательной активности плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации:

2

Биопсия плаценты

Кардиотокография

Допплерометрия

Амниоскопия

Амниоцентез

#

375

У беременной А., 28 лет, преждевременно излились околоплодные воды в сроке беременности 20-21 неделя. Беременная подлежит госпитализации в:

3

Перинатальный центр
Городской родильный дом
Отделение экстренной гинекологии многопрофильной больницы
Дневной стационар женской консультации
Научный центр акушерства, гинекологии

#

376

У беременной А., 33 лет, преждевременно излились околоплодные воды в сроке беременности 30-31 неделя. Беременная подлежит госпитализации в:

1

Перинатальный центр
Городской родильный дом
Отделение экстренной гинекологии многопрофильной больницы
Дневной стационар женской консультации
Научный центр акушерства, гинекологии

#

377

У повторнوبرеменной Д., 25 лет, с резус-отрицательной кровью, в сроке 36 недель отмечается появление титра антител 1:32. Беременная должна быть госпитализирована в:

1

Перинатальный центр
Городской родильный дом
Отделение экстренной гинекологии многопрофильной больницы
Дневной стационар женской консультации
Научный центр акушерства, гинекологии

#

378

Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются:

4

Переднетеменной асинклитизм.
Заднетеменной асинклитизм.
Отсутствие дородовой подготовки и наличие крупного плода.
Анатомическое сужение таза и наличие крупного плода.
Чрезмерно сильная родовая деятельность.

#

379

Роды при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствие) характеризуются следующим:

2

Биомеханизм родов не соответствует форме таза.
Длительность родового акта дольше обычного.
Симптом Вастена резко положительный.
Роды через естественные родовые пути не возможны.
Рано появляются признаки угрожающего разрыва матки.

#

380

III степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характеризуется следующими признаками:

3

Биомеханизм родов соответствует форме узкого таза.
Признак Вастена отрицательный.
Отсутствует способность головки плода к конфигурации.
Роды через естественные родовые пути возможны.
Применение акушерских щипцов не возможно.

#

381

Потуги при головке, прижатой к входу в малый таз, и отошедших околоплодных водах свидетельствуют:

3

Об окончании первого периода родов.
О начавшемся разрыве матки.
О клинически узком тазе.
Об отслойке нормально расположенной плаценты
Об ущемлении передней губы шейки матки.

#

382

При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде наиболее правильным является выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий):

4

Внутривенная капельная стимуляция окситоцином

Наложение акушерских щипцов.

Вакуум-экстракция плода.

Операция кесарева сечения.

Плодоразрушающая операция

#

383

При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде наиболее правильной следующей акушерской тактике:

4

Внутривенная капельная стимуляция окситоцином.

Применение приема Кристеллера или бинта Вербова.

Проведение наружного поворота плода на тазовый конец.

Проведение операции кесарева сечения.

Использование акушерских щипцов.

#

384

При заднетеменном асинклитическом вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить:

1

Операцию кесарева сечения.

Родостимуляцию на фоне спазмолитиков.

Акушерские щипцы.

Вакуум-экстракцию плода.

Плодоразрушающую операцию

#

385

Если анатомически узкий таз сочетается с переднетеменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести:

3

С применением стимуляции окситоцином.

С применением наркотических анальгетиков.

В зависимости от формы анатомически узкого таза.

В зависимости от роста роженицы.

В зависимости от возраста женщины

#

386

Если анатомически узкий таз сочетается с заднетеменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести:

4

Консервативно, вагинально.

В зависимости от формы анатомически узкого таза.

В зависимости от массы тела плода.

Только путем кесарева сечения.

Только используя родовозбуждение

#

387

При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом:

2

Проводится всегда.

Не проводится.

В зависимости от артериального давления роженицы.

В зависимости от предлежания плода.

В зависимости от возраста женщины

#

388

Для выбора тактики ведения родов при узком тазе важнее всего определить:

3

Размеры плода.

Росто-весовые показатели женщины.

Форму и степень сужения таза.

Размеры ромба Михаэлиса.

Срок гестации

#

389

Запущенное поперечное положение плода – это такая акушерская ситуация, при которой имеет место:

2

Наличие предлежащей ручки плода при его поперечном положении.

Выпадение ручки плода и вколачивание в таз плечика плода.

Наличие целого плодного пузыря в I периоде родов.

Поперечное положение плода, возникшее в I периоде родов.

Возникновение ситуации после амниотомии.

#

390

При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:

4

Комбинированного акушерского поворота плода

Наружного акушерского поворота плода на головку.

Родостимуляции в надежде на поворот плода.

Операции кесарева сечения.

Поворота при помощи акушерских щипцов

#

391

При проведении первого этапа операции комбинированного акушерского поворота (при поперечном положении плода и полном открытии маточного зева) большое значение имеет следующее:

3

Вводится та рука, которой лучше всего владеет акушер-гинеколог.

Вводится рука акушера-гинеколога, разноименная позиции плода.

Вводится рука акушера-гинеколога, одноименная позиции плода.

Комбинированный поворот производится при помощи акушерских щипцов.

Комбинированный поворот завершается при помощи акушерских щипцов.

#

392

При проведении второго этапа операции (при поперечном положении плода, его переднем виде и полном открытии маточного зева) обычно:

2

Захватывают вышележащую ножку плода.

Захватывают нижележащую ножку плода.

Выбор ножки плода значения не имеет.

Выбор ножки плода зависит от его массы.

Выбор ножки плода зависит от длины плода

#

393

После комбинированного акушерского поворота плода (при полном открытии маточного зева) контрольное ручное обследование полости матки производят:

1

В каждом случае проведения манипуляции

Обследование полости матки не производится

Только в случае подозрения на неполный разрыв матки.

Только в случае начала кровотечения.

Только в случае наличия крупного плода.

#

394

При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место:

3

Положительный симптом Вастена.

Заднетеменной асинклитизм.

Потуги при высоко стоящей головке.

Положительный симптом Пискачака.

Прекращение мочеиспускания.

#

395

При абсолютном несоответствии головки плода и таза женщины имеет место:

4

Потуги при высоко стоящей предлежащей части.

Кровотечение из половых путей.

Замедленное продвижение плода.

Прекращение мочеиспускания.

Прекращение дефекации

#

396

При влагалищном исследовании роженицы определяется гладкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкают надпереносье и надбровные дуги, с другой – передний угол большого родничка. В этом случае имеет место следующий вид предлежания плода:

3

Затылочное.

Переднеголовное.

Лобное.

Лицевое.

Тазовое

#

397

Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода, измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить:

3

Крупный плод.

Гидроцефалию плода.

Лобное предлежание плода.

Высокое прямое стояние головки.

Переднеголовное вставление

#

398

Следующий биомеханизм родов: сгибание головки плода во входе в малый таз, внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди, разгибание головки – характерен для предлежания:

3

Переднеголовного.

Лобного.

Затылочного, передний вид.

Затылочного, задний вид.

Высокое прямое стояние головки

#

399

При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения:

2

Амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина.

Кесарево сечение в плановом порядке.

Кесарево сечение в экстренном порядке.

Роды с экстракцией плода за тазовый конец.

Роды с систематическим применением спазмолитиков.

#

400

К клиническим критериям разгибательного положения головки при тазовом предлежании плода относятся:

3

Соответствие величины головки предполагаемой массе тела плода.

Расположение головки в дне матки со стороны, противоположной позиции плода.

Выраженная шейно-затылочная борозды при определении позиции плода.

Расположение головки в дне матки на стороне, соответствующей позиции плода.

Разгибательное положение головки при тазовом предлежании плода невозможно.

#

401

Если предлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижимается к входу в малый таз, следует предположить наличие:

4

Угрозы разрыва матки.
Хронической гипоксии плода.
Несостоятельности миометрия.
Клинически узкого таза.
Высокого прямого стояние головки

#

402

После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 в минуту. Воды второго плода не изливались. Что делать?

3

уточнить позицию второго плода;
провести влагалищное исследование;
вскрыть плодный пузырь;
провести наружно-внутренний акушерский поворот;
все перечисленное верно.

#

403

Что является противопоказанием для акушерского поворота плода на ножку:

4

угрожающий разрыв матки;
несоответствие размеров таза и плода;
наличие рубца на матке;
неподвижность плода;
длительный безводный период;

#

404

Третьи сутки послеродового периода. Температура тела 38.20С. Родильница жалуется на боли в молочных железах. Пульс 86 ударов в минуту, молочные железы значительно и равномерно увеличены, чувствительные при пальпации. Что делать?

5

ограничить питье
иммобилизовать грудь
опорожнить грудь путем сцеживания
назначить родильнице слабительное
компресс на молочные железы

#

405

Состояние внутриутробного плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:

2

площади отслоившейся части плаценты
вида отслойки плаценты
быстроты отслойки плаценты
морфофункционального состояния плаценты
сроков возникновения отслойки

#

406

Роды двойней. Через 10 минут после рождения первого плода из половых путей женщины появились значительные кровянистые выделения. Второй плод в тазовом предлежании. Что делать?

2

назначить родостимуляцию
закончить роды путем операции кесарева сечения
произвести экстракцию плода за тазовый конец
предоставить роды естественному течению
наложить акушерские щипцы

#

407

Во время операции кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после удаления плода и последа обнаружена имбиция задней стенки и дна матки кровью на большом протяжении. Каков диагноз?

4

неполный разрыв матки
истинное приращение плаценты

гипотония матки
матка Кювелера
матка Крестеллера

#

408

При УЗ-исследовании с целью уточнения срока у женщины с неосложненной беременностью обнаружена плацента, перекрывающая область внутреннего зева. Какова акушерская тактика?

1

амбулаторное наблюдение в женской консультации
рутинное проведение влагалищного исследования
госпитализация в отделение патологии беременности
госпитализация с появлением предвестников
показаний для особых рекомендаций нет

#

409

У повторнородящей женщины, находящейся в родоразделении по поводу подозрения на предлежание плаценты при сроке 35 недель, одновременно с началом регулярных схваток появились яркие кровянистые выделения из половых путей. Какова тактика дежурного врача?

3

назначить стимуляцию родовой деятельности
назначить препараты, снимающие родовую деятельность
влагалищное исследование при развернутой операционной
перевести в предродовую родильного блока
перевести в отделение интенсивной терапии

#

410

В женскую консультацию обратилась повторнородящая женщина при сроке беременности 33-34 недели по поводу кровянистых выделений из половых путей, появившихся утром после сна. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Матка в состоянии обычного тонуса. Какова тактика врача?

4

произвести влагалищное исследование
срочно госпитализировать в родильный дом
назначить кровоостанавливающие средства
провести УЗ-исследование беременности
назначить повторный осмотр в через 3 дня

#

411

В родильный дом поступила женщина с кровянистыми выделениями из половых путей. Роды 2, своевременные. Воды не изливались. При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: открытие шейки матки 4 см, плодный пузырь цел. Во влагалище незначительное количество крови в сгустках. Что делать?

2

дать медикаментозный сон-отдых
операция кесарева сечения
вскрыть плодный пузырь
наблюдение за родовой деятельностью
не предпринимать ничего

#

412

На протяжении последних двух недель беременная страдала тяжелым гестозом. Она доставлена в родильный дом в состоянии средней тяжести. Пульс 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Сердцебиение плода не выслушивается, части плода определяются с трудом. Открытие шейки матки полное, головка прижата ко входу в малый таз. Выделения кровянистые, обильные. Что случилось?

3

разрыв матки
предлежание плаценты
преждевременная отслойка плаценты
частичное приращение плаценты
разрыв шейки матки

#

413

При неосложненном течении беременности, в сроке 39 недель в положении лежа на спине у беременной внезапно упало АД. Появилась бледность кожных покровов. Липкий пот. Причина указанного состояния:

1

компрессия полой вены
отслойка плаценты
гипогликемическая кома
эмболия околоплодными водами
разрыв матки

#

414

Первобеременная, 23 лет. Срок беременности 32 недели, прибавка в весе за неделю составила 1,5 кг. Видимых отеков нет. Что делать?

4

консультация терапевта
осмотр гастроэнтеролога
госпитализация в стационар
консультация эндокринолога
консультация диетолога

#

415

Беременная, 33 лет. В течение 3 недель находится в стационаре в связи с преэклампсией. Срок беременности 38 недель. Отмечается пастозность лица, отеки ног. АД 140/100 – 160/110 мм рт. ст., в моче следы белка. Установлена задержка внутриутробного развития плода. Каков план ведения беременной?

4

проводить лечение плода
продолжать лечение преэклампсии
экстренное родоразрешение
консультация эндокринолога
консультация диетолога

#

416

Родильница, находящаяся в родблоке, пожаловалась на головную боль и ухудшение зрения. Беременность протекала с явлениями преэклампсии. На ногах выраженные отеки. АД 180/120 мм рт. ст. Что делать?

2

назначение диуретиков
гипотензивная терапия
консультация окулиста
введение в наркоз
амниотомия

#

417

У первобеременной, 20 лет, роды осложнились преэклампсией. Схватки по 20-30 секунд через 5 минут. Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное 140 уд. в минуту. Открытие шейки матки на 3 см, артериальное давление 160/100 мм рт. ст. Головная боль. Нарушение зрения. Что делать?

5

проводить лечение преэклампсии
вскрыть плодный пузырь
проводить родостимуляцию
дать медикаментозный сон-отдых
закончить роды операцией кесарева сечения

#

418

Первобеременная, 36 лет, находится на лечении в отделении патологии. Беременность 34 недели, преэклампсия средней степени. АД 160/100 мм рт. ст. При УЗИ выявлен синдром задержки развития плода. Назовите возможные осложнения в данной ситуации:

2

фетоплацентарная недостаточность;
преждевременная отслойка плаценты;
внутриутробная гибель плода;
припадок эклампсии;
острый инфаркт миокарда

#

419

Первородящая, 23-х лет, доставлена в роддом после припадка эклампсии. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое. АД 150/100 мм рт. ст. Пульс 98 ударов в минуту. Выраженные отеки на ногах. Сознание заторможенное. Определить тактику ведения беременной:

5

продолжить беременность на фоне лечения
проведение интенсивной терапии
срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
родовозбуждение с наложением акушерских щипцов
провести профилактику новых судорог

#

420

Второй период родов. Размеры таза 24-26-29-18 см. головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода аритмичное, редкое (до 90-100 ударов в минуту). Открытие шейки матки на 6 см. околоплодные воды не изливались. Что делать?

5

лечение начавшейся гипоксии плода
проводить родостимуляцию
вскрыть плодный пузырь
наблюдение в динамике
операция кесарева сечения

#

421

Женщина переведена в родблок из отделения патологии беременных для родовозбуждения в связи с перенашиванием беременности. Произведена амниотомия, родовой деятельности нет. Как дальше вести роды?

2

ожидать естественного развития родовой деятельности
через 2-3 часа после излития вод начать окситоцин
сразу выполнить операцию кесарева сечения
дать медикаментозный сон-отдых
сразу начать внутривенное введение окситоцина

#

422

Первородящая, 28 лет, в анамнезе 2 искусственных аборта, воды излились преждевременно, около 10 часов назад. Схватки в течение 4 часов слабые, нерегулярные, головка плода прижата ко входу в таз. Шейка длиной 2 см, канал проходим для одного пальца. Что делать?

1

проводить родостимуляцию медикаментозными средствами
предоставить роды естественному течению
дать медикаментозный сон-отдых
родоразрешить путем операции кесарева сечения
провести рассечение шейки матки

#

423

Схватки через 8-10 минут по 20-25 секунд. Воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 136 ударов в минуту. Шейка сглажена, открытие на 3 см. плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Что делать?

1

внутривенное введение окситоцина
произвести амниотомию
дать медикаментозный сон-отдых
операция кесарева сечения
провести токолиз

#

424

Повторнородящая женщина находится в родах 10 часов. Схватки с самого начала через 5-7 минут по 35-40 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Открытие шейки матки на 4 см. Как оценить характер родовой деятельности?

2

дискоординированная родовая деятельность
чрезмерно сильная родовая деятельность
вторичная слабость родовой деятельности
первичная слабость родовой деятельности
обратный тройной градиент

#

425

Второй период запоздалых родов. Головка плода врезывается. Промежность высокая, ригидная. Сердцебиение плода приглушено, 140 уд. в минуту. Что делать?

4

провести родостимуляцию
проводить лечение гипоксии плода
наложить акушерские щипцы
произвести эпизиотомию
экстренное кесарево сечение

#

426

Второй период родов. После потуги отмечается урежение сердцебиения плода до 100-110 уд. в минуту, глухое. Головка плода в узкой части полости малого таза. Что делать?

2

проводить родостимуляцию
наложить акушерские щипцы
проводить лечение внутриутробной гипоксии плода
родоразрешить путем операции кесарева сечения
проводить лечение внутриутробной гипоксии плода

#

427

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 часа. Потуги слабые, короткие. Головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в прямом размере. Сердцебиение плода 136 уд. в минуту, ясное. Что делать?

4

проводить лечение внутриутробной гипоксии плода
родоразрешить путем операции кесарева сечения
наложить выходные акушерские щипцы
проводить родостимуляцию
провести эпизиотомию

#

428

Роды 3, своевременные. Десять минут тому назад излились околоплодные воды. При осмотре: открытие полное, во влагалище пульсирующая петля пуповины, головка плода слабо прижата ко входу в таз. Предполагаемая масса плода 3200 Что делать?

5

попытаться заправить петлю пуповины
петля пуповины не мешает родам
усилить родовую деятельность
наложить акушерские щипцы
родоразрешить путем кесарева сечения

#

429

Беременность доношенная, двойня. После рождения первого плода второй плод в матке занял поперечное положение. Предполагаемая масса плода 3000 Что делать?

3

родоразрешить путем операции кесарева сечения
проводить стимуляцию родовой деятельности
произвести комбинированный поворот плода с экстракцией
произвести наружный поворот плода на головку
наложить акушерские щипцы

#

430

Роды 3, преждевременные. Положение плода поперечное, II позиция. Открытие шейки матки неполное. Плодный пузырь цел. Что делать?

5

произвести наружный поворот плода на головку
предоставить роды естественному течению
проводить стимуляцию родовой деятельности
комбинированный поворот плода с экстракцией
родоразрешить путем операции кесарева сечения

#

431

Первородящая. 36 лет, поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 37 недель по поводу тазового предлежания плода. Предполагаемая масса плода 3800 г. Размеры таза нормальные. Какова акушерская тактика?

4

проводить родовозбуждение в 39 недель;
произвести наружный поворот на головку;
произвести амниотомию с последующим родовозбуждением;
родоразрешить путем плановой операции кесарева сечения
дождаться самостоятельной родовой деятельности

#

432

Первородящая женщина с тазовым предлежанием плода поступила в родильный дом в первом периоде родов. Размеры таза 24-27-29-19 см. Предположительная масса плода 3700. Через 3 часа излились околоплодные воды. Что делать?

3

проводить родостимуляцию
наблюдать, предоставить роды естественному течению
родоразрешить путем операции кесарева сечения
предоставить медикаментозный сон-отдых
наложить акушерские щипцы

#

433

Второй период 1 своевременных родов в тазовом предлежании. Ягодицы в полости малого таза. Потуги короткие, малоэффективные. Сердцебиение плода 168 ударов в минуту, глухое. Что делать?

4

предоставить роды естественному течению
начать родостимуляцию
закончить роды операцией кесарева сечения
произвести экстракцию плода за тазовый конец
наложить акушерские щипцы

#

434

Роды 4, своевременные, в чистом ягодичном предлежании, второй период родов. Одновременно с излитием околоплодных вод выпала петля пульсирующей пуповины. Тазовый конец плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3500. Что делать?

2

предоставить роды естественному течению
экстренное кесарево сечение
заправить выпавшую петлю пуповины
проводить родостимуляцию
наложить акушерские щипцы

#

435

Роженица И., 29 лет, родила 20 минут тому назад девочку массой 2700 г. В матке обнаружен второй плод в тазовом предлежании. Сердцебиение плода ясное, из влагалища скудные кровянистые выделения. Воды второго плода не изливались. Что делать?

4

предоставить роды естественному течению
начать родостимуляцию
роды вести по методу Цовьянова
извлекать плод за тазовый конец
экстренное кесарево сечение

#

436

В роддом доставлена роженица с запущенным поперечным положением плода и выпавшей ручкой. Сердцебиение плода не выслушивается, открытие шейки матки полное. Что делать?

4

произвести наружный поворот на головку
родоразрешить путем операции кесарева сечения
произвести поворот с последующей экстракцией
произвести плодоразрушающую операцию
провести рассечение шейки матки

#

437

Роды шестые, своевременные, продолжаются 4 часа. Схватки интенсивные, положение плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в минуту. Открытие шейки 4 см. Воды только что излились. Предположительная масса плода 3600. Что делать?

4

совершить наружный поворот плода на головку
родоразрешить путем операции кесарева сечения
произвести поворот плода с последующей экстракцией
усилить родовую деятельность
провести рассечение шейки матки

#

438

У родильницы К, 25 лет, сложилась следующая акушерская ситуация. Открытие шейки матки полное. Околоплодные воды излились 30 минут назад. Головка плода в узкой части полости малого таза. Сердцебиение плода не выслушивается. Как дальше вести роды?

1

проводить родовозбуждение;
выжидательная тактика
наложить акушерские щипцы;
выполнить операцию кесарева сечения;
произвести плодоразрушающую операцию.

#

439

Роженица, 28 лет, родила живого доношенного мальчика весом 3900 г. При рождении ребенка частота сердечных сокращений 120 в минуту. Кожные покровы розовые, рефлексы живые, гипертонус. Какую оценку по шкале Апгар можно дать новорожденному?

4

2-3 балла
4-5 баллов
5-7 баллов
8-9 баллов
9-10 баллов

#

440

Промежуток времени после внутриутробной гибели плода, через который перестает функционировать плацента:

3

на вторые сутки
через неделю
спустя 4 недели
через 6 недель
через 8 недель

#

441

Родильница, 32 года. На 4 сутки послеродового периода отмечено повышение температуры до 38 градусов, с ознобом. Молочные железы нагрубшие. Матка на 2 пальца выше пупка, болезненная при пальпации, лохии кровянисто-серозные, умеренные, без запаха. Наиболее вероятный диагноз.

3

лактостаз
лохиометра
эндометрит
начинающийся мастит
пельвиоперитонит

#

442

Роженица находится во втором периоде родов. АД 130/90 мм рт. ст., головка плода малым сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода глухое, замедленное. Матка напряжена, не расслабляется между схватками. Высокое расположение контрационного кольца. Каков диагноз?

2

тетания матки
угрожающий разрыв матки
вторичная слабость родовой деятельности

дискоординация родовой деятельности
первичная слабость родовой деятельности

#

443

Роды своевременные, вторые. Размеры таза 25-26-29-19 см. Родовая деятельность бурная, женщина мечется, кричит, живот напряжен, болезненный в нижних отделах. Дно матки на уровне подреберья, контракционное кольцо на уровне пупка. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 146 уд. в минуту. Каков диагноз?

3

дискоординированная родовая деятельность
тетания матки

угрожающий разрыв матки

вторичная слабость родовой деятельности

первичная слабость родовой деятельности

#

444

Беременность 6, роды 3, своевременные. Внезапно женщина почувствовала себя плохо, побледнела. Пульс стал нитевидным. Из влагалища появились кровянистые выделения. Сердцебиение плода не выслушивается. Схватки прекратились. Под брюшной стенкой легко определяются мелкие части плода. Каков диагноз?

2

преждевременная отслойка плаценты

совершившийся разрыв матки

угрожающий разрыв матки

кровотечение при предлежнии плаценты

кровотечение при предлежании плаценты

#

445

Что неверно в клинической картине совершившегося полного разрыва матки?

3

полностью прекращается родовая деятельность

плод полностью или частично выходит в брюшную полость

родовая деятельность приобретает дискоординированный характер

наружное кровотечение незначительное

развивается шок на фоне кровопотери

#

446

Какие из перечисленных исследований не следует проводить у рожениц с нормальным течением послеродового периода?

2

термометрия

электрокардиограмма

определение высоты стояния дна матки

определение характера лохий

определение состояния молочных желез

#

447

Какие из перечисленных мероприятий необходимы для создания условий, обеспечивающих нормальное течение послеродового периода?

5

физические упражнения

витаминизация

выскабливание полости матки

тепло на низ живота

уход за молочными железами

#

448

В каких случаях роженицу необходимо изолировать?

2

однократное повышение температуры

трехкратное повышение температуры

брадикардия

застой в молочных железах

варикоз нижних конечностей

#

449

При каких из перечисленных состояний беременная не нуждается в госпитализации до родов?

2

заболевания сердечно-сосудистой системы

задний вид затылочного предлежания

поперечное положение плода

узкий таз

тазовое предлежание

#

450

Какие осложнения беременности можно лечить в условиях женской консультации?

1

легкая форма рвоты беременной

кровотечения в первой половине беременности

легкая форма водянки беременной

преэклампсия, эклампсия

начавшийся поздний выкидыш

#

451

При начавшемся кровотечении в послеродовом периоде необходимо, прежде всего:

4

провести ручное отделение плаценты

ввести сокращающие матку средства

осмотреть родовые пути

определить признаки отделения плаценты

лед на низ живота

#

452

Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

3

наружное акушерское исследование

влагалищное исследование

УЗИ беременности

оценка сердечной деятельности

исследование свертывающей системы крови

#

453

Что необходимо провести в первую очередь, если у пациентки в 37 недель беременности возникло кровотечение из влагалища, не сопровождающееся болями?

4

операцию кесарева сечения

родовозбуждение

исследование коагуляционного профиля

осмотр влагалища в зеркалах

вскрытие плодного пузыря

#

454

Показанием к удалению матки при отслойке нормально расположенной плаценты является:

2

перерастяжение матки

имбибиция стенки матки кровью

наличие миоматозного узла

наличие добавочного рога матки

двурогая или седловидная матки

#

455

Качество послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения в основном не зависит:

5

от выбора методики операции

от техники зашивания разреза на матке

от степени чистоты влагалищного мазка до операции

от ведения и течения послеоперационного периода
от выбранной техники проведения операции
#

СМЕЖНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

1

Передача коклюша осуществляется:

2

Контактно-бытовым путем
Воздушно-капельным путем
Фекально - оральным путем
Парентеральным путем
Вертикальным путем

#

2

Инкубационный период коклюша в среднем составляет:

2

2-3 дня
5-8 дней
10-15 дней
16-20 дней
более 20 дней

#

3

Вирус гриппа относится к семейству:

3

пикорнавирусов
реовирусов
ортомиксовирусов
парамиксовирусов
аденовирусов

#

4

Методом экспресс-диагностики гриппа является:

4

серологический
толстой капли
«кашлевых пластинок»
иммунофлюоресценции
выделение вируса на культуре клеток

#

5

При инфекционном мононуклеозе наиболее часто поражаются:

4

сердечно-сосудистая система
дыхательная система
половые железы
слюнные железы
лимфатические железы

#

6

Назовите типичные изменения в периферической крови при инфекционном мононуклеозе:

3

лейкопения
лимфопения
атипичные мононуклеары
цитомегалы с крупным ядром
тромбоцитопения

#

7

Типичным осложнением со стороны сердца, при тяжелых формах дифтерии является:

4

септический эндокардит
порок сердца
эндомиокардит вторичный
токсический миокардит
фиброэластоз

#

8

Чем проводится специфическая терапия дифтерии:

1

антитоксической сывороткой
иммуноглобулином
бактериофагами
вакцинами
химиопрепаратами

#

9

Вирус эпидемического паротита тропен к:

3

почечному эпителию
эндотелию сосудов
железистому эпителию
мерцательному эпителию
эпителию кишечника

#

10

Чем проявляется поражение ЦНС при паротитной инфекции:

3

энцефалитом
вентрикулитом
серозным менингитом
гнойный менингит
гидроцефалией

#

11

Укажите причину поражения ЦНС при коклюше:

3

токсикоз
эксикоз
гипоксия
анемия
родовая травма

#

12

Объясните, чем сопровождается приступ кашля в спазматическом периоде коклюша:

1

репризами
токсикозом
судорогами
гипертермией
диареей

#

13

Основная роль в развитии спазматического кашля при коклюше принадлежит:

1

экзотоксину
эндотоксину
цитотоксину
коллагеназе
гиалуронидазе

#

14

Показателем тяжелого течения коклюша является:

2

рвота
апноэ
репризы
гипертермия
гиперемия

#

15

Подросток 14 лет обратился к участковому врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,4 С., головную боль, периорбитальные боли, слабость, боли в мышцах, сухой надсадный кашель, заложенность носа, чихание. При осмотре состояние тяжелое, за счет интоксикации, зев гиперемирован, мелкие петехии на слизистой мягкого неба, зернистость задней стенки глотки, менингеальные симптомы отрицательные. О каком заболевании можно думать?

3

Менингококковая инфекция
Лептоспироз
Грипп
Геморрагическая лихорадка
Аденовирусная инфекция

#

16

При каком из нижеперечисленных ОРВИ наличие геморрагического синдрома определяет тяжесть заболевания:

3

Аденовирусной инфекции
Парагриппе
Гриппе
Риновирусной инфекции
Респираторно-синцитиальной инфекции

#

17

Меры специфической профилактики гриппа:

2

изоляция больных
введение противогриппозной вакцины
ношение четырехслойной маски
кварцевание помещений
мытьё рук

#

18

С чем связано возникновение пандемий при гриппе:

3

Изменение одного антигена вируса гриппа А
Изменением вируса гриппа В
Изменение двух антигенов вируса гриппа А
Инаktivацией вируса гриппа
Изменением всех типов вируса гриппа

#

19

Какие изменения характерны в крови при инфекционном мононуклеозе:

2

Нейтрофилез + лимфопения
Лимфоцитоз + атипичные мононуклеары
Лимфопения + атипичные мононуклеары
Лимфоцитоз + эозинофилия
Нейтрофилез

#

20

При тяжелом течении инфекционного мононуклеоза применяют:

1

гормоны
антибиотики
иммуномодуляторы
иммуноглобулин

ферменты

#

21

Укажите клетки-мишени для вируса Эпштейн-Барра:

1

В-лимфоциты

Т-лимфоциты

гепатоциты

энтероциты

миоциты

#

22

Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:

3

петехиальной сыпи

узловой эритемы

кореподобной сыпи

везикулезной сыпи

скарлатиноподобной сыпи

#

23

Для токсической дифтерии зева 3 степени характерен отек подкожной клетчатки шеи:

5

до 1 шейной складки двухсторонний

до 2 шейной складки односторонний

до 2 шейной складки двухсторонний

до ключицы

ниже ключицы

#

24

Доза антитоксической противодифтерийной сыворотки зависит от:

4

возраста больного

массы тела больного

дня болезни

клинической формы дифтерии

осложнений

#

25

Для локализованной формы дифтерии характерно:

1

плечатые налеты на миндалинах

плечатые налеты на язычке, дужках

некрозы на миндалинах

язвенные изменения миндалин

гнойные, рыхлые налеты на миндалинах

#

26

При какой форме дифтерии развивается ранний токсический миокардит:

2

дифтерийном крупе

токсической форме

локализованной форме дифтерии зева

дифтерии кожи

дифтерии носа

#

27

Паротитную инфекцию необходимо дифференцировать с:

3

рожей

инфекционным мононуклеозом

подчелюстным лимфаденитом

травмой уха

фурункулом наружного слухового прохода

#

28

При паротитной инфекции поражаются:

5

печень

сосуды

кишечник

почки

половые железы

#

29

Укажите, в какие сроки при эпидемическом паротите развивается менингит:

3

в конце инкубационного периода

на 3-5 день болезни

позже 7 дня болезни

одновременно с поражением слюнных желез

менингит не развивается

#

30

Какую терапия проводится при гладком течении эпидемического паротита:

2

антибактериальная

симптоматическая

введение иммуноглобулина

противовирусная

местная

#

31

Какие изменения в ОАК характерны при коклюше:

1

лейкоцитоз + лимфоцитоз

лейкоцитоз + лимфопения

лимфопения

лимфоцитоз

эозинофилия

#

32

У 3-месячного ребенка в течение двух недель наблюдался кашель, температура не повышалась. Затем кашель стал приступообразным с высовыванием языка, сопровождался рвотой, гиперемией лица, отхождением густой вязкой мокроты. За сутки насчитывается 12 приступов кашля. Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. В межприступный период состояние ребенка относительно удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз?

4

Обструктивный бронхит

ОРВИ, синдром бронхиальной обструкции

ОРВИ, синдром крупа

Коклюш

Бронхиолит

#

33

Препаратом выбора для этиотропной терапии коклюша у детей до 1 года является:

2

пенициллин

ампициллин

цефотоксим

азитромицин

ципрофлоксацин

#

34

При коклюше развивается:

3

анергия
сенсibilизация
патологическая условно-рефлекторная цепь с очагом доминанты
интоксикация
иммуносупрессия

35

Поражение трахеи у взрослых характерно для:

1

гриппа
риновирусной инф.
аденовирусной инф.
РС-инфекции
парагриппа

36

Наиболее частый неотложный синдром гриппа:

2

круп
токсический синдром
геморрагический синдром
обструктивный синдром
судорожный синдром

37

Для гриппа не характерно:

2

высокая температура
длительная температура в течение недели
скудные катаральные явления
интоксикация
частое поражение трахеи

38

Выберите верное утверждение:

1

При гриппе симптомы интоксикации преобладают над катаральными симптомами
При гриппе интоксикация умеренная
При гриппе выраженные катаральные явления
При гриппе умеренная интоксикация, слабые катаральные явления
При гриппе выраженные катаральные явления и сильная интоксикация

39

Выберите антибиотик противопоказанный при инфекционном мононуклеозе:

4

Цефотаксим
Цефтриаксон
Азитромицин
Ампициллин
Ципрофлоксацин

40

Выберите, что характерно для инфекционного мононуклеоза:

1

Полиадения, гепатоспленомегалия, ангина, интоксикация
Полиадения, ангина, интоксикация
Полиадения, ангина, конъюнктивит, интоксикация
Полиадения, интоксикация, пневмония
Полиадения, артралгия, интоксикация

41

У больного с инфекционным мононуклеозом гнойная ангина. Какая терапия необходима пациенту?

2

Назначение антигистаминных препаратов
Назначение антибактериальных препаратов
Назначение гормональных препаратов
Назначение СЗП
Физиолечение

#

42

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать инфекционный мононуклеоз:

3

Аденовирусная инфекция
Геморрагические лихорадки
Дифтерия ротоглотки
Эпидемический паротит
Энтеровирусная инфекция

#

43

Токсические формы дифтерии развиваются у:

3

привитых;
частично привитых;
не привитых;
детей;
взрослых;

#

44

Для исключения дифтерии у пациента с налетами в глотке необходимо:

1

взять мазки из зева и носа на дифтерию
провести вакцинацию от дифтерии
ввести противодифтерийную сыворотку
взять мазки из зева
взять общий анализ крови

#

4

Выберите терапию для бактерионосителя токсигенной коринебактерии дифтерии:

4

антитоксическая противодифтерийная сыворотка
АКДС
АДС-анатоксин
антибиотик
ничего не назначу

#

46

Укажите симптом, характерный для локализованной формы дифтерии ротоглотки:

3

Резкая боль при глотании
Температура выше 40 С
Налеты только на небных миндалинах
Налеты на небных миндалинах и за их пределами
Отек подкожной клетчатки шеи

#

47

Серозный менингит в сочетании с двухсторонней припухлостью в околушных областях указывает на:

2

туберкулёз
паротитную инфекцию
лептоспироз
инфекционный мононуклеоз

ЦМВИ

#

48

Санация ликвора при паротитном менингите наступает через:

5

7 дней
10 дней
14 дней
20 дней
30 дней и позже

#

49

Первичная вакцинация и ревакцинация против эпидемического паротита проводится:

5

в роддоме и в 2 месяца

в 2 месяца и в 2 года

в 3 месяца и в 2 года

в 6 месяцев и в 6 лет

в 12 месяцев и в 6 лет

#

50

Больной с паротитом не заразен:

2

через 7 дней

через 9 дней при сохраняющихся клинических проявлениях болезни

через 9 дней при полном исчезновении признаков болезни

через 14 дней

через 21 день

#

51

Укажите, к какому виду бактерий относится возбудитель ботулизма:

4

иерсиния;

сальмонелла;

листерия;

клостридия;

вибрион;

#

52

Наиболее опасным при ботулизме является:

3

нарушение зрения;

нарушение глотания;

нарушение дыхания;

аспирация;

парез кишечника;

#

53

Назовите факторы передачи при ботулизме:

2

кисломолочные продукты;

домашняя консервация;

кондитерские изделия;

сырые овощи и фрукты;

крупяные каши.

#

54

При ботулизме поражение нервной системы характеризуется:

1

парезом глазодвигательных мышц;

расстройством сознания;

судорожным синдромом;

нарушением чувствительности;

менингеальным синдромом.

#

55

К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи.

Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5-6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. О каком предварительном диагнозе можно думать?

3

сальмонеллез;
стволовой энцефалит;
пищевой ботулизм;
острое нарушение мозгового кровообращения;
полиомиелит.

#

56

К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5-6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Поражение какой пары черепно-мозговых нервов есть у больной из нижеперечисленных?

3

I пары;
II пары;
III пары;
IV пары;
V пары.

#

57

К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5-6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника, слабость мышечную, особенно мышц шеи. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Поражения какой пары черепно-мозговых нервов нет у больной из нижеперечисленных?

4

III пары;
IX пары;
X пары;
XI пары;
XII пары.

#

58

Для специфической диагностики ботулизма применяют:

3

бактериологическое исследование крови;
копрологическое исследование;
реакцию нейтрализации токсина на мышцах;
исследование цереброспинальной жидкости;
реакцию непрямой гемагглютинации.

#

59

К больной А., 45 лет приехала бригада скорой помощи. Пациентка жаловалась на выраженную слабость, сухость во рту, «нечеткость видения предметов», двоение предметов, затруднение при глотании твердой пищи. Больна в течение 2-х суток, заболевание началось с тошноты и однократной рвоты через 5-6 часов после употребления в пищу консервированного салата из баклажан. При осмотре врач констатировал наличие у больной двухстороннего полуптоза, мидриаза, ограничение подвижности глазных яблок, осиплость голоса и невнятность речи, парез кишечника. Нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не выявлено. Введение какого из нижеперечисленных средств является обязательным в терапии больной?

2

специфического бактериофага;
антитоксической сыворотки;

человеческого иммуноглобулина;
антибактериальной сыворотки;
антивирусной сыворотки.

#

60

В неотложные мероприятия по лечению ботулизма не входит:

4

промывание желудка и кишечника;
введение противоботулинической сыворотки;
дезинтоксикационная терапия;
дегидротационная терапия;
оксигенотерапия.

#

61

Брюшной тиф вызывается только:

2

сальмонеллой тифимуриум;
сальмонеллой тифи абдоминале;
сальмонеллой анатум;
сальмонеллой энтеритидис;
сальмонеллой панама.

#

62

Источником инфекции при брюшном тифе являются:

3

плотоядные животные;
травоядные животные;
человек;
насекомые;
птицы.

#

63

Укажите сроки первичного появления сыпи при брюшном тифе:

3

1-3 день болезни;
4-7 день болезни;
8-10 день болезни;
11- 14 день болезни.
15-17 день болезни

#

64

Какая сыпь является наиболее характерной для брюшного тифа?

4

петехиальная;
пятнистая;
везикулезная;
розеолезная;
пустулезная.

#

65

Для выявления скрытого кишечного кровотечения при брюшном тифе ставится реакция:

2

Райта;
Греггерсена;
Кумбса;
Хеддельсона;
Видаля.

#

66

Больной К., 24 лет обратился в приемное отделение с жалобами на повышенную температуру в течение двух недель, головную боль, боли в животе, периодически жидкий стул. При осмотре констатирована бледность кожных покровов, на коже живота единичные элементы розеолезной сыпи, густо обложенный язык, гепатоспленомегалия, болезненность при пальпации живота в правой подвздошной области, там же притупление пер-

куторного звука, стул осмотрен - энтеритного характера. Из анамнеза – за неделю до болезни гостил у родственников на юге, часто купался в озере. Какой вероятный диагноз у данного больного?

3

энтеровирусная инфекция;
ротавирусная инфекция;
брюшной тиф;
сыпной тиф;
псевдотуберкулез.

#

67

При подозрении на тифо-паратифозную группу заболеваний. Какое обследование из нижеперечисленного уточнит клинический диагноз?

2

ОАК, ОАМ, копрограмма;
Бактериологические посевы крови, мочи, кала;
Исследование коагулограммы;
Маркеры вирусных гепатитов;
Биохимическое исследование крови.

#

68

При брюшном тифе характерна следующая картина крови:

3

лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ;
лейкопения, белая формула крови без сдвигов, ускоренная СОЭ;
лейкопения, анэозинофилия, относительный лимфоцитоз, ускоренная СОЭ;
лейкопения, относительный лимфоцитоз, СОЭ в норме;
нормоцитоз, нейтрофилез, слегка ускоренная СОЭ.

#

69

При выписке реконвалесцентов тифо-паратифозных заболеваний необходимыми контрольными исследованиями являются:

1

посев кала, мочи, желчи;
посев крови, мочи, кала;
реакция Видаля.
ОАК, ОАМ, копрограмма
реакция Греггерсена

#

70

Каких клинических проявлений брюшного тифа не бывает у детей до 3-х лет:

4

гепатолиенального синдрома;
гастро-энтероколитного синдрома;
синдрома нейротоксикоза;
осложнений (перфорация, кишечное кровотечение);
бронхопультмонального синдрома;

#

71

Назовите сальмонеллу, наиболее значимую в эпидемиологическом плане при сальмонеллезе:

3

Salmonella paratyphi A;
Salmonella typhi;
Salmonella enteritidis;
Salmonella bareilly;
Salmonella anatum;

#

72

Укажите механизм передачи возбудителя при сальмонеллезе:

2

воздушно-капельный;
фекально-оральный;
трансмиссивный;
гемоконтактный

вертикальный;

#

73

Выберите симптомы характерные для гастроинтестинальной формы сальмонеллеза?

1

тошнота, рвота, обильный водянистый стул зеленоватого цвета, диффузные боли в животе, высокая температура;

рвота без тошноты, без болей в животе, нормальная температура;

схваткообразные боли в животе, скудный стул, высокая температура;

обильный водянистый стул типа «рисового отвара», без болей в животе, нормальная температура;

тошнота, многократная рвота, режущие боли в эпигастрии, нормальная температура

#

74

Для сальмонеллеза характерен следующий вид испражнений:

2

жидкий с примесью стекловидной слизи;

жидкий, обильный, водянистый;

жидкий, скудный в виде комочка слизи с прожилками крови;

жидкий, обильный, с примесью гноя, крови, резким гнилостным запахом;

жидкий, с примесью алой крови.

#

75

Основой антибактериального лечения гастроинтестинальных форм сальмонеллеза является:

2

бензилпенициллин;

ципрофлоксацин;

кларитромицин;

рифампицин;

меропенем.

#

76

Какие симптомы отличают генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной?

4

рвота;

боли в животе;

жидкий стул;

гепатоспленомегалия;

лихорадка;

#

77

Сальмонеллез отличается от холеры:

4

гиповолемией;

обильной диареей;

симптомами олигоанурии.

интоксикацией, гипертермией;

развитием судорог

#

78

Хроническое бактерионосительство при сальмонеллезе длится:

5

15-30 дней;

30-45 дней;

45-60 дней;

60-90 дней;

более 90 дней.

#

79

У мужчины 30 лет отмечается повышение температуры до 38,5, головная боль, схваткообразные боли вокруг пупка и внизу живота, частый жидкий стул со слизью до 8 раз в сутки, снижение артериального давления до 110/70 мм.рт.ст. Заболевание началось остро 2 дня назад. Результат, какого обследования будет решающим для постановки диагноза сальмонеллез?

5

копрограммы;
общего анализа крови;
серологического обследования;
биохимического анализа крови;
бактериологического посева кала;

#

80

У мужчины 30 лет отмечается повышение температуры до 38,5, головная боль, схваткообразные боли вокруг пупка и внизу живота, частый жидкий стул со слизью до 8 раз в сутки, снижение артериального давления до 110/70 мм.рт.ст. Заболевание началось остро 2 дня назад. Какому варианту локализованной формы сальмонеллеза соответствует клиническая симптоматика пациента?

4

гастритическому;
гастроэнтеритическому;
гастроэнтероколитическому;
энтероколитическому;
колитическому;

#

81

Укажите процент потери массы тела декомпенсированного обезвоживания при холере?

5

1%

3%;

6%;

9%;

10% и более.

#

82

Препаратом выбора для патогенетической терапии больного холерой с III степенью обезвоживания является:

5

регидрон;

реополиглюкин;

5% р-р глюкозы;

0,9% раствор NaCl;

«квартасоль».

#

83

Какое сочетание симптомов характерно для холеры?

1

обильный водянистый стул без запаха, отсутствие интоксикации и болей в животе;

тошнота, рвота, обильный водянистый стул, боли в животе, интоксикация;

водянистый зловонный стул, боли вокруг пупка, многократная рвота;

жидкий, зеленоватой окраски стул со слизью, диффузные боли в животе.

скудный стул со слизью и кровью, боли схваткообразные, интоксикация;

#

84

Заболевание, начавшееся с появления обильного водянистого калового стула, который спустя несколько часов стал напоминать рисовый отвар без калового запаха, имеет наибольшее сходство с:

5

дизентерией

сальмонеллезом

амебиазом

балантидиазом

холерой

#

85

Укажите патогенетический механизм развития диареи при холере:

4

проникновение вибриона в энтероциты;

слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки;

поражение вегетативной иннервации тонкой кишки;

воздействие токсинов на аденилатциклазную систему энтероцитов;

попадание возбудителя в кровь;

#

86

Укажите антибиотик для лечения холеры, если отмечена аллергическая реакция на фторхинолоны:

1

доксидиклин;
пенициллин;
стрептомицин;
цефтриаксон;
ципрофлоксацин;

#

87

Сочетание стула типа «рисового отвара», адинамии, симптома «темных очков», олигурии, судорог мышц конечностей, субнормальной температуры тела и гипотонии характерны для:

4

ротавирусной инфекции;
сальмонеллеза;
пищевой токсикоинфекции;
холеры;
атипичной формы дизентерии;

#

88

Сочетание стула типа «рисового отвара», адинамии, симптома «темных очков», олигурии, судорог мышц конечностей, субнормальной температуры тела и гипотонии соответствуют:

3

обезвоживанию I ст;
обезвоживанию II ст;
обезвоживанию III ст;
обезвоживанию IV ст;
дегидротационному шоку;

#

89

Какой объём полиионных кристаллоидных растворов нужно ввести больному холерой с обезвоживанием II ст., если его вес до болезни был 70 кг?:

3

1,4 л;
2,1 л;
4,2 л;
4,9 л;
5,6 л;

#

90

Больной холерой находится в состоянии дегидротационного шока. Выберите препарат для оказания помощи:

4

дексаметазон;
адреналин;
альбумин;
хлосоль;
NaCl 0,9%;

#

91

Шигеллез относится к группе:

3

энтеропатогенных кишечных инфекций;
энтеротоксигенных кишечных инфекций;
энтероинвазивных кишечных инфекций;
персистирующей диареи;
секреторной диареи.

#

92

Причиной гастроэнтероколитического варианта острой дизентерии является, как правило:

2

шигелла Флекснера;
шигелла Зонне;

шигелла Бойда;
шигелла Григорьева-Шига;
шигелла Ларджа-Сакса.

#

93

Шигеллезы протекают с преимущественным поражением:

5

желудка;
проксимального отдела тонкой кишки;
дистального отдела тонкой кишки;
проксимального отдела толстого кишечника;
дистального отдела толстого кишечника.

#

94

Наиболее тяжелое осложнение при шигеллезе:

3

выпадение прямой кишки;
гипертермия;
инфекционно-токсический шок;
кахексия;
судорожный синдром.

#

95

Типичная форма дизентерии отличается от атипичной формы дизентерии:

4

более коротким инкубационным периодом;
более острым началом;
частыми симптомами гастроэнтерита;
частыми симптомами гемоколита;
преобладанием легкой и среднетяжелой форм.

#

96

Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?

2

высокая температура, рвота, приступообразные боли в животе, вздутие;
высокая температура, боли в левой подвздошной области, скудный стул с примесью слизи и крови;
нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул с кровью;
высокая температура, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул;
нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул типа «малинового желе»;

#

97

Мужчина 40 лет заболел остро с повышения температуры до 40 градусов, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки типа «мясных помоев». Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Больному назначено лечение. Какой из ниже перечисленных препаратов является лишним?

4

ципрофлоксацин;
дротаверин;
0,9% NaCl в/в;
поливитамины;
этамзилат;

#

98

Мужчина 40 лет заболел остро с повышения температуры до 40 градусов, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки скудный, в виде комочков слизи с прожилками крови. Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Какой из ниже перечисленных препаратов необходимо назначить больному?

3

пенициллин;
линкамицин;
ципрофлоксацин;
рифампицин;

амикацин;

#

99

Мужчина 40 лет заболел остро с повышения температуры до 40 градусов, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки скудный, в виде комочков слизи с прожилками крови. Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Воспалению какого отдела желудочно-кишечного тракта соответствует клиническая симптоматика у больного?

5

гастрит;

гастроэнтерит;

энтерит;

энтероколит;

колит;

#

100

Мужчина 40 лет заболел остро с повышения температуры до 40 градусов, сопровождающейся ознобом, головной болью, резкой слабостью. Одновременно появились сильные боли в животе с мучительными тенезмами, стул более 20 раз в сутки скудный, в виде комочков слизи с прожилками крови. Пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Оцените тяжесть состояния и выберите правильную формулировку диагноза?

2

Острая дизентерия, типичная форма, средней тяжести;

Острая дизентерия, типичная тяжелая форма;

Острая дизентерия, типичная форма, легкое течение;

Острая дизентерия, атипичная форма, средней тяжести, без обезвоживания;

Энтероколит неуточненной этиологии, средней тяжести, без обезвоживания;

#

101

Мужчина 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на выраженный озноб, повышенную потливость, повышение температуры до 39 градусов, слабость, утомляемость, которые беспокоят в течение последней недели. В эпиданамнезе выяснено: живет в сельской местности, является фермером. При объективном обследовании состояние относительно удовлетворительное, интоксикации нет, положение активное. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, околоушные и паховые лимфоузлы размером до 1 см, подвижные. Отмечена гепатоспленомегалия. По остальным органам без изменений. Какой предварительный диагноз вы можете поставить?

4

Брюшной тиф

Малярия

Туляремия

Острый бруцеллез

Лихорадка Ку

#

102

Доярка Н.А заболела месяц назад, когда появились нарастающий озноб, потливость, лихорадка до 39 градусов, ноющая боль коленных и голеностопных суставов. Объективно суставы внешне не изменены. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы величиной с горошину. Гепатоспленомегалия. Какое из перечисленных заболеваний наиболее вероятно у пациентки?

5

Ревматизм

Ревматоидный полиартрит

Подагрический артрит

Болезнь Рейтера

Бруцеллез остросептическая форма

#

103

Мужчина 28 лет, обратился к врачу с жалобами на озноб, потливость, повышение температуры тела до 38 градусов в течение последних 10 дней. При объективном обследовании выявлены увеличение периферических лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки. При лабораторном обследовании выявлены следующие результаты: р. Видаль-отр., кровь на толстую каплю и тонкий мазок-отр., р. Райта- 1: 400, р. Хедльсона-резко пол., РСК с антигенами риккетсий Бернетта-отр. Какой клинический диагноз вы можете поставить?

5

Брюшной тиф

Паратиф А или В
Малярия
Ку лихорадка
Острый бруцеллез

#

104

Женщину 35 лет, жительницу сельской местности в течение последнего года периодически беспокоили перемежающиеся, ноющие боли в локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставах. Из эпиданамнеза выяснено, что она регулярно употребляет домашнюю сметану из сырого молока. При объективном осмотре: небольшое увеличение околоушных, подмышечных и паховых лимфоузлов, а также гепатомегалия +0.5-1 см по СКЛ. Суставы внешне не изменены, по остальным органам без патологий.

Каким из нижеперечисленных заболеваний страдает пациентка?

4

Ревматическим полиартритом
Ревматоидным артритом
Подагрическим полиартритом
Первично-хроническим бруцеллезом
Болезнью Рейтера

#

105

Мужчина 28 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на ноющие боли в крупных суставах конечностей, одышку, сердцебиение, загрудинные боли слева; из анамнеза: фермер, болен в течение 8 месяцев, когда после кратковременной лихорадки, ознобов, потливости постепенно присоединились поэтапно вышеуказанные жалобы. Объективно: лимфоаденопатия, гепатомегалия +1.5-2 см по СКЛ. Аускультативно: грубый систолический шум на верхушке, диастолический шум на основании сердца. В ОАК: лейкоциты- $4 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты-40, СОЭ-10 мм/ч. Какое из нижеперечисленных заболеваний у пациента?

3

Ревматоидный полиартрит
Ревматизм
Хронический бруцеллез
Подагрический артрит
Болезнь Рейтера

#

106

Диагноз хронического бруцеллеза ставится при длительности болезни:

4

свыше 1,5 месяцев до 3 месяцев
свыше 3 месяцев до 4 месяцев
свыше 4 месяцев до 6 месяцев
свыше 6 месяцев до 2 лет
свыше 2 лет

#

107

Мужчина 32 года, житель городской местности обратился к участковому врачу с жалобами на выраженный озноб, повышенную потливость, повышение температуры тела до 39 градусов, слабость, утомляемость. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, положение активное, регионарные лимфоузлы увеличены до размера фасоли, подвижные. Гепатомегалия +1-1.5 см по СКЛ. По остальным органам без патологических изменений. В ОАК эритроциты- $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-120 г/л: лейкоциты- $6 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты-42% СОЭ-9 мм/ч. Какой из перечисленных методов лабораторных исследований позволит уточнить диагноз?

4

Посев крови на стерильность
Кровь на толстую каплю и тонкий мазок
Кровь на р. Видаля
Кровь на р. Хедльсона и р. Райта
Кровь на ревмотесты

#

108

Больной Т., 35 лет, фермер обратился к семейному врачу с жалобами на ноющие, перемежающиеся боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах. Из анамнеза: заболел 7 месяцев тому назад, когда появились озноб, потливость, лихорадка, после купирования этих симптомов периодически стали беспокоить ноющие боли в крупных суставах нижних конечностей. Объективно: полилимфоаденопатия, гепатомегалия +1.5 см по СКЛ, суставы внешне не изменены. В ОАК: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-130 г/л, лейкоциты $4 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты-43%. р. Хедльсона-положительная++ р.Райта-1/100.

Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить для лечения?

5

Пенициллин
Амоксиклав
Аллопуринол
Эритромицин
Диклофенак

#

109

Больной С., 29 лет обратился к участковому врачу с жалобами на головную боль, тошноту, периодически возникающую рвоту, ухудшение сна, познабливание, потливость. Из анамнеза: болен в течении 2 месяцев, когда появились озноб, потливость, лихорадка. Объективно микрополиаденопатия, гепатомегалия+1.5-2см по СКЛ. Ригидность затылочных мышц-слабо положительная, симптом Кернига-слабоположительный. В ОАК: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb-132 г/л, лейкоциты $5 \times 10^9/л$, лимфоциты-43%, СОЭ-12 мм/ч Р.Хедльсона-положительная Р.Райта 1/200.

Какое из нижеперечисленных исследований уточнит диагноз?

4

Бактериологическое исследование ликвора
КТ головного мозга
МРТ головного мозга
Клинико-биохимическое исследование ликвора
УЗИ головного мозга

#

110

Больной Т.И., 35 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на головную боль, тошноту, периодическую рвоту, ухудшение сна, познабливание, потливость. Из анамнеза: болен в течении 2-х месяцев, когда появились озноб, потливость, лихорадка. Объективно: микрополиаденопатия, гепатомегалия+1.5-2см по СКЛ. Ригидность затылочных мышц-слабо положительная, симптом Кернига-слабоположительный. В ОАК: эритроциты- $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb-132 г/л, лейкоциты- $5 \times 10^9/л$, лимфоциты-43%, СОЭ-12 мм/ч Р.Хедльсона-положительная Р.Райта 1/200. Ликвор: цитоз-180 клеток, из них лимфоциты -83%, лейкоциты- 17%, сахар- 1.2 ммоль/л, белок- 0,48 г/л. Какой из нижеперечисленных препаратов необходимо назначить в патогенетической терапии?

4

Диклофенак
Индометацин
Кетонал
Преднизолон
Мелбек

#

111

К участковому врачу обратился мужчина 28 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 38 градусов, озноб, потливость, общую слабость, наличие язвы на коже правого предплечья. Болен в течение 10 дней. Эпиданамнез: принимал участие в забое коровы у соседа за неделю до болезни. Объективно: на коже нижней трети правого предплечья имеется язва с черным струпом в центре, с выраженным отёком вокруг неё, покраснением кожи вокруг струпа. По органам без изменений.

Какой из нижеперечисленных диагнозов предварительно можно выставить?

3

Туляремия, кожная форма
Чума, кожная форма
Сибирская язва, кожная форма
Рожа, эритематозно-буллезная форма
Фурункулез

#

112

Мужчина Б.А., 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на появление на коже лица язвы с черным струпом в центре, выраженным отеком вокруг язвы с покраснением кожи, при пальпации язва безболезненная. Из анамнеза: заболел 12 дней назад, с озноба, повышения температуры тела до 39 градусов, головной боли, 3 дня назад появилась язва на коже лица. Работает на предприятии по обработке шкур и шерсти. В ОАК: лейкоциты- $12 \times 10^9/л$, лимфоциты-27%, СОЭ-18 мм/ч.

Какой из нижеперечисленных диагнозов можно выставить предварительно?

4

Фурункулез
Туляремия, кожная форма
Чума кожная форма

Сибирская язва, кожная форма

Рожа лица

#

113

Мужчина Б.А., 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на появление на коже лица язвы с черным струпом в центре, выраженным отеком вокруг язвы с покраснением кожи, при пальпации язва безболезненная. Из анамнеза: заболел 12 дней назад, с озноба, повышения температуры тела до 39 градусов, головной боли, 3 дня назад появилась язва на коже лица. Работает на предприятии по обработке шкур и шерсти. В ОАК: лейкоциты- 12×10^9 /л, лимфоциты-27%, СОЭ-18 мм/ч.

Врач выставил предварительный диагноз: сибирезязвенный карбункул.

Какой из нижеперечисленных методов лабораторной диагностики позволяет уточнить диагноз?

4

Посев крови

Посев мочи

Посев испражнения

Посев выпота из-под струпа

Посев мокроты

#

114

К участковому врачу обратился мужчина 28 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 38 градусов, озноб, потливость, общую слабость, наличие язвы на коже правого предплечья. Болен в течение 10 дней. Эпиданамнез: принимал участие в забое коровы у соседа за неделю до болезни. Объективно: на коже нижней трети правого предплечья имеется язва с черным струпом в центре, с выраженным отёком вокруг неё, покраснением кожи вокруг струпа. По органам без изменений. Участковым врачом выставлен предварительный диагноз: сибирезязвенный карбункул.

Назначение какого из нижеперечисленных препаратов является наиболее эффективным?

1

Пенициллин

Рифампицин

Эритромицин

Доксициклин

Гентамицин

#

115

Больной А.Р., 36 лет, работник цехов по забою КРС и МРС, был доставлен в инфекционное отделение на машине скорой помощи с жалобами на сильную режущую боль в животе, тошноту, повторную рвоту с прожилками крови, жидкий стул 3 раза с примесью крови. Из анамнеза: болен в течение 1,5 суток, появился озноб на фоне температуры тела 39 градусов, головная боль, боль и жжение в горле, с последующим присоединением выше указанных симптомов. Из эпиданамнеза: 2 дня назад на работе покушал плохо прожаренный на слабом огне шашлык из толстых кусков говядины.

О каком из нижеперечисленных заболеваний нужно думать в первую очередь?

4

Сальмонеллезе, гастроэнтероколитической форме

Дизентерии, гастроэнтероколитической форме

Иерсиниозе, кишечной форме

Сибирской язве, кишечной форме

Эшерихиозе, пятой категории.

#

116

Мужчина 30 лет, был доставлен в инфекционное отделение на машине скорой помощи с жалобами на повышение температуры тела до 40 градусов, сильный озноб, боль и стеснение в груди, одышку, кашель с обильной кровянистой мокротой в виде «вишневого желе» и головную боль. Болен в течение 2 дней. Из эпиданамнеза: работает в частном цехе по обработке шкур и шерсти. Объективно: состояние тяжелое, но сознание не нарушено, кожные покровы бледные, язык чистый, зев гиперемирован. Аускультативно в легких большое количество влажных хрипов, ЧД-36 в минуту, ЧСС-114 в минуту.

О каком из нижеперечисленных заболеваний нужно думать в первую очередь?

5

Внебольничная пневмония

Легочная форма туляремии

Легочная форма чумы

Легочная форма легионеллеза

Легочная форма сибирской язвы

#

117

Больной К.Т., 38 лет доставлен в тяжелом состоянии в инфекционное отделение на машине скорой помощи. При осмотре врачом приемного отделения выявлено: сознание сохранено, бледен, температура тела 35,8 градусов, ЧСС-130 в минуту, ЧД-40 в минуту, резкая слабость, АД-60/20 мм.рт.ст. На коже лица имеется язва с черным струпом в центре, безболезненная, с резко выраженным отеком окружающих мягких тканей. Из эпиданамнеза: неделю назад резал корову вместе с братом. Врач приемного отделения выставил диагноз: Сибирская язва, карбункулезная форма, крайне тяжелое течение. Сепсис? Чем осложнилось течение заболевания у больного?

2

ДВС-синдром.

Инфекционно-токсический шок

Отеки и набухание головного мозга

Острая почечная недостаточность

Сосудистый коллапс.

#

118

Какой путь передачи не является характерным для заражения сибиреязвенной палочкой?

5

Контактный

Пищевой

Аэрогенный

Трансмиссивный

Вертикальный

#

119

Какое из нижеперечисленных осложнений не характерно для кишечной формы сибирской язвы?

1

Отек легких

Кишечное кровотечение

Перфоративный перитонит

Порез кишечника

ДВС-синдром

#

120

Источник сибирской язвы:

3

Грызуны;

Кошки, собаки;

Крупный рогатый скот;

Комары, москиты;

Люди.

#

121

На машине скорой помощи в инфекционное отделение доставлен мужчина 28 лет, с жалобами на сильный озноб, повышение температуры тела до 39 градусов, сильную головную боль, резко выраженную общую слабость, резкую боль в левой паховой области. Болен в течении 3-х суток. Из эпиданамнеза: работает егерем. Объективно: в сознании, лицо гиперемировано, слева в паховой области лимфоузлы увеличены до размера "ореха", неподвижны, резко болезненны, кожа над ними гиперемирована. По органам без особых изменений. Какой из нижеперечисленных диагнозов можно выставить предварительно?

3

Паховый лимфаденит слева

Туляремия, бубонная форма

Чума, бубонная форма

Туберкулез пахового лимфатического узла

Фелиноз

#

122

При трансмиссивном пути передачи чумы заражение происходит через:

2

Вшей;

Блох;

Клещей;

Комаров;

Москитов.

#

123

Возбудителем чумы является:

3

Yersinia enterocolitica

Yersinia pseudotuberculosis

Yersinia pestis

Listeria monocytogenes

Salmonella enteritidis

#

124

Какой из перечисленных методов лабораторной диагностики позволяет подтвердить диагноз бубонной формы чумы?

4

Посев слизи из ротоглотки

Посев крови

Посев мокроты

Посев пунктата из бубона

Посев ликвора

#

125

Мужчина 30 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на выраженный озноб, высокую температуру тела до 40 градусов, сильную головную боль, потерю аппетита, сильный кашель с кровянистой мокротой, одышку, резкие боли в грудной клетке. Заболел внезапно 2 дня назад. Из эпиданамнеза: охотник, 5 дней назад снимал шкуру и разделывал тушу сурка выловленного с помощью капкана. Объективно: справа в подмышечной области лимфоузлы увеличены до размера "ореха", спаяны в единый конгломерат, резко болезненны, кожа над ними гиперемирована; при аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, крепитирующие мелкопузырчатые хрипы, ЧД-36 в минуту, ЧСС-112 в минуту, АД-80/60 мм.рт.ст. О каком заболевании следует думать?

4

Туляремия, легочная форма

Сибирская язва, легочная форма

Чума, первично лёгочная форма

Чума, вторично легочная форма

Туберкулез легких

#

126

У больного, 26 лет, находящегося в инфекционном отделении с диагнозом бубонная форма чумы, тяжелое течение, на 2-й день после поступления врачом выявлены следующие симптомы: спутанное сознание, бледность кожных покровов с петехиальной сыпью, акроцианоз, холодные конечности, ЧСС 130 в минуту, нитевидный пульс, АД-70/40 мм.рт.ст., ЧД 38 в минуту. Какому осложнению соответствует описанные симптомы у данного больного?

4

ДВС-синдром

Острая надпочечниковая недостаточность

Отек и набухание головного мозга

Инфекционно-токсический шок

Сосудистый коллапс

#

127

При первично легочной форме чумы не бывает:

2

резко выраженной интоксикации

бубона

кашля

одышки

выделения кровянистой мокроты

#

128

Какая клиническая форма туляремии развивается при воздушно-пылевом пути заражения?

3

Кожно-бубонная

Бубонная

Легочная
Абдоминальная
Септическая

#

129

Больной, 24 лет, геолог, во время работы часто пил воду из мелких водоемов. Заболел остро: высокая температура, боль в горле при глотании, болезненность шеи слева. Объективно: состояние средней тяжести, слизистая ротоглотки нерезко гиперемирована, на левой увеличенной миндалине плотный серовато-желтый налет, снимается с трудом, слева увеличены заднешейные лимфоузлы до размера голубинового яйца, подвижные, безболезненные. Температура тела 39°C.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

4

орнитоз
брюшной тиф
лептоспироз
туляремия
сыпной тиф

#

130

Больной, 37 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни. Жаловался на головную боль, периодические подъемы температуры с ознобами. Температура поднималась до 40°C и держалась около 4-х часов. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. В дальнейшем аналогичные приступы наступали через день по вечерам и сопровождалась потрясающим ознобом, потом, головной и мышечной болью, иногда рвотой. Больной незадолго до болезни вернулся из Эфиопии.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

3

острый бруцеллез
лептоспироз
малярия
сепсис
брюшной тиф

#

131

Больной 45 лет, перед заболеванием охотился на ондатр, обрабатывал шкурки в домашних условиях. Заболел через 5 дней. Появился озноб, быстро повысилась температура тела до 39°C, появились головная и мышечные боли. В правой подмышечной области увеличенный лимфатический узел, слабо болезненный, не спаянный с окружающими тканями. Кожа над бубоном не изменена. Поставлен диагноз туляремии.

Укажите наиболее вероятный путь заражения:

4

водный
пищевой
воздушно-пылевой
контактный
трансмиссивный

#

132

Какой антибактериальный препарат используют для лечения туляремии?

3

пенициллин;
эритромицин;
стрептомицин;
цефтриаксон;
ампициллин;

#

133

Приступ 3-х дневной малярии начинается:

2

вечером;
в первую половину дня;
во вторую половину дня;
в любое время суток;
ночью.

#

134

Для уничтожения тканевых спорозоитов применяется:

3

тетрациклин;
фторхинолоны;
примахин;
делагил;
антиоксиданты.

#

135

Решающим методом лабораторной диагностики малярии являются:

2

общий развернутый анализ крови;
микроскопия толстой капли крови и мазка крови;
серологические реакции;
биологическая проба;
бактериологический анализ крови;

#

136

Лихорадочные приступы при 4-х дневной малярии повторяются от начала предыдущего:

4

через 24 часа;
через 36 часов;
через 48 часов;
через 72 часа;
через 96 часов;

#

137

Лихорадочные приступы при тропической малярии повторяются от начала предыдущего:

3

через 24 часа;
через 36 часов;
через 48 часов;
через 72 часа;
через 96 часов;

#

138

Лихорадочные приступы при 3-х дневной малярии повторяются от начала предыдущего:

3

через 24 часа;
через 36 часов;
через 48 часов;
через 72 часа;
через 96 часов;

#

139

Какие биологические субстраты используют для лабораторного подтверждения диагноза малярии?

1

кровь;
кал;
моча;
желчь.

Мокроту

#

140

Какой препарат действует на эритроцитарные формы плазмодия?

1

гидроксихлорохин;
примахин;
метрагил;
хиноцид;
доксциклин;

#

141

Ведущий лабораторный синдром при острых вирусных гепатитах:

1

цитоллиз

холестаза

мезенхимально-воспалительный

ДВС-синдром

жировая инфильтрация

#

142

Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

1

вирус гепатита А обладает цитопатическим действием

механизм повреждения гепатоцитов при гепатите С сходен с таковым при гепатите А

генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГВ

наиболее тяжелые формы ВГВ наблюдаются у лиц с ослабленной иммунной системой

повреждение гепатоцитов при гепатите Д обусловлено аутоиммунными механизмами

#

143

Ситуация, характерная для заражения ВГА:

3

стерильная пункция

гемотрансфузия

купание в открытом водоеме

стоматологические манипуляции

забор крови у доноров

#

144

При вирусном гепатите А:

2

характерно отсутствие четкой сезонности

заболеваемость нередко имеет групповой характер

особенно часто болеют дети до 1 года

преимущественно болеют лица пожилого возраста

больные наиболее заразны в желтушном периоде.

#

145

Исходом гепатита А является:

2

формирование вирусоносительства

выздоровление

развитие хронического гепатита

развитие острой почечной недостаточности

летальный исход

#

146

Маркером острого периода гепатита А является:

4

Anti-HAV IgG

Anti-HCV

HBeAg

Anti-HAV IgM

Anti-HBs Ag

#

147

Наиболее информативным биохимическим тестом в преджелтушном периоде вирусного гепатита А является:

3

общий билирубин

белковые фракции крови

ферменты АЛТ, АСТ

щелочная фосфатаза

холестерин.

#

148

При обследовании детей из очага вирусного гепатита, у 8-летнего ребенка при отсутствии клинических проявлений в крови выявлен: Anti-HAV IgM

в высокой концентрации, АЛТ-1,8 ммоль/л. Ваш диагноз?

4

Гепатит В

Гепатит С

Гепатит D

Гепатит А

Гепатит Е.

#

149

Больная Р., 18 лет, поступила в больницу в связи с тем, что мать заметила у дочери желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает. Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болела. Никаких парентеральных вмешательств в течение полугода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, АлАТ - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба -19 ед. Ваш диагноз?

1

Вирусный гепатит А.

Гемолитическая желтуха.

Вирусный гепатит В.

Атрезия желчевыводящих путей.

Синдром Жильбера.

#

150

Наиболее характерный вариант преджелтушного периода вирусного гепатита А:

1

гриппоподобный;

астеновегетативный;

диспепсический;

артралгический;

комбинированный.

#

151

Путь передачи вирусного гепатита Е:

5

от матери плоду;

парентеральный;

половой;

через укус комаром;

водный;

#

152

Для вирусного гепатита Е характерно:

2

тяжелое течение у пожилых;

тяжелое течение у беременных женщин;

длительное носительство вируса у детей;

быстрое развитие цирроза печени;

связь с гемотрансфузиями.

#

153

Машиной «скорой помощи» в приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной М., 25 лет, на 6-ой день болезни с жалобами на головную боль, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, однократную рвоту и разжиженный стул. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры желтушные. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 3,0 см, болезненная при пальпации, мягко-эластичной консистенции, край ровный. Моча темная. Из эпидемиологического анамнеза: больной отдыхал у родственников в Узбекистане, купался в арыке, пил сырую воду, ел фрукты. Ваш предполагаемый диагноз:

5

Гепатит В
Гепатит С
Гепатит D
Гепатит А
Гепатит Е.

#

154

Маркером острого гепатита Е является:

4

Anti-HAV Ig M

Anti-HCV Ig M

HBeAg

Anti-HEV IgM

Anti-HBs Ag

#

155

При вирусных гепатитах проявлением холестатического синдрома является:

3

повышение в крови уровня сывороточного железа

повышение в крови уровня свободного билирубина

повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы

повышение активности АЛТ, АСТ

снижение показателя сулемовой пробы.

#

156

При вирусных гепатитах:

5

биохимические показатели позволяют дифференцировать этиологию гепатита;

биохимические показатели в настоящее время утратили свое диагностическое значение;

обнаружение HBs Ag - наиболее поздний серологический признак ВГВ;

HBs Ag - наиболее важный маркер ВГЕ;

обнаружение в крови маркеров позволяет верифицировать вид гепатита;

#

157

Диагностическим признаком развития острой печеночной недостаточности является:

4

прогрессивное нарастание желтухи;

протеинурия;

изменение цвета мочи;

энцефалопатия;

увеличение размеров печени.

#

158

Клинические признаки прекомы при вирусных гепатитах:

3

гепатоспленомегалия

брадикардия

тахикардия, тремор кончиков пальцев

увеличение печени, наличие сосудистых звездочек

пальмарная эритема, венозный рисунок на боку живота.

#

159

Признаками цитолиза гепатоцитов при вирусных гепатитах являются:

2

повышение билирубина и щелочной фосфатазы;

повышение активности аминотрансфераз;

повышение тимоловой и снижение сулемовой проб;

повышение билирубина и глобулинов;

повышение липопротеидов и холестерина.

#

160

Сроки диспансеризации реконвалесцентов после ВГА и ВГЕ:

3

1 мес.
3 мес.
6 мес.
12 мес.
24 мес;
#

161

Естественный путь передачи возбудителя гепатита В может реализоваться при:

4

переливании крови;
внутривенном введении лекарственных средств;
парентеральном введении наркотических препаратов;
половых сношениях;
рукопожатии с носителем HBsAg;

#

162

При остром гепатите В без дельта агента в сыворотке крови методом ИФА выявляют:

1

HBsAg;
anti-HCV;
anti- HAV IgM;
HBcorAg;
anti-HDV IgM

#

163

После проведения курса вакцинации против гепатита В, в сыворотке крови методом ИФА выявляют:

4

anti-HBcore IgM;
anti-HBcore IgG;
anti-HBe;
anti-HBs;
HBsAg;

#

164

При ВГВ в крови не обнаруживается специфический маркер:

3

HBs Ag;
HBe Ag;
HBc Ag;
anti – HBs;
anti – HBc IgM.

#

165

При вирусных гепатитах:

3

HBs Ag – маркер острого периода ГВ;
серологическая диагностика имеет значение только для проведения противоэпидемических мероприятий;
положительная ПЦР указывает на репликацию вируса;
циркуляция в крови HBs Ag наблюдается только в ранние сроки;
обнаружение иммунологических маркеров применяется только для обследования стационарных больных;

#

166

Длительная циркуляция HBs Ag после перенесенного ГВ является критерием:

1

хронизации процесса;
активной репликации вируса;
развития цирроза печени;
обострения процесса;
усугубления тяжести заболевания;

#

167

У больного, перенесшего несколько лет назад острый гепатит В без последующего формирования хронического гепатита, в сыворотке крови определяют:

2

anti-HBcore IgM;

anti-HBcore IgG;

HBsAg;

HBeAg;

anti-HAV IgM;

#

168

На формирование хронического гепатита В, после острой фазы указывает обнаружение:

2

anti – HBcIg M;

HBe Ag дольше 4 недель от начала болезни;

HBcor Ag;

anti – HBs;

anti – HBe.

#

169

Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

5

гепатитом А часто болеют дети до года;

механизм повреждения гепатоцитов при гепатите В сходен с таковым при гепатите А;

генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГС;

наиболее легкие формы ВГВ наблюдаются у лиц с повышенной активностью иммунной системой;

повреждение гепатоцитов при гепатите В обусловлены иммуноопосредованными процессами;

#

170

Ребенок родился от нормальных родов. У матери отмечается носительство HbsAg. Какова тактика врача по отношению к прививкам ребенка против гепатита В?

3

Вакцинацию против гепатита В отложить на 1 месяц;

Вакцинацию против гепатита В отложить на 6 месяцев;

Вакцинация против гепатита В в первые 12 часов жизни;

Вакцинацию против гепатита В отложить на 1 год;

Вакцинация против гепатита В не проводится;

#

171

Больная 40 лет, поступила в отделение на 13-й день болезни с жалобами на тошноту, рвоту, сонливость днем, бессонницу ночью, кровоточивость десен, потемнение мочи, ахоличный стул. Заболела постепенно с развития слабости, потери аппетита, появления болей в суставах, подъема температуры тела до 37,3° С. На 12-й день потемнела моча, обесцветился стул. При осмотре выявлена желтуха, гепатоспленомегалия. О каком заболевании можно подумать?

3

Вирусный гепатит А;

Вирусный гепатит Е;

Вирусный гепатит В;

Вирусный гепатит С;

Вирусный гепатит Д;

#

172

Препаратом выбора в лечении хронического гепатита В является:

4

гамма-глобулины;

HBV-вакцина;

поливалентная сыворотка;

аналоги нуклеозидов;

ацикловир.

#

173

Укажите неправильное утверждение по отношению к вирусному гепатиту Д:

3

вызывается дефектным вирусом, для репликации которого необходим HBs Ag;

при одновременном заражении вирусами В и Д развивается острый смешанный гепатит;
инфицирование вирусом Д носителей HBs Ag не сопровождается клиническими проявлениями;
инфицирование вирусом Д больных ХВГВ вызывает резкое обострение болезни;
вакцинация против ВГВ предупреждает инфицирование ВГД;

#

174

Вирусный гепатит Д:

5

вызывается вирусом, содержащим ДНК;
относится к наиболее частой форме ВГ;
имеет преимущественно фекально-оральный механизм передачи;
хорошо поддается лечению кортикостероидами;
вызывается вирусом, содержащим РНК.

#

175

Укажите неправильное утверждение в отношении ВГД:

5

репликация вируса возможна при наличии HBsAg;
часто маркеры ВГД выявляются у больных ХАГ и циррозом печени;
при Ко-инфекции клинические проявления имеют двухфазное течение;
в отличие от ВГВ при остром ВГД температура часто повышается во время желтушного периода выше 38 С°;
Ко-инфекция ВГД имеет легкое течение с большей вероятностью хронизации;

#

176

Острый дельта-гепатит (суперинфекция) может развиваться у:

2

здоровых людей, не являющихся носителями HBsAg;
больных хроническим гепатитом В
больных гепатитом А
больных гепатитом С
больных гепатитом Е

#

177

Больная А., 34 лет, врач-анестезиолог, обратилась в больницу с жалобами на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, заметила появление сыпи на теле, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура тела повысилась до 39,7°С. При осмотре: тяжелое состояние, желтуха, артралгии, боли в правом подреберье. Живот вздут, болезненный в правом подреберье, печень пальпируется на 4,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка увеличена. При биохимическом исследовании крови: Общий билирубин- 232 мкмоль/л, билирубин прямой - 150 мкмоль/л, непрямой - 82 мкмоль/л, АлАТ – 624 Ед/л, АсАТ – 423 Ед/л, тимоловая проба - 14 ед. При ИФА: обнаружены HBsAg, anti-HBcore IgG и anti-HDV IgM. Ваш диагноз?

3

Острый вирусный гепатит D, супер-инфекция;
Острый Вирусный гепатит В, тяжелое течение;
Острый вирусный гепатит D, ко-инфекция;
Острый вирусный гепатит В, желтушная форма;
Острый вирусный гепатит В, фульминантная форма;

#

178

При наличии симптомов холестаза у больных хроническим гепатитом целесообразно назначить:

5

ацетилсалициловую кислоту;
лимонную кислоту;
арахионовую кислоту;
альмагель;
урсодезоксихолевую кислоту;

#

179

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита В проводится в течение:

3

двух лет;

двух месяцев;
одного года;
полугода;
трех месяцев.

#

180

При вирусных гепатитах:

3

развитие хронического процесса характерно для ВГА:

наиболее частым исходом любого гепатита является хронизация процесса;

развитие хронического течения характерно для ВГС;

течение болезни, как правило, волнообразное;

острые формы ВГЕ заканчиваются формированием цирроза печени;

#

181

Причины развития внепеченочных проявлений при гепатите С? Выберите неправильный ответ.

5

внепеченочная репликация вируса;

аутоиммунные реакции;

реакция гиперчувствительности замедленного типа;

мутации вируса;

неадекватное лечение.

#

182

Методом ранней диагностики острого гепатита С является:

1

ПЦР- диагностика;

иммуноферментный анализ;

биохимический анализ крови;

определение уробилина в моче;

повышение тимоловой пробы.

#

183

Исходом острой дельта суперинфекции не может быть:

3

развитие цирроза печени;

гепатоцеллюлярная карцинома;

выздоровление;

летальный исход;

формирование хронического ВГД;

#

184

Укажите правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

4

при гепатите В характерно легкое течение;

при вирусном гепатите В всегда имеется выраженный зуд;

гриппоподобный синдром наиболее характерен для гепатита Е;

при вирусном гепатите В часто наблюдаются артралгии;

лихорадка наиболее характерна для вирусного гепатита С;

#

185

Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

1

вирус гепатита А обладает цитопатическим действием;

механизм повреждения гепатоцитов при гепатите С сходен с таковым при гепатите А;

генетический фактор не имеет существенного значения для течения и исхода ВГВ;

наиболее тяжелые формы ВГВ наблюдаются у лиц с ослабленной иммунной системой;

повреждение гепатоцитов при гепатите D обусловлено аутоиммунными механизмами;

#

186

Какое из перечисленных внепеченочных проявлений встречается при ХГС?

2

сахарный диабет 1 типа;
синдром Шегрена;
бронхиальная астма;
красный плоский лишай;
лимфосаркома;

#

187

Маркером острого гепатита С является:

2

Anti-HAV Ig M
Anti-HCV Ig M
Anti-HCV Ig G
Anti-HEV IgM
Anti-HBs Ag

#

188

Быстрое прогрессирование гепатита в цирроз печени чаще происходит при:

3

гепатите A;
гепатите B;
гепатите C;
гепатите E;
гепатите D;

#

189

В лечении больных гепатитом С в качестве основного средства применяют:

3

виразол;
фоскарнет;
нуклеозидные ингибиторы полимеразы;
аналоги нуклеозидов;
фосфоглив;

#

190

Острый гепатит чаще всего переходит в хронический при:

3

гепатите A;
гепатите B;
гепатите C;
гепатите E;
гепатите D;

#

191

Мужчина 29 лет, активный донор, последние 6 месяцев - донор плазмы. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ - 350 ЕД/л. Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено не-большое увеличение печени. Из эпидемиологического анамнеза: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2 доноров этой станции. ИФА диагностика на маркеры к вирусным гепатитам В, С, D показала отрицательный результат.

Ваш предполагаемый диагноз?

3

хронический вирусный гепатит С, минимальной активности;
острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма;
острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма;
острый вирусный гепатит В, преджелтушный период;
синдром Жильбера;

#

192

Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:

2

инфицирование возбудителем ВГА чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни;

возбудитель ВГС обладает цитопатическим действием на гепатоциты;

вирус ВГВ не способен к длительному персистированию в организме;

возбудитель ВГА относится к гепаднавирусам;

дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С;

#

193

Критерием эффективности противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов не является:

1

уменьшение размеров печени

нормализации уровня сывороточных трансаминаз

исчезновению маркеров репликации вируса из сыворотки крови

снижение вирусной нагрузки

уменьшение фиброза печени

#

194

Назовите возможные маркеры хронического гепатита В с дельта суперинфекций:

1

HBsAg, Анти-HBcIgG, Анти-HDV IgM;

HBsA, Анти-HBcIgM, Анти-HDV IgM;

Анти-HBcIgG, Анти-HBs, Анти-HDV IgM;

Анти-HBs, Анти-HBcIgG, Анти-HDV IgG;

HBsAg, Анти-HBcIgG, Анти-HCV IgM;

#

195

Для ко-инфекции ВГВ+ВГD характерно:

2

развитие хронического гепатита;

острое начало с высокой лихорадкой, артралгией;

постепенное начало;

улучшение состояния с появлением желтухи;

нормальные показатели тимоловой пробы.

#

196

Исход в цирроз печени быстрее происходит при:

4

хроническом гепатите С;

цитомегаловирусном гепатите;

хроническом гепатите В;

суперинфекции HDV/HBV;

вирусном гепатите E;

#

197

Суперинфекция дельта вирусом представляет опасность для больного:

1

гепатитом В;

гепатитом А;

гепатитом E;

гепатитом G;

гепатитом С;

#

198

Вакцинопрофилактика гепатита В защищает больного от:

2

только гепатита В;

гепатитов В и D;

гепатитов В и С;

всех гепатитов;

гепатитов В и TTV;

#

199

При злокачественной форме вирусных гепатитов:

1

уменьшаются размеры печени;

увеличиваются размеры печени;

в клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз;

уменьшается желтуха;

отсутствует нарушение сознания;

#

200

При злокачественной форме вирусного гепатита наиболее информативным биохимическим показателем тяжести является:

4

повышение уровня β -липопротеидов;

повышение активности трансаминаз более чем в 10 раз;

повышение уровня билирубина;

снижение протромбинового индекса;

снижение концентрации натрия, калия;

#

201

Для менингококкового менингита характерно:

1

Цитоз 1000, представлен нейтрофилами.

Слабо положительные осадочные реакции.

Цитоз 200, представлен лимфоцитами.

Белок в ликворе снижен.

Белково-клеточная диссоциация.

#

202

У 4-летнего ребёнка в течение 2 суток отмечалась лихорадка до 38,0-38,5°C, затруднённое носовое дыхание, редкий сухой кашель. На третьи сутки мать ребёнка отметила единичные элементы сыпи на нижних конечностях. Сохранялась лихорадка. Кожные покровы стали бледными, прохладными на ощупь. Сыпь звездчатая, приобрела багровый оттенок, местами элементы сыпи сливались. Сознание нарушено, заторможенность. С момента ухудшения состояния ребёнок не мочился. Обратились в инфекционный стационар, госпитализированы в тяжёлом состоянии в отделение РИТ.

Предполагаемый диагноз:

4

Скарлатина. Острая почечная недостаточность.

Корь, период высыпаний. Корево-энцефалит.

Грипп. Нейротоксикоз (геморрагический синдром, менингизм).

Менингококковая инфекция, менингококкцемия. Септический шок.

Энтеровирусная экзантема. Отёк головного мозга.

#

203

Ребёнок 8 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, затруднённого носового дыхания, редкого сухого кашля. К третьему дню болезни состояние ребёнка заметно ухудшилось, сохранялась лихорадка, интоксикация нарастала, появилась головная боль, дважды отмечалась рвота, не связанная с приёмом пищи. Вызвали участкового врача. При осмотре: ребёнок лежит на боку с запрокинутой головой, на вопросы отвечает с задержкой, односложно, на болевые раздражители реагирует гримасой, при положении на спине, отмечается выраженная ригидность затылочных мышц.

Действия участкового врача:

4

Назначить лечение, рекомендовать амбулаторное наблюдение за больным ребёнком.

Выдать направление для госпитализации в стационар.

Вызвать «скорую помощь» для транспортировки ребёнка в инфекционный стационар.

Сделать инъекцию антибиотика и в сопровождении реанимационной бригады СМП госпитализировать ребёнка в инфекционный стационар.

Незамедлительно начать амбулаторное лечение инфузионной и антибактериальной терапией в ЦСМ.

#

204

Больной А., 30 лет, находится в инфекционном стационаре, отделение РИТ в крайне тяжёлом состоянии. Выставлен предварительный диагноз: менингококковая инфекция смешанная (менингит, менингококкцемия) тяжёлая форма, осложнённая отёком головного мозга и септическим шоком.

Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза «менингококковая инфекция»?

2

Общий и биохимический анализ крови.

Бактериологический посев крови на питательные среды.

Бактериоскопия ликвора.

Реакция латекс-агглютинации ликвора.

ПЦР ликвора.

#

205

Наиболее тяжелым осложнением менингококкцемии является:

4

Эндокардит.

Формирование множественных пиемических очагов.

Миокардит.

Острая надпочечниковая недостаточность.

ДВС-синдром.

#

206

Подросток 13 лет, доставлен в стационар без сознания на 2-й день болезни. Температура тела 39,2°C. Рефлексы сохранены, отмечается ригидность затылочных мышц. Сыпи нет. Печень и селезенка не увеличены. Пульс 56 в минуту, ритмичный, не напряжен. АД 100/70 мм рт. ст. В крови лейкоцитоз 23,0 x 10⁹ в 1 мкл., нейтрофилез, СОЭ 40 мм/час.

Предполагаемый диагноз:

2

ГЛПС.

Менингит.

Грипп.

Сыпной тиф.

Субарахноидальное кровоизлияние.

#

207

Для менингококкцемии характерна:

2

Этапность распространения сыпи (лицо, туловище, конечности).

Геморрагическая звездчатая сыпь на нижних конечностях и ягодицах.

Кореподобная сыпь.

Розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь.

Везикулёзная сыпь с феноменом «подсыпания».

#

208

Подросток 16 лет, заболел остро с повышения температуры до 40°C с ознобом. К концу суток появилась геморрагическая сыпь на коже дистальных отделов конечностей. Менингеальные симптомы отсутствуют. Перед заболеванием перенес ринит в течение 7 дней.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

5

Брюшной тиф.

Сыпной тиф.

Аденовирусная инфекция.

Грипп.

Менингококковая инфекция.

#

209

Препаратом выбора для лечения менингококкового менингита является:

2

Ампициллин.

Бензилпенициллин.

Ампиокс.

Гентамицин.

Эритромицин.

#

210

Критерием отмены антибактериальной терапии у больного менингококковым менингитом является:

2

Цитоз ликвора менее 10 клеток в мкл.

Цитоз ликвора менее 100 клеток в мкл.

Отсутствие общемозговой симптоматики и менингеальных знаков.

Нормализация общего анализа крови.

Исчезновение менингококка из ликвора

#

211

Участкового врача вызвали для осмотра новорожденного ребёнка, возрастом 14 дней. Из анамнеза: роды проходили дома без соблюдения санитарно-гигиенических норм. При осмотре ребёнок в сознании, субфебрильно лихорадит, при плаче отмечается затруднённое открывание рта, пупочная ранка отёчна, гиперемирована, со скудным серозным отделяемым, мочеиспускание и дефекация не нарушены. Со слов родителей, накануне отмечались генерализованные судороги, которые самостоятельно прошли в течение 15-20 секунд.

Предполагаемый диагноз:

3

Ботулизм новорожденных.

Энцефалопатия, вызванная ядерной желтухой.

Столбняк новорожденных.

Сепсис новорожденных.

Острое нарушение мозгового кровообращения.

#

212

Назовите симптомы классической триады при столбняке:

3

Высокая лихорадка, тризм, тонические судороги.

Астенизация, «сардоническая улыбка», гиперестезия.

Тризм, «сардоническая улыбка», нарушение глотания.

Беспокойство, дисфагия, опистотонус.

Лихорадка, опистотонус, гиперестезия.

#

213

В ЦСМ обратились родители подростка 12 лет. Со слов матери, у её сына на протяжении 2-3 дней отмечалось повышение температуры тела до 37,2°C, общее недомогание, беспокойство, повышение реакции на внешние раздражители. Анамнестические данные скудные: родители заболевание ни с чем не связывают, у ребёнка медотвод от вакцинации. При осмотре на левой голени имеется гиперемированная гиперемия вокруг затянувшейся раны, которую нанес тяпкой, помогая деду в огороде неделю назад. Пальпаторно ощущается умеренная ригидность окружающих рану мышц.

Предполагаемый диагноз и действия участкового врача?

3

Раневой ботулизм. Введение противоботулинической сыворотки.

Заражение *Cl. Perfringens*. ПХО раны.

Столбняк. ПХО раны. Введение противостолбнячной сыворотки.

Бешенство. ПХО раны. Введение антирабической сыворотки.

Рожа. Проведение антибактериальной терапии.

#

214

Укажите ведущий симптом столбняка:

2

Высокая температура.

Тонические судороги.

Параличи.

Нарушение сознания.

Диарея.

#

215

Какой препарат используется для профилактики и лечения столбняка?

2

Антимикробная сыворотка.

Антитоксическая сыворотка.

Бактериофаг.

Лошадиная сыворотка.

Человеческий иммуноглобулин.

#

216

При столбняке могут развиваться осложнения:

4

Септический шок, почечная недостаточность.

Контрактура мышц, суставов.

Пневмония, паралич сердечной мышцы.

Разрывы мышц и сухожилий, вывихи.

Инвагинация кишечника, выпадение прямой кишки.

#

217

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать столбняк:

3

Эпилепсия.

Лептоспироз.

Отравления стрихнином.

Острое нарушение мозгового кровообращения.

Ботулизм.

#

218

У больного наблюдаются периодические судороги мышц туловища. Рот открывает с трудом. Сознание ясное, температура нормальная, мышечный гипертонус. На левой кисти ожог IV степени после электротравмы.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

3

Бешенство.

Раневой ботулизм.

Столбняк.

Энцефалит.

Нарушение мозгового кровообращения.

#

219

Пациент К., 44 лет, почувствовал недомогание, напряжение и подергивание мышц вокруг раны, полученной дней 10 назад. Отмечалось затрудненное жевание и открывание рта, болезненность при глотании. Появилось напряжение мышц лица, чувство стеснения в груди. Температура нормальная. Укажите наиболее вероятный диагноз:

2

Ботулизм.

Столбняк.

Менингит.

Бешенство.

Полиомиелит

#

220

При столбняке не наблюдается сокращения:

3

Мышц шеи.

Мышц лица.

Мышц дистальных отделов конечностей.

Мышц груди и живота.

Мышц спины.

#

221

В инфекционный стационар поступает мальчик 4 лет. Заболел остро, с повышения температуры тела, сухого кашля, скудных слизистых выделений из носа. При попытке поставить на ноги, ребенок садится на пол, отмечается снижение мышечного тонуса нижних конечностей. Со слов матери, контактов с инфекционными больными у ребенка не было, не вакцинирован т.к. имеет медицинские противопоказания. В семье еще есть 6-месячный ребенок, которому около месяца назад была сделана живая вакцина Сэбина.

Предполагаемый диагноз:

2

Детский церебральный паралич.

Полиомиелит, паралитическая форма.

Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма.

Миодистрофия Дюшена.

Паротитный менингоэнцефалит.

#

222

Типичным признаком развития паралитической формы полиомиелита является:

2

Расстройство чувствительности.

Расстройство двигательной функции в конечностях.

Атония.

Гиперкинезы.

Поражение черепных нервов.

#

223

Какие отделы ЦНС поражаются при полиомиелите:

1

Передние рога спинного мозга.

Задние рога спинного мозга.

Белое вещество спинного мозга.

Оболочки головного мозга.

Кора головного мозга.

#

224

Сколько дней больной полиомиелитом заразен для окружающих?

4

10 дней.

20 дней.

30 дней.

40 дней.

50 дней.

#

225

На следующий день после прививки АКДС+ОПВ ребёнок стал хромать. Появилось ограничение движений в ноге, снижение сухожильных рефлексов и чувствительности.

Предполагаемый диагноз:

4

Вакциноассоциированный полиомиелит.

Синдром Гийена – Барре.

Поствакцинальный энцефалит.

Травматическая невропатия.

Энцефалит.

#

226

Для полиомиелита с поражением ЦНС характерна температура:

4

Гектическая.

Кратковременная не более 3 дней.

Субфебрильная.

Двухволновая.

Гиперпиретическая.

#

227

Укажите правильное утверждение в отношении полиомиелита:

3

Распространен повсеместно.

Вызывается особым видом риккетсий.

По механизму передачи относится к кишечным инфекциям.

Протекает в форме колита.

Лечится препаратами тетрациклинового ряда.

#

228

Ребёнок 5 лет. Сведений о вакцинации против полиомиелита нет.

Как должна проводиться вакцинация в этом случае?

3

Не прививать.

Сделать 1 вакцинацию.

Сделать 3 прививки с интервалами 1,5 месяца, ревакцинировать в 14 лет.

Сделать 3 прививки с интервалами 1,5 месяца.

Прививать в декретированные сроки.

#

229

Дифференциальный диагноз менингеальной формы полиомиелита следует проводить с:

5

Паротитным менингитом.

Бактериальным серозным менингитом.

Гриппом, сопровождающийся нейротоксикозом.

Менингеальной формой клещевого энцефалита.

Со всем перечисленным.

#

230

При полиомиелите не поражаются органы:

3

ЖКТ.

Нервной системы.

Суставы.

Мышцы.

Верхние дыхательные пути.

#

231

Какой механизм заражения возможен при клещевом энцефалите?

4

Воздушно-капельный.

Контактно-бытовой.

Гемоконтактный.

Алиментарный.

Фекально-оральный.

#

232

Развитие эпилептических припадков характерно для следующей формы клещевого энцефалита:

2

Менингеальной.

Менингоэнцефалитической.

Полиомиелитическая.

Лихорадочной.

Полирадикулоневритическая.

#

233

Изменения в ликворе при лихорадочной форме клещевого энцефалита:

5

Высокий нейтрофильный плеоцитоз.

Высокий лимфоцитарный плеоцитоз.

Низкий нейтрофильный плеоцитоз.

Низкий лимфоцитарный плеоцитоз.

Изменения отсутствуют.

#

234

Вакцинация против клещевого энцефалита проводится:

4

Больным любой формой клещевого энцефалита до 7 дня болезни;

После удаления клеща;

Врачам инфекционистам в стационарах и поликлиниках;

Лицам, выезжающим на работу в природные очаги клещевого энцефалита;

Жителям эндемичных очагов клещевого энцефалита;

#

235

Наиболее частая клиническая форма клещевого энцефалита в Кыргызской республике:

1

Лихорадочная.
Менингоэнцефалитическая.
Менингеальная.
Полирадикулоневритическая.
Полимиелитическая.

#

236

Для клещевого энцефалита не характерны:

1

Симптомы поражения кишечника.
Менингоэнцефалитический синдром.
Повышение внутричерепного давления.
Вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса.
Лихорадка в начале заболевания.

#

237

Не относится к вторичным энцефалитам:

3

Коревой.
Ветряночный.
Клещевой.
Поствакцинальный.
Гриппозный.

#

238

В начальном периоде клещевого энцефалита не характерно наличие:

3

Высокой лихорадки.
Гиперемии лица и инъекции сосудов склер.
Пятнисто-папулезной сыпи на коже туловища.
Сильной головной боли.
Выраженной общей слабости.

#

239

Переносчиком и основным резервуаром вируса клещевого энцефалита являются:

4

Грызуны.
Птицы.
Млекопитающие.
Иксодовые клещи.
Блохи.

#

240

Резидуальные (остаточные) явления у пациентов, перенесших энцефалит, связаны:

2

С гидроцефалией и тяжёлыми ликвородинамическими расстройствами.
С тяжёлой двигательной и особенно интеллектуальной инвалидностью.
С тяжёлой психической инвалидностью.
С тяжёлыми деформациями опорно-двигательного аппарата.
С тяжёлыми расстройствами зрения и слуха.

#

241

Смерть при бешенстве наступает от паралича:

4

Тазовых органов.
Нижних конечностей.
Периферических нервов.
Сердца и дыхательного центра.
Глотательной мускулатуры.

#

242

Инкубационный период при бешенстве соотносится с:

2

Преморбидным фоном.
Локализацией, глубиной и обширностью укусов.
Первичным и вторичным иммунодефицитом.
Массой тела человека.
Видом животного.

#

243

С бешенством необходимо дифференцировать:

3

Бруцеллез.
Столбняком.
Отравления атропином и стрихнином.
Эпилепсию.
Гнойный менингит.

#

244

Самым ранним симптомом бешенства является:

5

Повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям.
Гиперестезия.
Нарушение сна.
Беспричинный страх.
«Симптом рубца»

#

245

К мероприятиям по борьбе с бешенством не относится:

3

Отлов бродячих животных.
Вакцинация домашних животных.
Массовое уничтожение диких животных, формирующих природные очаги бешенства.
Санитарно-просветительная работа среди населения.
Пероральная вакцинация диких животных.

#

246

Введение антирабической вакцины осуществляют:

1

Сразу после укуса, а также на 3, 7, 14, 30 и 90-й дни.
Сразу после укуса, однократно.
Сразу после укуса и повторно через 1 месяц.
Сразу после укуса, затем через 1 и через 3 месяца.
Сразу после укуса, а затем – согласно календарю профилактических прививок.

#

247

Для стадии возбуждения при бешенстве не характерны:

5

Гидрофобия.
Аэрофобия.
Фотофобия.
Акустикофобия.
Клаустрофобия.

#

248

Для менингоэнцефалита после антирабической вакцинации не характерно наличие:

4

Острого начала с высокой температурой.
Парезов глазодвигательных мышц
Спастических парезов и параличей.
Хореоатетоза.
Судорожного синдрома.

#

249

Выберите неправильное утверждение в отношении вируса бешенства:

4

Возбудителем бешенства является ДНК, содержащий вирус.
Различают «уличный вирус» бешенства и «фиксированный».
Вирус бешенства хорошо переносит низкие температуры.
Вирус бешенства не погибает при нагревании.
Вирус бешенства хорошо культивируется на культуре сирийских хомяков.

#

250

Основными источниками инфекции при бешенстве являются:

5

Собаки.

Лисы.

Волки.

Сельскохозяйственные животные.

Все перечисленные животные.

#

251

Инкубационный период кори имеет длительность:

3

От 2 часов до 2 дней;

5-7 дней;

9-21 дней;

21-25 дней;

До 45 дней.

#

252

Характер появления сыпи при кори:

4

Одномоментный;

Толчкообразный;

Мигрирующий;

Этапный;

Волнообразный.

#

253

Источником вируса краснухи может быть:

1

Человек;

Человек и домашние животные;

Членистоногие;

Человек и грызуны;

Комары

#

254

Больной приобретенной краснухой может быть заразным:

5

Последние 1-2 дня инкубационного периода до 5 дней с момента появления сыпи;

Последние 1-2 дня инкубационного периода до 1 дня с момента появления сыпи;

Последние 3 дня инкубационного периода до 3-х недель со дня появления сыпи;

С 1-го дня появления сыпи до 2-х недель;

За 1 неделю до появления сыпи до 3-х недель с момента высыпания

#

255

Возбудителем ветряной оспы является:

2

Herpes simplex;

Herpes zoster;

Cytomegalovirus;

Epstein Barre virus;

Adenovirus

#

256

Больной ветряной оспой заразен:

2

За неделю до появления высыпаний;
С последнего дня инкубационного периода до 4-5 дня со дня появления последнего элемента;
Три дня от начала заболевания;
С последнего дня инкубационного периода до 3-х дней высыпаний;
С первого дня высыпаний до 7 дней.

#

257

Источником инфекции при скарлатине является:

1

Больной стрептококковой инфекцией;
Носитель золотистого стафилококка;
Больной опоясывающим герпесом;
Носитель нетоксигенной коринобактерии;
Больной эритезмой;

#

258

Сыпь при скарлатине:

2

Везикулезная;
Мелкоточечная;
Пятнисто-папулезная;
Буллезная;
Розеолезная;

#

259

Возбудителем рожи является:

3

Менингококк;
Стафилококк;
Стрептококк;
Пневмококк;
Вирус.

#

260

Инкубационный период при роже составляет:

4

24 часа;
От нескольких часов до 3-5 дней;
7 дней;
От 11 до 21 дня;
От нескольких часов до 14 дней.

#

261

Пигментация сыпи при кори объясняется:

3

Развитием анергии;
Ломкостью капилляров;
Диapedезом эритроцитов в ПЖК;
Паралитической дилатацией прекапилляров;
Кровоизлияниями в ПЖК

#

262

С какими ОРВИ следует проводить дифференциальную диагностику кори в катаральный период?

5

Коронавирусной инфекцией;
Респираторно-синцитиальной инфекцией;
Парагриппозной инфекцией;
Риновирусной инфекцией;
Аденовирусной инфекцией.

#

263

Митигированная форма кори развивается:

3

у людей вакцинированных живой вакциной;
на фоне приема антибиотиков;
после введения противокорревого гаммаглобулина;
после длительной кортикостероидной терапии;
на фоне приема противовирусных препаратов;

#

264

Краснуха опасна для:

2

Новорожденных;
Беременных женщин;
Молодых женщин;
Пожилых людей;
Детей школьного возраста;

#

265

Для приобретенной краснухи характерно сочетание синдромов:

2

Интоксикации, ангины, экзантемы;
Интоксикации, экзантемы, полиаденопатии;
Интоксикации, экзантемы, поражения ЖКТ;
Интоксикации, гепатолиенального, экзантемы;
Интоксикации, экзантемы, поражения дыхательных путей.

#

266

При врожденной краснухе наименьшие цитодеструктивные изменения наблюдаются в тканях:

1

Желудочно-кишечного тракта;
Сердца;
Мозга;
Хрусталика глаза;
Внутреннего уха;

#

267

В какой структуре клетки реплицирует возбудитель ветряной оспы – *Varicella Zoster*:

1

В ядре;
В цитоплазме;
В митохондриях;
В эндоплазматическом ретикулуме;
В аппарате Гольджи.

#

268

Источником ветряной оспы не может быть:

5

Больной опоясывающим герпесом в период ремиссии;
Больной ветряной оспой;
Больной опоясывающим герпесом в период обострения;
Беременная с опоясывающим герпесом;
Больной лабиальным или генитальным герпесом.

#

269

Толчкообразность высыпаний при ветряной оспе это:

2

Сыпь появляется сверху-вниз;
Сыпь появляется на каждый подъем температуры;
Сыпь появляется снизу-вверх;
Сыпь появляется на волосистой части головы;
Сыпь появляется на ладонях и подошвах.

#

270

Сыпь при скарлатине связана со следующим звеном патогенеза:

3

Септическим;
Аллергическим;
Токсическим;
Аутоиммунным;
Некротическим.

#

271

Поздние осложнения скарлатины связаны со следующим звеном патогенеза:

2

Септическим;
Аллергическим;
Токсическим;
Аутоиммунным;
Некротическим.

#

272

После исчезновения сыпи при скарлатине, на коже появляется:

4

Пигментация;
Рубцевание;
Депигментация;
Шелушение;
Образованием корочек;

#

273

Причиной рецидивирующего течения рожи становится:

5

Токсинемия;
Иммунодефицитное состояние;
Формирование очага инфекционно-аллергического воспаления;
Лимфостаз;
Формирование L-форм возбудителя;

#

274

Повторная рожа развивается:

3

в течение 1 года на том же месте;
в течение 2 лет на том же месте;
через 2 года иной локализации;
через 2 года на том же месте;
через 1 год иной локализации.

#

275

Рецидивирующая рожа развивается после первичной:

2

через 3 года и более на том же месте;
в течение 2 лет на том же месте;
через 2 года иной локализации;
через 2 года на том же месте;
в течение 1 года иной локализации.

#

276

При кори антибиотики не назначаются:

1

детям 2-7 лет;
при бактериальных осложнениях;
детям до 2-х лет;
при развитии неотложных состояний;
детям до 6 месяцев.

#

277

У больного корью на 8 день от начала заболевания появились симптомы менингоэнцефалита, через сколько дней от начала сыпи можно перевести в неврологическое отделение?

2

3 дня;

5 дней;

7 дней;

10 дней;

2 недели.

#

278

Ребенок 4-х лет болен корью, на 7 день заболевания диагностирована деструктивная пневмония, пиопневмоторакс. Какие меры предпринимать нельзя?

1

переводить в хирургию;

вызвать хирурга;

торакоцентез;

усилить антибактериальную терапию;

дезинтоксикационную терапию.

#

279

В поликлинику на третий день болезни обратился учащийся лицея с жалобами на повышение температуры тела, головную боль, обильные выделения из носа, слезотечение. При объективном осмотре выявлены: ринит, конъюнктивит, гиперемия зева, миндалины не увеличены, налетов нет, на слизистой оболочке щек – белесоватые наложения, не снимающиеся шпателем, регионарные лимфоузлы не увеличены, со стороны сердечно-сосудистой, легочной и пищеварительной систем патологии не выявлено. Из анамнеза жизни – пациент не привитой по «религиозным соображениям». После объективного осмотра пациент с диагнозом «ОРВИ, стоматит» отпущен домой с лечебными рекомендациями. Какое заболевание не диагностировал доктор?

2

Аденовирусную инфекцию;

Корь;

Риновирусную инфекцию;

Скарлатину;

Дифтерию.

#

280

Больной М, 30 лет, осмотрен врачом, вызванным на дом, который при объективном осмотре выявил: ринит, конъюнктивит, гиперемию зева, на слизистой оболочке щек – белесоватые наложения, не снимающиеся шпателем. На основании патогномичного симптома врачом выставлен диагноз: Корь. Как называется этот симптом?

2

симптом Мурсу;

симптом Филатова-Коплика;

симптом Филатова;

симптом Падалки;

симптом Пастиа;

#

281

Женщина на 4-й неделе третьей беременности попала в контакт с больным краснухой. Ваши рекомендации?

3

сохранить беременность;

ввести гаммаглобулин;

сделать медицинский аборт;

наблюдать за развитием плода (УЗИ каждые 2 недели);

принимать противовирусные препараты;

#

282

При краснухе со стороны периферической крови выявляется:

2

лейкоцитоз;

лимфоцитоз, плазматические клетки;

лейкоцитоз с лимфоцитозом;

анемия;

лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары;

#

283

Семейный врач вызван к девочке 5 лет, у которой жалобы на слабость, першение в горле, сыпь на теле. Больна в течение 3-х дней. Дома ребенку по совету друзей проводили лечение ампициллином. Объективный осмотр выявил: субфебрильную температуру, гиперемию зева, болезненность затылочных и заднешейных лимфоузлов, мелко-пятнистую сыпь, которую заметили на второй день приема антибиотика. Из анамнеза – ребенок не привитой, аллергический анамнез – популяция «А». Ваш предварительный диагноз?

4

Скарлатина;
Аллергический дерматит;
Корь;
Краснуха;
Инфекционный мононуклеоз.

#

284

Больной с краснухой заразен от начала высыпания:

1

5 дней

7 дней

9 дней

14 дней

21 день

#

285

Специфической профилактикой краснухи является вакцинация живой аттенированной вакциной. После вакцинации какой период времени следует предохраняться от беременности?

2

1 месяц;

3 месяца;

6 месяцев;

1 год;

21 день.

#

286

В школе выявлен случай ветряной оспы. Какие мероприятия проводить не следует?

4

Изоляцию больного;
Разобщение и наблюдение за контактными, не болевшими ветряной оспой;
Изоляцию больных опоясывающим герпесом;
Заключительную дезинфекцию;
Введение иммуноглобулина.

#

287

Для ветряной оспы характерен:

1

Ложный полиморфизм сыпи;

Истинный полиморфизм сыпи;

Увеличение околушных слюнных желез;

Этапность высыпаний;

Мелкоточечный характер сыпи.

#

288

У ребенка 4-х лет, через 8 дней от начала появления везикулезной сыпи на фоне субфебрильной температуры, появилась сильная головная боль, тошнота, головокружение, шаткая походка. О какой патологии следует думать?

3

О коревом энцефалите;

О менингококковом энцефалите;

О ветряночном энцефалите;

О краснушном энцефалите;

О клещевом энцефалите.

#

289

Этиотропным препаратом лечения ветряной оспы является:

2

Ремантадин;
Ацикловир;
Фамотидин;
Интерферон;
Озельтамивир.

#

290

Головокружение, шаткая походка, атаксия чаще бывает при энцефалите следующей этиологии:

2

коревом;
ветряночном;
краснушном;
поствакцинальном;
герпетическом;

#

291

При скарлатине обязательной госпитализации подлежат:

4

все дети до 5 лет;
пожилые люди;
больные с аллергическим анамнезом;
дети из учреждений с круглосуточным пребыванием;
взрослые с тяжелой формой.

#

292

Аллергическим осложнением скарлатины является:

5

Отит;
Синусит;
Нефроз;
Лимфаденит;
Артрит.

#

293

В поликлинику обратился ребенок 4 лет с сыпью по всему телу, мелкоточечного характера на гиперемизированном фоне кожи, болями в горле, температурой. При осмотре отмечается сгущение сыпи в естественных складках, яркая гиперемия зева, гипертрофия миндалин, обложенность языка по спинке, по краям язык «сосочковый» свободный от налета. Ваш диагноз?

5

Ангина;
Аллергический дерматит;
Парвовирусная инфекция;
Псевдотуберкулез;
Скарлатина

#

294

Патогномичный симптом скарлатины:

1

Симптом Пастиа;
Симптом Мурсеу;
Симптом Филатова-Коплика;
Симптом «Пощечины»;
Симптом Филиповича.

#

295

Какой симптомокомплекс типичен для скарлатины?

4

Температура, сыпь, диарея;
Температура, сыпь, катаральные явления с экссудативным компонентом;
Температура, сыпь, гепатоспленомегалия;
Температура, сыпь, ангина;
Температура, сыпь, менингеальные знаки;

#

296

В терапевтическое отделение обратилась женщина с жалобами на лихорадку, боли в мышцах, тошноту, рвоту, боль в правой половине лица. При осмотре выявлены гиперемия кожи щеки, с неровными краями, но четко очерченными границами, резко болезненная при пальпации, отек щеки распространяющийся на глаз и ухо. Ваш предварительный диагноз?

5

Флегмона;
Опоясывающий лишай;
Сибирская язва;
Эризипелоид;
Рожа.

#

297

Отличительным клиническим признаком рожи от флегмоны является:

4

Эритема с отеком;
Лихорадка;
Болезненность;
Четкие границы эритемы;
Воспалительный характер крови.

#

208

Антибиотиком выбора при лечении первичной рожи в условиях стационара является:

4

Цефалоспорин I поколения;
Цефалоспорин III поколения;
Цефалоспорин II поколения;
Бензилпенициллин;
Макролид.

#

299

Длительность антибактериальной терапии первичной рожи составляет:

3

5 дней;
7 дней;
10 дней;
14 дней;
Не менее 2 дней после нормализации температуры.

#

300

Антибиотиком выбора при лечении рецидивирующей рожи в условиях стационара является:

1

Цефалоспорин I поколения;
Цефалоспорин III поколения;
Аминогликозид;
Бензилпенициллин;
Макролид.

#

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ

1.

Кто для установления профессионального заболевания составляет санитарно-гигиеническую характеристику?

5

администрация предприятия
начальник цеха
инспектор по технике безопасности
главный врач МЧС
врач СЭС

#

2.

Кто должен расследовать случаи острых профессиональных интоксикаций?

5

администрация предприятия
цеховой врач

инспектор по технике безопасности
главный врач МЧС
врач СЭС

#

3.

Кто должен расследовать случаи хронических профессиональных заболеваний?

5

администрация предприятия
начальник цеха
инспектор по технике безопасности
главный врач МЧС
врач СЭС

#

4.

Какие формы профессиональных заболеваний являются наиболее распространенными?

1

вибрационная болезнь
профессиональная бронхиальная астма
хронический бериллиоз
болезни опорно-двигательного аппарата
аллергические заболевания

#

5.

Какие жалобы наиболее часто встречаются у больных неосложненным силикозом?

2

кашель с мокротой
кашель сухой
кровохарканье
затрудненное дыхание
повышение температуры

#

6.

Какие из указанных факторов способствуют более раннему развитию и более тяжелому течению пневмокониозов?

4

повышенная влажность воздуха
интенсивный шум
низкая температура воздуха
физико-химические свойства пыли
низкая влажность воздуха

#

7.

В какие сроки должны расследоваться случаи острых профессиональных интоксикаций?

1

1 сутки
3 суток
1 неделя
10 дней
1 месяц

#

8.

В какие сроки должны расследоваться случаи хронических профессиональных интоксикаций?

3

1 сутки
3 суток
7 дней
10 дней
30 дней

#

9.

Какие осложнения наиболее часто наблюдаются при силикозе?

1

туберкулез

бронхоэктазы
рак легкого
спонтанный пневмоторакс
инфаркт легких

#

10.

Какие рентгенологические признаки характерны для пневмокониозов?

3

«сотовое легкое»

выпот в плевральную полость

узелковая диссеминация

очаговые поражения легких

диффузная эмфизема

#

11.

Наиболее распространенным и тяжелым заболеванием среди пневмокониозов является:

4

асбестоз

бериллиоз

антракоз

силикоз

сидероз

#

12.

При вдыхании каких производственных пылевых частиц наиболее часто развивается пылевой бронхит?

1

каменного угля

алюминия

железа

диоксида кремния

свинца

#

13.

Какие формы острых поражений легких наблюдаются при воздействии веществ, обладающих раздражающим действием?

5

плеврит

гранулематоз

инфаркт легкого

эмфизема легких

бронхо-бронхиолит

#

14.

Какие формы поражений легких наблюдаются у работников птицеферм?

5

пневмокониоз

гранулематоз легких

инфаркт легкого

рак легкого

бронхиальная астма

#

15.

Какие синдромы наиболее характерны для вибрационной болезни?

1

вегетативный полиневрит

миастенический

цереброкардиальный

суставной

миалгии

#

16.

Какие клинические признаки редко встречаются при хронической интоксикации бензолом?

5

выраженная лейкопения
тромбоцитопения
анемия
повышение СОЭ
лейкоцитоз
#

17.

Укажите символы, характеризующие узелковую форму пневмокониозов?

2

«s»

«q»

«t»

«u»

«C»

#

18.

Какие формы анемий наблюдаются при хронической интоксикации бензолом?

5

железодефицитная
гемолитическая
постгеморрагическая
В₁₂ дефицитная
апластическая

#

19.

Какие синдромы поражения нервной системы наблюдаются при хронической интоксикации бензолом?

4

диэнцефальный
гиперкинетический
миастенический
энцефалопатия
паркинсонизм

#

20.

Поражение каких органов и систем наблюдается при острой интоксикации бензолом?

5

Дыхательной
пищеварительной
эндокринной
сердечно-сосудистой
нервной

#

21.

В каких органах и системах депонируется свинец?

3

легкие
нервная система
печень
селезенка
сердечно-сосудистая

#

22.

Укажите патогенез анемий при свинцовой интоксикации?

5

кровопотери
недостаток железа в организме
угнетение функции кроветворения
дефицит витамина В₁₂
нарушение синтеза порфиринов

#

23.

Какие из перечисленных признаков характерны для поражения системы крови при свинцовой интоксикации?

1

ретикулоцитоз
тромбоцитопения
лейкоцитоз
снижение железа в сыворотке крови
появление в эритроцитах телец Гейнца

#

24.

Какие неврологические синдромы могут наблюдаться при свинцовой интоксикации?

3

вертебрально-базиллярная недостаточность
периферическая полиневропатия
экстрапирамидальный гиперкинез
ангиоспастический
ангиодистонический

#

25.

Какие из указанных препаратов наиболее эффективны для лечения больных со свинцовой интоксикацией?

4

атропин
Д-пеницилламин
рибоксин
тетрацилин-кальция
метронидазол

#

26.

Какие синдромы наблюдаются при хронической ртутной интоксикации?

1

энцефалопатия
бронхообструктивный
артралгии
мочевой
кашлевой

#

27.

Какое утверждение ложное в отношении клиники хронической ртутной интоксикации?

5

гингивит
дрожание конечностей
раздражительность
наличие ртути в моче и кале
нарушение синтеза порфиринов

#

28.

Какие из перечисленных препаратов относятся к комплексонам?

4

хлорохин
рибоксин
милдронат
пентацин
делагил

#

29.

Какие из указанных веществ могут вызывать поражение почек?

4

марганец
железа
мышьяк
свинец
бензол

#

30.

Какая из систем редко поражается при интоксикации хлорорганическими соединениями?

4

дыхательная
нервная
сердечно-сосудистая
эндокринная
пищеварительная

#

31.

Какой диапазон частот является опасным для развития вибрационной болезни?

5

1 – 15 Гц

5 – 13 Гц

10 – 15 Гц

10 – 20 Гц

16 – 25 Гц

#

32.

Какие жалобы предъявляют больные хроническим бериллиозом?

4

отделение большого количества мокроты

светобоязнь

сухость во рту

одышка

нарушение походки

#

33.

Какие осложнения наиболее характерны для бериллиоза?

3

пневмония

легочное сердце

туберкулез легких

бронхит

ателектаз легкого

#

34.

Какие лечебные мероприятия противопоказаны при токсическом отеке легких?

2

оксигенотерапия

лечебная бронхоскопия

дегидратация

внутривенное введение диуретиков

противовспенивающие средства

#

35.

К какой форме заболевания легких по клинической и морфологической картине относится «легкое фермера»?

1

экзогенный аллергический альвеолит

пневмокониоз

альвеолярный протеиноз

идиопатический фиброзирующий альвеолит

бронхит

#

36.

Какие клинические признаки типичны для свинцовой колики?

1

длительные запоры, не поддающиеся лечению

увеличение локтевых лимфатических узлов

диарея

положительный симптом Щеткина-Блюмберга

понижение артериального давления

#

37.

Какие формы острых поражений легких наблюдаются при воздействии веществ, обладающих раздражающим действием?

5

плеврит
гранулематоз
инфаркт легкого
эмфизема легких
бронхо-бронхиолит

#

38.

Какие из перечисленных препаратов относятся к антидотам?

1

димеркаптопропансульфонат натрия (унитиол)
клемастин (тавегил)
хлорохин
индометацин
глюкоза

#

39.

Какие из перечисленных симптомов редко встречаются при остром отравлении хлором?

5

резь в глазах
слезотечение
сухость и жжение в носу и глотке
кашель
мышечные подергивания

#

40.

При каком виде пневмокониоза наиболее часто наблюдается развитие бронхоэктазов?

3

силикозе
антракозе
асбестозе
сидерозе
бериллиозе

#

41.

Укажите симптомы, наблюдающиеся при хронической интоксикации хлорорганическими (ХОС) соединениями:

5

снижение памяти
эритроцитоз
зрительные галлюцинации
нарушение походки
протеинурия

#

42.

Какие препараты показаны для лечения интоксикаций ртутьорганическими пестицидами?

1

димеркаптопропансульфонат натрия
атропин
эфедрин
гексобарбитал
лобелин

#

43.

Какие лекарственные средства используют для лечения больных неосложненным силикозом?

4

бронхолитики
антибиотики
отхаркивающие
щелочные ингаляции
диуретики

#

44.

Какие симптомы типичны для бериллиоза?

1

нарушение диффузионной способности легких на ранних стадиях болезни

иридоциклит

увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов

гепатомегалия

спленомегалия, гиперспленизм

#

45.

Какие симптомы типичны для клинической картины «легкое фермера»?

1

нарушение диффузионной способности легких на ранних стадиях болезни

иридоциклит

увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов

нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу

бледность кожных покровов

#

46.

Какие из указанных веществ обуславливают развитие профессиональной бронхиальной астмы?

2

графит

хром

окислы азота

соляная кислота

диоксид кремния

#

47.

Какие осложнения наиболее характерны для асбестоза?

3

пневмония

плеврит

рак легкого

инфаркт легкого

туберкулез

#

48.

Какое заболевание развивается от пыли зерна:

3

силикатоз

бериллиоз

«Легкое фермера»

«Легкое голубевода»

«Легкое виноградаря»

#

49.

Какой вид пыли приводит к развитию гиперчувствительного пневмонита:

5

кварцсодержащая

угольно-породная

цементная

органическая

пыль асбеста

#

50.

Для силикотуберкулеза характерно:

2

острое начало

высокая чувствительность к туберкулиновым пробам

исход в выздоровление

редкость бацилловыделения

редкость кровохарканья

#

51.

Синдром Эразмуса – это сочетание силикоза и:

4

дерматомиозита
системной красной волчанки
ревматоидного артрита
склеродермии
синдрома Гудпасчера

#

52.

При какой форме пневмокониозов следует назначать кортикостероиды:

2

силикоз
бериллиоз
сидероз
пневмокониоз электросварщиков
антракоз

#

53.

Механизмы патогенеза пылевого бронхита:

1

дискинезия бронхиального дерева
активация гликолитических дегидрогеназ
усиление генерации активных форм кислорода
аллергическая реакция немедленного типа
гибель альвеолярных макрофагов

#

54.

При силикотуберкулезе наиболее часто встречаемая форма туберкулеза:

4

диссеминированная
инфильтративная
фиброзно-кавернозная
очаговая
силикотуберкулезный бронхоаденит

#

55.

Интерстициальная форма силикоза рентгенологически характеризуется:

1

неправильной формы линейными затемнениями шириной 1,5-3 мм
неправильной формы затемнениями от 3 до 10 мм в диаметре
округлыми затемнениями от 1,5 до 3 мм в диаметре
мелкими округлыми затемнениями размером до 1,5 мм
округлой формы затемнения с четкими контурами

#

56.

Работники, какой профессии подвергаются действию общей вибрации?

1

трактористы
наждачники
проходчики
обрубщики
шлифовщики

#

57.

Какой синдром характеризует начальные проявления вибрационной болезни?

2

миастенический
ангиодистонический
диэнцефальный
полирадикулоневропатии
вегетомиофасцита

#

58.

К пневмокониозам, развивающиеся от воздействия аэрозолей токсико-аллергенного действия относят:

2

антракоз
бериллиоз
асбестоз
сидероз
силикоз

#

59.

Метод определения вибрационной чувствительности:

4

капилляроскопия
динамометрия
холодовая проба
паллестезиометрия
электромиография

#

60.

К пневмокониозам, развивающиеся от воздействия слабофиброгенной пыли относят:

5

силикосиликатоз
силикосидероз
силикоз
антракосиликоз
асбестоз

#

61.

Для периартрита плечевого сустава характерно затруднение:

1

закладывания руки за спину
движения руки вперед
движения руки назад
пронации предплечья
супинации предплечья

#

62.

Рентгенологическая картина эпикондилита плеча включает:

2

костные разрастания по краю суставных поверхностей
параоссальные обызвествления у надмышелков
деструкция бугорка плечевой кости
значительное утолщение мягких тканей
асептический некроз плечевой кости

#

63.

К пневмокониозам, развивающиеся от воздействия высоко- и умереннофиброгенной пыли относят:

1

силикосидероз
антракоз
пневмокониоз электросварщиков
асбестоз
легкое фермера

#

64.

Какие изменения в крови наблюдаются при хронической интоксикации цианидами?

1

снижение содержания гемоглобина
тромбоцитопения
лейкопения
моноцитоз
эритроцитоз

#

65.

Какие изменения в крови наблюдаются при хронической интоксикации цианидами?

5

снижение содержания гемоглобина

тромбоцитопения

лейкопения

моноцитоз

эритроцитоз

#

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

1.

Сахарный диабет 2 типа характеризуется:

1

Инсулинорезистентностью

Выработкой аутоантител к инсулину

Поздним выявлением макро- и микроангиопатий

Абсолютной недостаточностью инсулина

Ожирением

#

2.

Препаратами выбора для лечения диабетической нефропатии являются:

1

Ингибиторы АПФ

Актовегин

Агонисты имидазолиновых рецепторов

Агонисты кальция

Витамины группы В

#

3.

К развитию гипогликемии может приводить:

2

Сахароснижающие препараты, в частности, группа Бигуаниды

Передозировка инсулина

Не достаточное введение инсулина

Незапланированный прием пищи

глюкагонома

#

4.

При сомнительных показателях уровня гликемии для подтверждения диагноза целесообразно использовать:

3

Исследование глюкозы в моче

Исследование в глюкозы в ночное время

Оральный глюкозотолерантный тест

Исследование глюкозы в спинномозговой жидкости

Исследование С-пептида

#

5.

Усиленная гиперпигментация кожи отмечается при гипофункции:

4

Щитовидной железы

Гипофиза

Половых желез

Коры надпочечников

Почек

#

6.

Симптомы гипогликемии:

4

Жажда, сухость во рту

Потливость, тошнота

Чувство голода, рвота

Дрожь, похливание, чувство голода

Одышка, цианоз

#

7.

Для гипотиреоза характерно появление;

2

Экзофтальм

Пастозность лица

Субфебрильной температуры тела

Похудание

Помутнение хрусталика

#

8.

При подозрении на синдром хронической надпочечниковой недостаточности показано:

1

Определение кортизола в суточной моче

Определение уровня кальция

Определение уровня адреналина

Определение меланостимулирующего гормона

Определение глюкозы в крови

#

9.

Ожирение является фактором риска:

1

Сахарного диабета 2 типа

Синдрома Иценко-Кушинга

Артриты

Гипертиреоза

Легочной заболевании

#

10.

В состав коры надпочечников не входит:

4

Клубочковая зона

Пучковая зона

Сетчатая зона

Мозговой слой

Фолликулярные клетки

#

11.

Зобом является:

4

Хорошо пальпируемая щитовидная железа

Заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции

Заболевание щитовидной железы, осложнившееся компрессией трахеи

Увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин

Пальпируемое узловое образование щитовидной железы

#

12.

Нормальный размер каждой доли щитовидной железы не превышает размер:

2

большого пальца кисти

концевой фаланги большого пальца кисти

указательного пальца

концевой фаланги указательного пальца

Мизинца

#

13.

У больной после тиреоидэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение у больной?

4

Гипотиреоз

Тиреотоксический криз

Травма гортанных нервов

Гипопаратиреоз

Остаточные явления тиреотоксикоза

#

14.

Лечение пролиферативной диабетической ретинопатии подразумевает:

2

Компенсация жирового обмена

Лазерная коагуляция

Бигуаниды

Тиреостатиками

Снижение веса

#

15.

Постпрандиальная гликемия означает:

3

Гликемию после 12 часов голодания

Среднесуточный уровень гликемии

Гликемию через 2 часа после еды

Усредненный уровень гликемии за 1 месяц

Гликемию после физической нагрузки

#

16.

Укажите значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:

5

Менее 5,6 ммоль/л

6,7 ммоль/л

9,5 ммоль/л

10,1 ммоль/л

11,3 ммоль/л

#

17.

Неоваскуляризация области диска зрительного нерва характерна для:

1

Пролиферативной ретинопатии

Препролиферативной ретинопатии

Непролиферативной ретинопатии

Любой стадии ретинопатии

Препролиферативной или непролиферативной стадии ретинопатии

#

18.

Сахарный диабет может выявляться при следующих эндокринопатиях:

2

Гипотиреоз

Болезни Иценко-Кушинга

Синдром пустого турецкого седла

Синдром Шихана

гиперпролактинемия

#

19.

Гестационный диабет — это:

3

Сахарный диабет 1 типа, возникающий после беременности

Сахарный диабет 2 типа, возникающий после беременности

Сахарный диабет, впервые возникший во время беременности

Сахарный диабет 1 и 2 типа, возникший непосредственно перед беременностью

Осложненный сахарный диабет

#

20.

Абдоминальное ожирение считается:

1

Объем талии у женщин более 80 см, у мужчин более 94 см

Объем талии у женщин менее 80 см, у мужчин менее 94 см

Объем талии у женщин более 60 см, у мужчин более 70 см

Объем талии у женщин более 100 см, у мужчин более 110 см

Объем талии у женщин более 110см, у мужчин более 120см

#

21.

Что характерно для болезни Иценко-Кушинга?

2

Снижение веса

Лунообразное лицо

Артериальная гипотония

Гиперпролактинемия

Гипогликемия

#

22.

Какое изменение возникает в дыхательной системе при акромегалии наиболее часто?

2

Обструкция бронхов

Апноэ во время сна

Нарколепсия

Нарушение сна

Бессонница

#

23.

При каком заболевании может развиться артериальная гипертензия?

2

Болезни Аддисона

Акромегалии

Несахарном диабете

Гипотиреозе

Вторичной надпочечниковой недостаточности

#

24.

Сахарный диабет 1 типа характеризуется наличием:

4

Инсулинорезистентности

Нарушения первой фазы секреции инсулина

Раннего выявления макро- микро- ангиопатий

Абсолютной недостаточности инсулина

Ожирения

#

25.

К факторам риска синдрома диабетической стопы относится:

3

Правильный уход за ногами

Нормальный уровень веса

Гиперкератоз, мозоли, бурситы больших пальцев

Широкая, удобная обувь

Низкий уровень глюкозы крови

#

26.

Уровень ТТГ в сыворотки крови при болезни Грейвса:

5

Высокий

Нормальный

Не изменен

Диагностического значения не имеет

Низкий

#

27.

Уровень ТТГ в сыворотки крови при первичном гипотиреозе:

1

Высокий

Нормальный

Не изменен

Диагностического значения не имеет

Низкий

#

28.

На приём к эндокринологу пришел пациент. При подсчёте ИМТ оказался 29,8 кг/м². Определите степень нарушения жирового обмена?

1

избыточная масса тела

ожирение II степени

ожирение III степени

ожирение I степени

нарушения жирового обмена нет – нормальная масса тела

#

29.

Если у больного сахарным диабетом I типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует:

5

Отменить инсулин

Применить пероральные сахароснижающие средства

Уменьшить суточную дозу инсулина

Уменьшить содержание углеводов в пище

Увеличить получаемую суточную дозу инсулина

#

30.

К осложнениям инсулинотерапии относят:

2

Диабетическую ретинопатию

Инсулиновые отеки

Диабетическая нефропатия

Гипергликемии

Диабетическая полинейропатия

#

31.

Для диабетического кетоацидоза характерно:

4

Тремор рук

Гипергидроза

Повышенный аппетит

Раздражительность

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе

#

32.

Какой препарат уменьшает инсулинорезистентность при сахарном диабете:

3

Глибенкламид

Акарбоза

Метформин

Глюренорм

Гликлазид

#

33.

Рекомендуемые дозы йода для ежедневного потребления у взрослых:

3

120 мкг/сут

250 мкг/сут

150 мкг/сут

90 мкг/сут

50 мкг/сут

#

34.

Субклинический гипотиреоз характеризуется:

3

Наличие зоба

Повышенным уровнем Т₃, Т₄

Повышенным уровнем ТТГ, при нормальном значении Т3 и Т4

Повышением ТТГ, Т3, Т4

Снижением ТТГ, Т3, Т4

#

35.

Основные лабораторно-диагностические критерии синдрома тиреотоксикоза:

4

Снижение Т3, повышение Т4

Повышение ТТГ

Снижение ТТГ, Т3, Т4

Снижение ТТГ, повышение Т3, Т4

Повышение ТТГ, снижение Т3, Т4

#

36.

Кортизол синтезируется:

3

В сетчатой зоне коры надпочечников

В клубочковой зоне коры надпочечников

В пучковой зоне коры надпочечников

В мозговом слое надпочечников

В печени

#

37.

Основные клинические признаки острой надпочечниковой недостаточности:

1

Боли в животе, диарея, гипотония

Артериальная гипертензия, ожирение

Полиурия, полидипсия

Тремор, судороги

Гипергликемия, гиперкетонемия

#

38.

Какое исследование нужно провести в первую очередь при гиперпаратиреозе:

4

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Глюкозы крови

Уровень кальция и фосфора в крови

Уровень калия и натрия в крови

#

39.

Какой из перечисленных клинических признаков характерен для первичной надпочечниковой недостаточности?

1

Наклонность к соленой пище

Избыточный вес

Сухость кожи и слизистых

Гипертония

Стрии

#

40.

Укажите причину, приводящую к развитию вторичного гипотиреоза:

4

Струмэктомия

Наследственные дефекты в биосинтезе тиреоидных гормонов

Аутоиммунный процесс

Хромофобная аденома гипофиза

Гипоплазия и аплазия щитовидной железы

#

41.

Чем сопровождается болезнь Иценко-Кушинга:

1

Гиперфункцией коры надпочечников

Гипофункцией коры надпочечников
Дефицит катехоламинов
Гиперпродукция катехоламинов
Гиперпродукция гормонов щитовидной железы

#

42.

Основные симптомы феохромоцитомы:

1

Артериальная гипертензия
Гиперпигментация
Гипогликемия
Кахексия
Гипертрихоз

#

43.

С дефицитом какого гормона связано развитие несахарного диабета:

3

АКТГ

ЛГ

Вазопрессин

Пролактин

ТТГ

#

44.

Каковы наиболее характерные изменения при акромегалии:

3

Уменьшение кистей рук, стоп
Увеличение веса, ожирение
Увеличение носа, языка, нижней челюсти
Снижение глюкозы крови
Изменение походки

#

45.

Основные клинические признаки тиреотоксикоза:

2

сухость кожных покровов, сонливость
похудание, слабость, тахикардия, гипергидроз
снижение памяти, выпадение волос
гиперпигментация кожи, появление стрий
судороги, потливость

#

46.

Гипопитуитаризм – это нарушение функции какого органа:

5

Печени

Гипоталамуса

Почки

Сердечно сосудистой системы

Гипофиза

#

47.

Какие гормоны депонируются в нейрогипофизе:

1

Вазопрессин, окситоцин

Пролактин, ФСГ

ТТГ, СТГ

ЛГ, ФСГ

АКТГ, тестостерон

#

48.

Какой из нижеперечисленных симптомов является общим для болезни Аддисона и болезни Иценко-Кушинга

3

Стрии на коже
Ортостатическая гипотония
Гиперпигментация кожи
Аменорея
Гипогликемия

#

49.

Нарушения сердечнососудистой системы при болезни Грейвса проявляются в виде:

1

постоянной тахикардии, артериальной гипертензии
ортостатической гипотонии
сердечной астмы
брадикардии
кардиогенного шока

#

50.

Эндемический зоб может протекать с явлениями:

1

гипотиреоза
тиреотоксикоза
гипокортицизма
гипогонадизма
гипопитуитаризма

#

51.

Какой из патологических процессов лежит в основе патогенеза болезни Грейвса:

4

Повышена выработка тиреодблокирующих антител
Лимфоидная инфильтрация
Повышение ТТГ
Повышенная выработка тиреостимулирующих антител
Повышение антител к ТПО

#

52.

К проявлениям диабетической микроангиопатии относится

1

ретинопатия
поражение магистральных сосудов конечностей
поражение церебральных сосудов
поражение коронарных сосудов
ишемический болезнь сердца

#

53.

При проведении орального глюкозотолерантного теста получены результаты глюкозы в цельной крови натощак 5,0 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,1 ммоль/л. Ваш диагноз:

1

Норма
Нарушение толерантности к глюкозе
Нарушение гликемии натощак
Сахарный диабет
Гипогликемия

#

54.

Какие из перечисленных утверждений типичны для сахарного диабета 1 типа?

1

Молодой возраст во время клинической манифестации
У большей части больных отягощен наследственный анамнез
Наличие инсулинорезистентности
Хронические осложнения в момент манифестации
Асимптомное течение

#

55.

Что необходимо назначить если у человека с ожирением выявлен сахарный

диабет 2 типа?

2

Изменение образа жизни

Изменение образа жизни + метформин

Изменение образа жизни + препараты сульфаниламиды

Инсулинотерапия

Гликозаминогликаны

#

56.

Универсальным базовым способом профилактики йоддефицитных заболеваний в настоящее время является:

2

Йодирование хлеба

Йодирование соли

Йодирование масла

Йодирование чая

Йодирование воды

#

57.

Отличие акромегалии от гигантизма в том, что:

1

При гигантизме увеличение линейного роста до закрытия зон роста, а при акромегалии изменение черт лица и дистальных отделов конечностей

При акромегалии не развивается ночное апноэ

Только при акромегалии встречается увеличение внутренних органов

При акромегалии встречается гипергликемия

Гигантизм развивается у взрослых

#

58.

При вторичном гипотиреозе в крови обнаруживается:

4

Повышенный уровень ТТГ, пониженный Т4

Нормальный уровень ТТГ, пониженный Т3

Исследование ТТГ не имеет диагностической важности

Пониженный уровень ТТГ, пониженный Т4 и Т3

ТТГ нормальный, Т4 нормальный

#

59.

В фолликулярных клетках щитовидной железы синтезируется:

1

Тироксин и трийодтиронин

Тиреотропный гормон

Кальцитонин

Глюкагон

Кортизол

#

60.

Болезнь Грейвса характеризуется:

2

Снижение температуры тела

Похуданием, повышенным аппетитом

Сонливость

Брадикардия

Плотными отеками кожи

#

61.

Контринсулярный гормон глюкагон вырабатывается:

2

В бета –клетках островков Лангерганса

В альфа- клетках островков Лангерганса

В гипофизе

В надпочечниках

В печени и в почках

#

62.

C-пептид является:

3

Маркером компенсации сахарного диабета

Контринсулярным гормоном

Показателем секреции инсулина

Маркером сахарного диабета 2 типа

Показателем активности воспалительного процесса

#

63.

Клиническая симптоматика при недостаточной продукции вазопрессина включает:

5

отеки, гипертония

нарастание массы тела

гипотония, гиперпигментация

рвота, диарея

полиурия, полидипия

#

64.

Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

1

Эндемический зоб

Спорадический зоб

Распространенный зоб

Струмит де Кервена

Диффузный токсический зоб

#

65.

Стимуляторы секреции инсулина:

3

Гиперсекреция СТГ

Гиперсекреция кортизола

Глюкоза

Адреналин

Гиперсекреция гормона гипоталамуса

#

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

1

Какой из методов диагностики относится к ионизирующим методам

4

УЗИ

Термография

Эндоскопия

КТ

Бронхография

#

2

Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является?

4

остеопороз костей черепа

остеосклероз костей черепа

повышение пневматизации основной пазухи

увеличение размеров турецкого седла

уменьшение размеров турецкого седла

#

3

Когда были открыты рентгеновские лучи:

1

1895

1812

1917

1927

1985

#

4

Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:

4

мышечная

миокард

эпителиальная ткань

кроветворная ткань

костная ткань

#

5

В чем заключается методика усиления при компьютерной томографии:

1

в введении контрастного вещества

в повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения

получение изображения очень тонких слое объекта

в ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг исследуемого объекта

увеличение размеров рентгенограммы

#

6

Наименьшее автономная единица легкого:

1

ацинус

субдолька

долька

сегмент

доля

#

7

Методы, позволяющие определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы почек:

3

изотопная ренография и сканирование почек

обзорная рентгенография органов брюшной полости

экскреторная урография и УЗИ

определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции

данные анализов мочи

#

8

Наиболее характерный рентгенологический признак хронического остеомиелита:

1

секвестры

остеопороз

остеосклероз

периостальные наслоения

гиперостоз

#

9

Рентгеновская суставная щель дает на рентгенограмме:

1

полосу просветления

полосу затемнения

не дифференцируется

4 участок остеосклероза

5 участок остеопороза

#

10

Какой тип периостита характерен для остеосаркомы?

3

линейный

слоистый

игльчатый

бахромчатый

уплотнение надкостницы

#

11

Основными рентгенологическими признаками перелома являются:

1

линия перелома
изменение контура кортикального слоя
деформация кости
деструкция кости
уплотнение мягких тканей

#

12

При пневмотораксе в месте скопления воздуха наблюдается:

3

обеднение сосудистого рисунка
усиление сосудистого рисунка
отсутствие сосудистого рисунка
усиление прозрачности легочного поля
ослабление прозрачности легочного поля

#

13

Рентгенологическое исследование легких требует получения рентгенограмм в следующих проекциях:

3

боковой
задней
передней, правой или левой боковой
косой
латероскопия

#

14

Рентгенологический симптом "серпа" (скопление воздуха под диафрагмой) наблюдается при:

2

непроходимости кишечника
прободении полого органа
перитоните
язвенном колите
дивертикулезе

#

15

Какой вид приобретает верхняя граница жидкости при гидротораксе?

2

горизонтальный
косой
прерывистый
вертикальный
волнистый

#

16

Легочный рисунок на рентгенограмме является отражением:

1

кровеносных сосудов
лимфатических сосудов
бронхиол
ацинуса
интерстиции

#

17

Солитираная полость в легком без уровня жидкости это:

4

распад в воспалительном инфильтрате
ограниченный участок пневмоторакса
ограниченная буллезная эмфизема
туберкулёзная каверна

периферический рак

#

18

Симптом "дефект наполнения" на рельефе желудка наблюдается при:

1

опухолях

инородных телах

язвенной болезни

гастрите

стенозе

#

19

Симптом "ниши" на контуре или на рельефе слизистой оболочки желудка отражает:

2

продуктивный процесс

изъязвление в стенке органа

полип

рак

гастрит

#

20

При крупозной пневмонии интенсивность тени соответствует:

3

малой интенсивности

средней интенсивности

интенсивности тени печени

неоднородной интенсивности с плотными включениями

костной интенсивности

#

21

Смещение трахеи возможно при:

1

опухолях средостения

лимфадените

пневмонии

бронхите

вирусной инфекции

#

22

При экссудативном плеврите тень средостения расположена:

4

центрально

смещено в сторону поражения

смещено вверх

смещено в здоровую сторону

смещено вверх

#

23

При вирусной инфекции легочной рисунок:

1

усиливается

отсутствует

деформируется

выражен за счет интерстициального компонента

имеет вид линий Керли

#

24

Для изучения структуры новообразований в легких наиболее целесообразно:

4

рентгеноскопия

флюорография

рентгеноскопия и рентгенография

КТ легких

МРТ

#

25

При определении величины суммарной поглощенной дозы в опухоли учитывают:

1

гистологическое строение опухоли
пол больного
наличие или отсутствие метастазов
локализацию опухоли
длительность заболевания

#

26

Для язвы желудка характерным симптомом при рентгеноскопии является:

4

гипертрофия слизистой желудка
атрофия слизистой
дефект наполнения
симптом «Ниши»
стеноз пилорического отдела

#

27

Для диагностики рака толстой кишки наиболее информативным является метод:

4

рентгеноскопия желудка
рентгенография кишечника через 24 часа
термография
ирригоскопия
УЗИ

#

28

К дегенеративно дистрофическим заболеваниям костно-суставной системы относятся:

4

артрит
остеомиелит
остеодистрофия
остеохондроз, артроз
остеома

#

29

Реакция периоста при остеосаркоме

4

линейный периостит
кружевной периостит
луковичный периостит
спикульный (игольчатый) периостит
бахромчатый периостит

#

30

Конфигурация сердечной тени при миокардите:

4

аортальная
митральная
трапецивидная
шаровидная
не изменена

#

31

Что происходит при эмфиземе легких с легочным рисунком

2

1. усиливается
2. обедняется

3. деформируется
4. исчезает
5. ослабляется

#

32

Какой метод позволяет наиболее точно оценить функциональное состояние поджелудочной железы.

4

1. спленопортография
2. сонография печени и желчного пузыря
3. холеграфия
4. динамическая сцинтиграфия
5. статическая сцинтиграфия

#

33

Костный анкилоз это

4

1. полное несоответствие суставных поверхностей
2. неполное несоответствие суставных поверхностей
3. сужение суставной щели
4. отсутствие суставной щели
5. неровность суставных поверхностей костей

#

34

При кишечной непроходимости наблюдаются

2

1. свободный газ в брюшной полости
2. чаши Клойбера
3. увеличение объема желудка
4. высокое стояние куполов диафрагмы
5. серповидная полоска воздуха под правым куполом диафрагмы

#

35

Рентгенография черепа выявляет:

4

1. внутричерепные гематомы
2. нарушения мозгового кровообращения
3. опухоли головного мозга
4. повреждения костей черепа
5. мозговой кровоток

#

36

Укажите основной признак язвенной болезни желудка

2

1. дефект наполнения
2. ниша
3. деформация формы желудка
4. гиперсекреция
5. утолщение складок

#

37

Какой метод относится к профилактическим исследованиям

3

1. фистулография
2. рентгеноскопия
3. флюорография
4. рентгенография
5. маммография

#

38

Какой вид приобретает верхняя граница жидкости при экссудативном плеврите

2

1. горизонтальный

2. косой
3. округлый
4. прерывистый
5. выпуклый

#

39

Что такое двойное контрастирование

3

1. введение газа в просвет полого органа и окружающее его пространство
2. введение сульфата бария в полый орган, а газа в окружающее пространство
3. введение газа и сульфата бария в просвет полого органа
4. введение в просвет полого органа двух высокоатомных контрастных веществ смешанных между собой
5. введение водорастворимых препаратов

#

40

Рентгеноскопия дает возможность изучить

2

1. легочный рисунок
2. подвижность диафрагмы
3. состояние междолевой плевры
4. мелкие очаговые тени
5. состояние костно-суставной системы

#

41

Важнейшим свойством рентгеновского излучения является способность

5

1. расщеплять спирты
2. обеспечивать йод
3. разрушать кристаллические решетки
4. придавать отрицательные заряды телам и частицам
5. способность вызывать распад нейтральных атомов на положительно и отрицательно заряженные частицы

#

42

Загрудинный зоб рентгенологически отличается

1

1. локализацией
2. формой
3. очертаниями
4. контуром верхнего полюса
5. не визуализируется

#

43

Рентгенисследование, применяемое при подозрении на прободение полого органа

4

1. горизонтальная рентгенография брюшной полости
2. рентгеноскопия желудка
3. рентгеноскопия средостения
4. вертикальная обзорная рентгенография брюшной полости
5. прицельная рентгенография брюшной полости

#

44

Выделительную урографию взрослым, как правило, выполняют на

2

1. 5, 8, 12 мин
2. 7, 15, 25 мин
3. 7, 10, 40 мин
4. 15, 30, 45 мин
5. 12, 15, 40 мин

#

45

Вид периостита при хроническом остеомиелите:

3

1. спикурообразный периостит

2. кружевной периостит
3. луковичный периостит
4. лентовидный периостит
5. бахромчатый периостит

#

46

Затемнением в рентгенологии называют:

1

1. участок более высокой плотности по сравнению с окружающими тканями
2. участок повышенной прозрачности, которая выглядит как более темный участок
3. область отсутствия контрастирования, когда какая-либо ткань препятствует заполнению просвета полого органа контрастным веществом
4. участок отсутствия накопления радиофармпрепарата
5. участок с повышенной концентрацией водорода

#

47

Через какое время после приема бариевой взвеси полностью заполняется кишечник

2

1. 3 часа
2. 24 часа
3. 12 часов
4. 6 часов
5. 8 часов

#

48

В норме верхушка сердца на рентгенограмме в прямой проекции выполнена:

1

1. левым желудочком
2. правым желудочком
3. правым предсердием
4. ушком левого предсердия
5. восходящей аортой

#

49

Наибольшую информацию о травматических поражениях костей черепа дает

2

1. обзорные рентгенограммы черепа в двух проекциях
2. компьютерная томография черепа
3. обзорная рентгенограмма в аксиальной проекции
4. ангиография черепа
5. боковая рентгенограмма черепа

#

50

Участок нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка при эхокардиографии в виде акинезии характерен для:

2

1. гипертрофии миокарда
2. участка некроза миокарда
3. дефекта межжелудочковой перегородки
4. митральной регургитации
5. тетрада Фалло

#

51

Для митральной конфигурации сердца характерна:

1

1. сглаженность талии сердца за счет выбухания 2-ой и 3-ей дуг
2. сглаженность талии сердца за счет выбухания 1-ой и 2-ой
3. выраженность талии сердца за счет западения 2-ой и 3-ей дуг
4. сглаженность всех дуг
5. расширением аорты

#

52

Абсолютное противопоказание к проведению МР-ангиографии

3

1. клаустрофобия
2. прием алкоголя за 24 часа до исследования
3. наличие искусственного водителя ритма
4. злокачественные новообразования
5. проводимая ранее атерэктомия

#

53

Поиск рентгенопозитивных инородных тел в ЖКТ начинают с:

2

1. компьютерной томографии
2. обзорной рентгенографии органов грудной и брюшной полости
3. контрастного исследования пищевода и желудка
4. ультразвукового исследования
5. анамнеза болезни

#

54

К вариантам переломов костей черепа относятся

3

1. по типу "зеленой ветки"
2. поперечный
3. вдавленный
4. косой с расхождением отломков
5. открытый перелом

#

55

Функциональной единицей молочной железы является

1

1. железистая долька
2. жировая долька
3. проток
4. ацинус
5. паренхима

#

56

Возрастные особенности черепа в детском возрасте включают

1

1. состояние швов
2. рисунок сосудистых борозд
3. выраженность развития пальцевых вдавлений
4. развитие выпускников
5. остеопороз

#

57

При переломах основания черепа лучше применять

4

1. рентгеноскопию
2. рентгенографию черепа в 2х проекциях
3. термографию
4. КТ черепа
5. ангиографию

#

58

Если больной испуган или морально расстроен, его желудок

4

- 1 гипотоничен
2. усиленно перистальтирует
3. форма не меняется
4. гипертоничен
5. содержит жидкость

#

59

Химические свойства рентгеновских лучей

5

1. длина волны
2. проникающая способность
3. способность к фокусированию
4. влияние на ДНК
5. ионизация воздуха

#

60

Бронхоскопию следует проводить при

3

1. острой пневмонии
2. диффузном остром бронхите
3. солитарном образовании, раке бронха
4. инородном теле в бронхе
5. вирусной инфекции

#

61

Предварительный диагноз: рак головки поджелудочной железы. УЗИ: визуализация поджелудочной железы затруднена из – за метеоризма. Выберите оптимальный метод исследования

4

1. обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. контрастная рентгенография ЖКТ
3. сонография
4. РКТ
5. ЭРХПГ

#

62

Бронхография позволяет изучить состояние

2

- 1 легочной паренхимы
- 2 бронхов
- 3 легочной паренхимы и бронхов
- 4 легочной паренхимы, бронхов и плевры
- 5 артерий и вен

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

1

К первичным пролиферативным морфологическим элементам сыпи относится:

1

- узелок
- пузырек
- пузырь
- гнойничок
- трещина

#

2

Элементом, образованным за счет острого отека сосочкового слоя дермы, является:

2

- бугорок
- волдырь
- узел
- пятно
- узелок

#

3

Cicatrix – это:

3

- ссадина
- трещина
- рубец
- чешуйка
- корка

#

4

К вторичным морфологическим элементам относится:

1

язва

узел

волдырь

пузырь

бугорок

#

5

Какая из перечисленных наружных лекарственных форм действует более глубоко?

4

примочка

крем

паста

мазь

взбалтываемая взвесь

#

6

Гидраденит – это воспаление

1

апокриновых потовых желез

сальных желез

устьев волосяных фолликулов

перифолликулярной ткани

волосяных фолликулов

#

7

Сухой абортивной формой стрептодермии является?

4

буллезное импетиго

интертригинозная стрептодермия

щелевидное импетиго

простой лишай лица

хроническая поверхностная диффузная стрептодермия

#

8

Наружная терапия фурункула предусматривает назначение?

4

3% оксолиновой мази

5% серно-салициловой мази

20% эмульсии бензилбензоата

20% ихтиоловой мази

33% серной мази

#

9

Инкубационный период чесотки составляет:

3

1-3 дня

5-7 дней

8-12 дней

14-20 дней

21-28 дней

#

10

На какой высоте обламываются волосы при поверхностной трихофитии волосистой части головы:

1

1-3 мм над поверхностью кожи

3-5 мм над поверхностью кожи

5-8 мм над поверхностью кожи

10-12 мм над поверхностью кожи

более 15 мм над поверхностью кожи

#

11

На какой высоте обламываются волосы при микроспории волосистой части головы:

3

1-3 мм над поверхностью кожи

3-5 мм над поверхностью кожи

5-8 мм над поверхностью кожи

10-12 мм над поверхностью кожи

более 15 мм над поверхностью кожи

#

12

Какой из системных антимикотиков необходимо запивать растительным маслом?

2

тербинафин

гризеофульвин

кетоконазол

итраконазол

флуконазол

#

13

Расчет дозы гризеофульвина при поверхностной трихофитии волосистой части головы производится соответственно из расчета?

3

1-5 мг/кг веса

8-10 мг/кг веса

16-18 мг/кг веса

21-22 мг/кг веса

25-27 мг/кг веса

#

14

Расчет дозы гризеофульвина при микроспории волосистой части головы производится соответственно из расчета?

4

5-10 мг/кг веса

10-15 мг/кг веса

15-20 мг/кг веса

21-22 мг/кг веса

25-27 мг/кг веса

#

15

Для лечения простого контактного дерматита необходимо:

3

дезинтоксикационная терапия

глюкокортикостероидная терапия внутрь

устранение причины и местная терапия

строгая гипоаллергенная диета

назначение гепатопротекторов

#

16

При токсикоэпидермальном некролизе (синдром Лайелла) необходимо назначить в первую очередь:

3

фурукумариновые препараты

фунгицидные препараты

глюкокортикостероидные препараты

противомаларийные препараты

противовирусные препараты

#

17

В наружной терапии токсикоэпидермального некролиза целесообразно применение средств, содержащих в составе:

1

глюкокортикостероиды

антибиотики

антимикотики

берёзовый дёготь

серу

#

18

Сикозиформная экзема локализуется на коже:

2

нижней трети голеней

в области бороды и усов

межлопаточной области

стоп

тыльной поверхности кистей

#

19

При остром течении экземы патогистологическая картина в эпидермисе представлена:

3

гранулёмом

гиперкератозом

спонгиозом

акантозом

акантолизом

#

20

При микробной экземе обязательным является включение в комплекс общей терапии:

1

антибиотиков

противовирусных препаратов

антимикотиков

противомалярийных препаратов

глюкокортикостероидов

#

21

Местная терапия микотической экземы после стихания островоспалительного процесса предусматривает назначение:

5

преднизолоновой мази

тетрациклиновой мази

бетаметазоновой мази

20% мази бензилбензоата

Клотримазоловой мази

#

22

Характерными местами себорейной экземы являются:

1

волосистая часть головы, ушные раковины

передние поверхности голеней

разгибательные поверхности предплечий

пахово-бедренные складки

подмышечные впадины

#

23

К одной из разновидностей истинной экземы относится:

3

варикозная

паратравматическая

дисгидротическая

нумулярная

себорейная

#

24

Детская экзема отличается:

1

выраженностью экссудативного компонента в очагах поражения

поражением волосистой части головы

избирательным поражением ладоней и подошв
отсутствием экссудативного компонента в очагах поражения
быстрой генерализацией кожного процесса

#

25

Для экземы характерным является:

2

мономорфизм элементов сыпи
истинный и ложный полиморфизм
эволюционный полиморфизм
наличие только вторичных элементов
отсутствие вторичных элементов

#

26

При псориазе патоморфологически отмечается:

1

гиперпролиферация с нарушением дифференцировки клеток эпидермиса
образование эпидермальных пузырей
спонгиоз
баллонизирующая дистрофия клеток эпидермиса
акантолиз

#

27

Симптом Кёбнера при псориазе положителен:

2

в прогрессирующей и стационарной стадиях
только в прогрессирующей стадии
только в стационарной стадии
в регрессирующей стадии
может быть в любой стадии псориаза

#

28

Псевдоатрофический «воротничок» Воронова при псориазе определяется:

2

в прогрессирующую стадию процесса
в регрессирующую стадию процесса
в стационарную стадию процесса
в прогрессирующей и стационарной стадиях процесса
может быть в любой стадии псориаза

#

29

Основными элементами сыпи при вульгарном псориазе являются:

3

папулы и пустулы
папулы и эксфолиации
папулы и бляшки
розеолы и эритемы
пузырьки на фоне эритемы

#

30

Симптом «кровавой росы» характерен:

5

для любых папулезных высыпаний
для любых шелушащихся бляшек
для шелушащихся папул и бляшек при сифилисе
для папул при красном плоском лишае
для псориатических папул

#

31

Псориатическая триада положительна:

4

только в стадии прогресса заболевания
только в стадии регресса заболевания

только в стационарной стадии заболевания
в стадии прогресса и стационарной стадии
в любой стадии заболевания

#

32

К осложненным клиническим формам псориаза относятся:

3

каплевидная
себорейная
эритродермическая
монетовидная
унилатеральная

#

33

В прогрессирующей стадии псориаза для наружного лечения целесообразно назначить:

2

1% гидрокортизоновую мазь
2% салициловую мазь
3% тетрациклиновую мазь
5% дегтярную мазь
10% серно-салициловая мазь

#

34

Типичную форму красного плоского лишая следует дифференцировать с заболеваниями, сопровождающимися образованием:

2

пузырей
папул и бляшек
волдырей
сгруппированных пузырьков
пустул и корочек

#

35

Характерным патоморфологическим признаком красного плоского лишая является:

4

отсутствие зернистого слоя эпидермиса
спонгиоз
дискератоз
неравномерный гипергранулёз
акантолиз

#

36

В основе симптома Уикхема при красном плоском лишае лежит:

3

папилломатоз
акантолиз
гипергранулёз
гиперкератоз
спонгиоз

#

37

Красный плоский лишай – заболевание:

2

заразное
незаразное
заразное в зависимости от формы заболевания
имеет половой путь передачи
имеет трансмиссивный путь передачи

#

38

Симптом Кёбнера характерен:

3

только для красного плоского лишая

только для псориаза
для псориаза и красного плоского лишая
для псориаза и нейродермита
для красного плоского лишая и нейродермита

#

39

К зудящим дерматозам относится:

4

опоясывающий лишай
контагиозный моллюск
вульгарный сикоз
атопический дерматит
дискоидная красная волчанка

#

40

Ограниченный нейродермит имеет излюбленную локализацию:

5

лицо, ушные раковины
локти, колени, волосистая часть головы
крестец, передневнутренняя поверхность конечностей
вокруг естественных отверстий
сгибательные поверхности конечностей, задняя поверхность шеи

#

41

В лечении хронической крапивницы из H₁ блокаторов лучше назначить:

4

дифенгидрамин
хлоропирамин
мебгидролин
цетиризин
хифенадин

#

42

Почесуху следует дифференцировать с:

3

розовым лишаём
вульгарным сикозом
диффузным нейродермитом
бляшечной склеродермией
опоясывающим лишаём

#

43

Препаратом выбора в лечении герпетической инфекции является:

4

тербинафин
флуконазол
азитромицин
ацикловир
тетрациклин

#

44

С иммуномодулирующей целью в лечении папилломавирусной инфекции целесообразнее назначать:

1

меглюмина акридонат
левамизол
тимуса экстракт
диоксометилтетрагидропиримидин
сок травы эхинацеи пурпурной

#

45

С кератолитической целью в лечении подошвенных бородавок назначают:

3

5% резорциновый спирт

2% салициловую мазь
20% салициловую мазь с мочевиной
5% дерматолово-дегтярную мазь
10% серно-салициловую мазь

#

46

Контагиозный моллюск следует дифференцировать с:

5

простым герпесом
розовым лишаем
вульгарным псориазом
микробной экземой
красным плоским лишаем

#

47

Дискоидную форму красной волчанки следует дифференцировать с:

4

вульгарными угрями
опоясывающим лишаём
вульгарной пузырчаткой
себорейным дерматитом
красным плоским лишаём

#

48

Гиперкератоз при дискоидной и диссеминированных формах красной волчанки носит характер:

2

диффузного
фолликулярного
очагового
смешанного
неравномерного

#

49

Положительный симптом Бенье-Мещерского при дискоидной красной волчанке подтверждает наличие:

1

фолликулярного гиперкератоза
гиперкератоза и паракератоза
гиперкератоза и папилломатоза
поверхностного разрыхления рогового слоя
неравномерного гипергранулёза

#

50

Для бляшечной склеродермии характерна локализация очагов:

4

в области локтевых и подколенных ямок
на разгибательных поверхностях конечностей
крестец и половые органы
излюбленной локализации нет
на передневнутренней поверхности конечностей

#

51

Исходом очаговой склеродермии является:

1

рубцовая атрофия
вторичная гиперпигментация
вторичная лейкодерма
полное восстановление структуры кожи
образование гипертрофических рубцов

#

52

Для какого коллагеноза характерны симптомы Бенье-Мещерского и «дамского каблучка»:

3

дерматомиозита

линейной склеродермии
дискоидной красной волчанки
ревматоидного артрита
узелкового периартериита

#

53

Появление сгруппированных везикул в области губ на эритематозно-отечном фоне, сопровождающихся болезненностью, свидетельствует:

3

об экземе
контактно-аллергическом дерматите
о герпетической инфекции
о пиодермии
о чесотке

#

54

Какой патогистологический процесс лежит в основе развития пузырей при истинной пузырчатке?

2

акантоз
акантолиз
баллонизирующая дегенерация
спонгиоз
вакуольная дегенерация

#

55

Какой симптом отрицателен при истинной пузырчатке?

4

Никольского
Шеклакова
Асбо-Хансена
Арди-Горчакова
Ядассона

#

56

Какой лабораторный метод обычно используется для подтверждения диагноза истинной пузырчатки?

3

серологический
культуральный
цитологический
гистологический
иммунофлюоресцентный

#

57

При вульгарной пузырчатке первые пузыри появляются:

4

в себорейной зоне
в крупных складках
на коже конечностей
на слизистой полости рта
на коже туловища

#

58

Проба Ядассона с йодидом калия положительна при:

2

пемфигоиде
дерматите Дюринга
истинной пузырчатке
всех пузырных дерматозах
лепре

#

59

Базисными препаратами для лечения дерматита Дюринга являются:

5

глюкокортикостероиды
ароматические ретиноиды
антибиотики
цитостатики
сульфоновые препараты

#

60

Акантоз это –

1

утолщение шиповатого слоя эпидермиса
утолщение рогового слоя эпидермиса
преждевременное автономное ороговение отдельных кератиноцитов
процесс утраты связи между кератиноцитами шиповатого слоя
неравномерное утолщение зернистого слоя эпидермиса

#

61

Спонгиоз это –

1

межклеточный отек в результате проникновения серозного экссудата из расширенных сосудов сосочкового слоя в эпидермис.

процесс утраты связи между клетками шиповатого слоя вследствие повреждения их десмосом

преждевременное автономное ороговение отдельных кератиноцитов

неполное ороговение клеток эпидермиса

утолщение шиповатого слоя эпидермиса

#

62

В дерме различают слои:

5

базальный, сетчатый
сосочковый, сосудистый
сетчатый, сосудистый
сосудистый, базальный
сосочковый, сетчатый

#

63

Сальные железы отсутствуют в коже:

3

волосистой части головы и шеи

лба и носа

ладоней и подошв

груди и спины

красной каймы губ

#

64

Рецепторы тактильной чувствительности и глубокого давления кожи:

5

колбы Краузе

тельца Руффини

тельца Мейснера

диски и клетки Меркеля

тельца Фатера-Пачини

#

65

К экссудативным первичным морфологическим элементам относится:

4

узел

пятно

бугорок

волдырь

корка

#

66

В каком слое эпидермиса накапливается пигмент меланин:

2

шиповатый
базальный
роговой
блестящий
зернистый

#

67

Стержень волоса состоит из следующих слоев:

1

кутикулы и коркового вещества
кутикулы, мозгового и коркового вещества
наружной оболочки и мозгового вещества
кутикулы и мозгового вещества
мозгового и коркового вещества

#

68

Первичное пятно воспалительного характера называется:

4

телеангиоэктазия
гемангиома
экхимоз
розеола
петехия

#

69

У ребёнка 5 дней в отделении новорожденных родильного дома на фоне повышенной температуры до 39°C и диспептических расстройств на коже туловища и конечностей появились пузыри, наполненные серозно-гнойным экссудатом, быстро вскрывающиеся, увеличивающиеся и распространяющиеся по периферии. Симптом Никольского положительн. Ваш наиболее вероятный диагноз?

5

сифилитическая пузырьчатка
буллезный эпидермолиз
десквамативная эритродермия Лейнера
токсикодермия лекарственная
экфолиативный дерматит новорожденных Риттера

#

70

Обратилась больная 36 лет, по поводу высыпаний на коже кистей и предплечий. Больна 3 года. Заболевание протекает волнообразно. Обострения чаще наблюдаются после погрешностей в диете, особенно после употребления шоколадных конфет, а иногда и без всякой причины. Объективно: кожа кистей и предплечий умеренно инфильтрирована и отечна, имеет синюшно-розовый цвет. На этом фоне многочисленные мелкие папулы, микровезикулы, участки мокнутия. Субъективно – умеренный зуд. Ваш предположительный диагноз:

5

очаговый нейродермит
аллергический дерматит
токсидермия ограниченная
почесуха взрослых
истинная экзема

#

71

На коже туловища и шеи у больного множественные, не шелушащиеся, гипопигментированные пятна, расположенные на фоне загорелой кожи. В подмышечных впадинах и на боковых поверхностях туловища – единичные светло-коричневые пятна с отрубевидным шелушением. Субъективных ощущений больной не отмечает. Проба Бальцера положительна. Для какой патологии характерна описанная клиническая картина?

3

розовый лишай
вульгарный псориаз
разноцветный лишай
витилиго
болезнь белых пятен

#

72

На приём к дерматологу обратилась больная 24 лет, медицинская сестра с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей, которые появились после контакта с раствором «Лизоформин». После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд исчезли. При повторном контакте появилась разлитая гиперемия и отёчность, везикулезные элементы. Поставьте диагноз:

2

истинная дисгидротическая экзема
аллергический контактный дерматит
простой контактный дерматит
микробная экзема
фиксированная лекарственная токсикодермия

#

73

У ребенка 5 лет на коже туловища и верхних конечностей появились плотные, слегка блестящие розоватые полушаровидные узелки величиной от булавочной головки до мелкой горошины, с вдавлением в центре из которых, при надавливании пинцетом, выделяется белая кашеобразная масса. Ваш предположительный диагноз:

5

плоские бородавки
красный плоский лишай
простой герпес
вульгарные бородавки
контагиозный моллюск

#

74

Шанкр-амигдалит представляет из себя:

3

округлую или овальную эрозию в области нёбной миндалины
округлую язву в области нёбной миндалины
увеличенную, плотной консистенции, безболезненную нёбную миндалину
увеличенную, с островоспалительными явлениями нёбную миндалину
опаловые папулы на нёбных миндалинах

#

75

Длительность инкубационного периода гонореи у мужчин равна:

2

1-2 дням
3-5 дням
8-10 дням
10-14 дням
15-21 дням

#

76

Бледная трепонема - это:

1

подвижная спиралевидной формы бактерия
неподвижный диплококк
одноклеточный организм грушевидной формы
условно-патогенная бактерия
внутриклеточный облигатный паразит

#

77

Влагалищная гарднерелла является:

5

грам-отрицательной коккбациллой
грам-вариабельной коккбациллой
грам-положительной кокковой формой микроорганизмов
грам-положительной бациллярной формой микроорганизмов
грам-вариабельной кокковой формой микроорганизмов

#

78

Укорочение инкубационного периода сифилиса наблюдается:

2

при появлении одиночного твердого шанкра
при биполярном расположении твердых шанкров

при экстрагенитальном расположении твердого шанкра
при появлении атипичного твердого шанкра
при развитии осложнений твердого шанкра

#

79

К атипичной разновидности твёрдого шанкра относятся:

2

экстрагенитальный шанкр
шанкр-панариций
гигантский шанкр
язвенный шанкр
биполярный шанкр

#

80

Симптом Пинкуса при вторичном рецидивном сифилисе – это:

4

диффузная алопеция волосистой части головы
мелкоочаговая алопеция волосистой части головы
неравномерное выпадение бровей
«ступенчатообразное» выпадение ресниц
выпадение волос на всем кожном покрове

#

81

Один из признаков, относящийся к триаде Гетчинсона:

4

сифилитический ринит
сифилитическая пузырчатка
сифилитический остеохондрит
паренхиматозный кератит
седловидный нос

#

82

Профилактическое лечение сифилиса проводится:

1

беременным женщинам, пролеченным от сифилиса во время беременности, при условии её сохранения
детям, которые находились в тесном бытовом контакте с родственниками с заразными формами сифилиса
взрослым, имевшим половой контакт с больным сифилисом без клинических и серологических проявлений
заболевания
беременным женщинам, пролеченным от сифилиса до наступления беременности, с отрицательными результатами
реакции Вассермана более 1 года
новорожденным от матерей, получивших специфическое и профилактическое лечение во время беременности

#

83

Термином картина «скошенного луга» характеризуются папулы вторичного периода сифилиса, локализующиеся на:

5

слизистой оболочке щёк
ладонях и подошвах
коже туловища
слизистой зева
слизистой языка

#

84

Широкие кондиломы – это:

1

бородавчатые образования красно-бурого цвета с мокнущей, часто эрозивной поверхностью и инфильтратом в основании
бородавчатые образования дольчатого строения на тонкой ножке, белесоватого цвета без уплотнения в основании
полициклические поверхностные эрозии с серозно-гнойным отделяемым
конусовидные эрозивные инфильтраты, расположенные на слизистой полости рта
лихенизированные, шелушащиеся папулы и бляшки в естественных складках кожи

#

85

После образования твердого шанкра классические серологические реакции становятся положительными через:

2

1 неделю

3-4 недели

5-7 недель

8-10 недель

3 месяца и более

#

86

Достоверным признаком позднего врожденного сифилиса является:

2

бугорковые высыпания на коже туловища

зубы Гетчинсона

гуммы кожи туловища

папулезная инфильтрация Гохзингера

рубцы Робинсона-Фурнье

#

87

Вероятным признаком позднего врожденного сифилиса является:

5

паренхиматозный кератит

лабиринтная глухота

аксифоидизм

готическое небо

седловидный нос

#

88

Удлинение инкубационного периода сифилиса возможно у лиц:

3

страдающих алкоголизмом

страдающих туберкулезом

принимающих антибиотики в небольших дозах по поводу сопутствующей патологии

имеющих несколько твердых шанкров

имеющих экстрагенитальные твердые шанкры

#

89

После первичного периода сифилиса наступает:

1

вторичный свежий сифилис

вторичный рецидивный сифилис

вторичный скрытый сифилис

ранний скрытый сифилис

поздний скрытый сифилис

#

90

Реинфекция при сифилисе – это:

2

тяжелое течение сифилиса у лиц с ослабленным иммунитетом

повторное заражение сифилисом после излечения

невозможность заражения сифилисом вследствие стойкого иммунитета

нарушение периодизации в течение сифилиса

повторное заражение сифилисом больного, получающего лечение от сифилиса

#

91

Экстрагенитальным является твердый шанкр с локализацией в области:

3

головки полового члена

препуциального мешка крайней плоти

слизистой оболочки полости рта

больших и малых половых губ

шейки матки

#

92

При ущемлении головки полового члена отеком препуциальным кольцом возникает:

1

парафимоз
гангренизация
фагеденизация
баланит
баланопостит

#

93

Регионарный лимфаденит появляется после возникновения твердого шанкра через

3

3-5 дней
5-7 дней
7-10 дней
10-12 дней
12-15 дней

#

94

Характерным признаком индуративного отека является

3

островоспалительная эритема
резкая болезненность
отсутствие ямки при надавливании
обильное гнойное отделяемое
появление точечных эрозий на фоне отека

#

95

При каком пути заражения возникает обезглавленный сифилис?

3

половом
контактно-бытовом
трансфузионном
трансплацентарном
трансмиссивном

#

96

Какие клинические проявления встречаются при вторичном свежем сифилисе?

5

паренхиматозный кератит
сифилитическая лейкодерма
саблевидные голени
регионарный лимфаденит
сифилитическая розеола

#

97

Наличие «ячеистых», «мозаичных» рубцов на коже у больных третичным сифилисом свидетельствует о разрешении каких элементов?

2

сифилитических гумм
сифилитических бугорков
сифилитических эктим
сифилитических розеол
множественных твердых шанкров

#

МЕДИЦИНСКАЯ

РЕАБИЛИТАЦИЯ

1

Физиотерапевтический метод, применяемый в реабилитации:

1

электролечение

апитерапию

кумысолечение

теплolечение

светолечение

#

2

К преформированным физическим факторам относится:

4

ультрафиолетовое облучение

минеральные воды

пресные воды

#

3.

К активным средствам медицинской реабилитации относят:

4

мышечную релаксацию;

гальванизацию;

ванны;

ЛФК;

массаж

#

4. Как называется аппарат для проведения гальванизации?

2

«Амплипульс»

«Поток-1»

«Искра-1»

«Ромашка»

«Электросон»

#

5

У пациента хронический ринит в стадии неполной ремиссии. Какую методику лекарственного электрофореза можно назначить?

3

глазнично-сосцевидную

общую по Вермелю

эндоназальную

продольную

по Келлату

#

6

Как фиксируются электроды на теле пациента при проведении процедуры гальванизации и лекарственного электрофореза?

1

Бинтованием

Накладываются без фиксации

Удерживаются рукой пациента

Удерживаются рукой медсестры

Пластмассовым держателем

#

7

У пациента неврит тройничного нерва, в стадии неполной ремиссии. Какую методику гальванизации вы назначите?

1

Полумаска Бергонье

Воротник по Щербакy

По Вермелю

Глазнично-сосцевидную

Лобно-сосцевидную

#

8

Как накладываются электроды при гальванизации и электрофорезе на тело больного?

2

непосредственно на обнаженную кожу;
контактно через гидрофильную прокладку;
с воздушным зазором;
через хлопчатобумажную одежду;
через мазевую прослойку.

#

9

Как называется аппарат для дарсонвализации?

3

«ЭЛОЗ-1»

«Поток-1»

«Искра-1»

«Ромашка»

«Явь-1»

#

10

Ультратонотерапия в отличие от дарсонвализации обладает:

4

более выраженным местным бактериостатическим действием
менее выраженным местным бактериостатическим действием
более выраженным противозудным действием
более выраженным противовоспалительным действием
менее выраженным противовоспалительным действием

#

11

Какая дозировка эп УВЧ обладает наиболее противовоспалительным действием?

1

атермическая;
олиготермическая;
термическая;
гипертермическая;
у всех дозировок действие одинаковое.

#

12

Недостатки УВЧ-терапии:

4

нельзя применять при острых воспалениях
вызывает образование язв
тепловая процедура, нельзя применять у пожилых людей
способствует развитию соединительной ткани
требуется длительный курс лечения

#

13

Что лежит в основе механизма действия индуктотермии:

2

кавитационный эффект
образование эндогенного тепла
изменение ионного соотношения в тканях
образование инфракрасной эритемы
фотохимическое действие

#

14

Для проведения ДМВ-терапии используют следующий аппарат:

1

«Волна-2М»

«Луч-2»

«Искра-2»

«Электросон»

«ИКВ-4»

#

15

Лечебный эффект КВЧ-терапии достигается за счет:

5

понижения возбудимости под анодом
увеличения концентрации водородных ионов у катода
образования «кожного депо» лекарственных ионов
выработки эндорфинов и образование тепла
синхронизации угасающих колебаний в мембранах клеток

#

16

У больного имеется варикозное расширение вен нижних конечностей без эхо- признаков тромбоза, какой метод физиотерапии будет показан?

1

дарсонвализация
электрофорез кальция
индуктотермия
электросон
аэроионотерапия

#

17

Больному 65 лет, диагноз ИБС, сердечная недостаточность II ст. (NYHA). Какой из нижеперечисленных методов ему противопоказан?

2

дарсонвализация
индуктотермия
электрофорез
магнитотерапия
ДМВ-терапия

#

18

У больного бронхиальная астма, среднетяжелое течение, получал гормональную терапию в стационаре. Какой метод физиотерапии вы назначите на поясничную область с целью стимуляции глюкокортикоидной активности?

1

индуктотермия
дарсонвализация
гальванизация
УВЧ-терапия
УЗТ- терапия

#

19

У больного послеоперационные спайки в брюшной полости. Какой метод физиотерапии ему противопоказан?

4

дарсонвализация
ультратонотерапия
индуктотермия
УВЧ-терапия
СМВ-терапия

#

20

Больной после холецистэктомии рекомендована УВЧ-терапия. При каком сопутствующем заболевании УВЧ терапия противопоказана?

4

гипертоническая болезнь
фурункул
перелом кости
спаечная болезнь
гастрит с повышенной секрецией

#

21

Больной с гипсовой повязкой после закрытого перелома средней трети бедра, без смещения, нуждается в физиотерапевтической реабилитации. Какой метод физиотерапии ему показан?

3

хвойные ванны
грязегальванофорез
индуктотермия
УЗТ
СМТ-терапия

#

22

Больному в острой стадии пневмонии, какая физиопроцедура показана?

2

индуктотермия
УВЧ- терапия
Инфракрасное облучение грудной клетки
УЗТ
Парафиновые аппликации

#

23

Больному с С-г после химиотерапии, показана стимуляция кроветворения посредством воздействия на тимус каким методом?

4

ДМВ
СМВ
СМТ
КВЧ
УЗТ

#

24

Местное бактерицидное действие дарсонвализации обусловлено:

2

расширением сосудов и усилением кровообращения
образующимися озоном и окислами азота
снижением чувствительности нервов
повышением тонуса вегетативной нервной системы
образованием витамина С

#

25

Противозудное действие дарсонвализации обусловлено:

3

расширением сосудов и усилением кровообращения
образующимися озоном и окислами азота
снижением чувствительности нервов
повышением тонуса вегетативной нервной системы
выработкой эндорфинов

#

26

Снижение функции потовых и сальных желез при дарсонвализации обусловлено:

4

расширением сосудов и усилением кровообращения
образующимися озоном и окислами азота
снижением чувствительности нервов
повышением тонуса вегетативной нервной системы
выработкой эндорфинов

#

27

При плохо заживающих язвах дарсонвализацию применяют вследствие ее следующего лечебного эффекта:

4

обезболивающего
противовоспалительного
антиспастического
трофического
сосудорасширяющего

#

28

УВЧ- терапия оказывает выраженное противовоспалительное действие вследствие:

5

выработки меланина и витамина Д в коже
изменения ионного соотношения в тканях
накопления под электродом ионов H⁺
повышенного содержания витамина С в тканях
улучшения фагоцитарной активности лимфоцитов

#

29

Что лежит в основе механизма действия индуктотермии?

2

кавитационный эффект
образование эндогенного тепла
изменение ионного соотношения в тканях
образование инфракрасной эритемы
фотохимическое действие

#

30

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы сантиметровые волны могут вызывать негативную реакцию в виде:

2

брадикардии
тахикардии
повышения АД
повышения сахара крови
понижения температуры

#

31

Как называется аппарат для электросонотерапии?

5

«Амплипульс»
«Искра»
«Поток-1»
«Ромашка»
«Электросон-4»

#

32

Какое лечебное действие оказывает дидинамотерапия?

4

тепловое
бактерицидное
десенсибилизирующее
обезболивающее
витаминообразующее

#

33

Каким образом электроды накладываются на тело больного при дидинамотерапии?

2

непосредственно на обнаженное тело
контактно через гидрофильную прокладку
с зазором из хлопчатобумажной сухой ткани
с воздушным зазором
через масляную прослойку

#

34

Что является показанием к применению амплипульстерапии:

5

переломы костей до консолидации
вывихи
большие гематомы
разрывы связок
нейромиозит

#

35

У пациента после ампутации нижней конечности возникли фантомные боли, выберете метод обезболивания?

5

дарсонвализация
СМТ- терапия
электрофорез с новокаином
ДМВ- терапия
электросон

#

36

Больной с гипертонической болезнью 1 стадии назначены процедуры электросна. При каком сопутствующем заболевании применение электросна противопоказано?

4

энурез
бронхиальная астма
диффузный нейродермит
церебральный арахноидит
климактерический невроз

#

37

Пациент, 32 года, возникли проблемы со сном на фоне психо- эмоциональной нагрузки на работе, какой метод физиотерапии ему показан?

3

индуктотермия
ДМВ терапия
электросон
амплипульсотерапия
гальванизация по Келлату

#

38

У больного плексит плечевого сустава. Какую физиотерапевтическую процедуру вы назначите с целью обезболивания?

5

парафинотерапии
озокеритотерапии
электростимуляции
СМВ- терапии
диадинамотерапии

#

39

Пациент, 45 лет, гипотрофия мышц правой руки после перенесенного инсульта. Какой миостимулирующий метод показан?

4

электросон
дарсонвализация
ультратонотерапия
амплипульсотерапия
магнитотерапия

#

40

При какой патологии показана амплипульстерапия от аппарата «Амплипульс-4»?

5

тромбофлебит
желчекаменная болезнь
мочекаменная болезнь
переломы костей до консолидации
ишемическая болезнь сердца

#

41

С какой целью для лечения подагры используется процедура электросон?

2

для противовоспалительного эффекта
для нормализации обмена веществ

для мочегонного действия
для рассасывающего действия
для улучшения кровообращения

#

42

С какой целью вы назначите процедуру амплипульстерапии при сколиозе:

1

миостимуляция мышц
обезболивание
тракция позвоночника
изменение ионного соотношения в тканях
стабилизации связок

#

43

С лечебной целью используют токи с частотой импульсов, которая:

1

соответствует частоте биопотенциалов тканей человека
значительно превышает частоту биопотенциалов тканей человека
значительно ниже частоты биопотенциалов тканей человека
подбирается по ощущению пациентом приятного тепла
частота импульсов не определяет лечебное действие

#

44

Обезболивающее действие импульсных токов обеспечивается:

3

стимуляцией выработки антител
стимуляцией выработки иммуноглобулинов
стимуляцией выработки эндорфинов
стимуляцией выработки лейкоцитов
стимуляцией выработки эритроцитов

#

45

В основе миостимулирующего действия импульсных токов лежит:

3

колебательное движение ионов и электронов
стимуляция выработки антител
быстрое изменение ионного соотношения
активация симпатического отдела ВНС
вращательное движение дипольных молекул

#

46

Какие методы физиотерапии используются для электростимуляции при парезах и параличах?

2

гальванизация
импульсные токи
индуктотермия
УВЧ-терапия
ультразвук

#

47

С целью получения, какого эффекта при лечении спаечной болезни используется ультразвук?

2

противовоспалительного
фибринолитического
миостимулирующего
обезболивающего
антиферментного

#

48

Какой аппарат применяется для ультразвуковой терапии:

4

«Луч-2»

«Амплипульс-5»

«Поток-1»

«УЗТ-102»

«УВЧ-66»

#

49

Какое средство применяется для ультрафонофореза?

2

глицериновая мазь

гидрокортизоновая мазь

грязевой раствор

вазелиновое масло

оливковое масло

#

50

Какой вид энергии воздействует на организм при ультразвуковой терапии?

3

постоянный электрический ток

магнитное поле

механические колебания

электрическое поле

переменный ток

#

51

Определите в каком случае из нижеперечисленных патологий показано применение контактной методики ультразвуковой терапии?

1

невриты

желчекаменная болезнь

злокачественные опухоли

переломы костей после консолидации

кровотечения

#

52

Механическое действие ультразвука выражается в виде:

3

повышения температуры тканей на 1°C

изменения ферментативной активности

микровибрации на клеточном и субклеточном уровне

образования тепла на границах раздела сред

стимулирования тканевого дыхания

#

53

Больная 68 лет, перенесла острую пневмонию, выписалась из стационара неделю назад. Какой из нижеперечисленных сопутствующих заболеваний является противопоказанием для УФО?

2

острая пневмония

тиреотоксикоз

ревматоидный артрит

пояснично-крестцовый радикулит

хронический ринит

#

54

Определите при каком заболевании противопоказано назначение инфракрасного облучения?

2

ревматоидный артрит

дыхательная недостаточность

неврит лицевого нерва

спаечная болезнь

хронический бронхит

#

55

Определите, при каком заболевании показано видимое облучение синим светом?

1

желтуха новорожденных
дыхательной недостаточности
злокачественных опухолях
сердечно -сосудистой недостаточности
кровотечении

#

56

При каких заболеваниях ультрафиолетовое облучение противопоказано?

2

острая пневмония
тиреотоксикоз
неврит лицевого нерва
перелом нижней челюсти
рожистое воспаление

#

57

Какое излучение дают лампы накаливания?

1

инфракрасное
ультрафиолетовые средние лучи
ультрафиолетовые длинные лучи
ультрафиолетовые короткие лучи
все виды излучения

#

58

Какова физическая природа света:

4

электромагнитное поле высокой частоты
проникающая солнечная радиация
неслышимые высокочастотные механические колебания
поток квантов электромагнитных колебаний оптического диапазона
электромагнитные колебания сантиметрового диапазона

#

59

Какие ванны относятся к ароматическим:

2

кислородные
хвойные
йодо-бромные
радоновые
сероводородные

#

60

Какие водные процедуры оказывают успокаивающее, противовоспалительное действие у больной с гипертонической болезнью?

3

горячие
холодные
теплые
индифферентные
прохладные

#

61

Больной с ожирением может быть назначен кишечный душ, при отсутствии какого сопутствующего заболевания:

5

сахарный диабет
дерматит
пиелонефрит
хронический колит
паховая грыжа

#

62

У больного 53 года, КБС, стенокардия напряжения, ФК II. Какая физиотерапевтическая процедура ему противопоказана?

2

магнитотерапия
бальнеотерапия
аэротерапия
гидроаэроионотерапия
электросонтерапия

#

63

Показанием для назначения кишечного душа является:

4

язвенный колит
опухоль кишечника
паховая грыжа
пищевая аллергия
послеопрецизионные спайки

#

64

При назначении питья минеральной воды больным хроническим гастритом, данные каких исследований должны учитываться?

3

эхоэнцефалография
электрокардиография
определение pH желудочного сока
общий анализ мочи
общий анализ крови

#

65

При какой процедуре ванну следует накрывать плотной простыней, чтобы избежать раздражающего влияния эфирных веществ на слизистые глаз, носоглотки:

3

кислородной ванне
азотной ванне
горчичной ванне
радоновой ванне
пресной ванне

#

66

Выберите физиопроцедуру для лечения ожирения?

3

хлоридные натриевые ванны
циркулярный душ
душ Шарко
восходящий душ
радоновые ванны

#

67

Биологическое действие грязи обусловлено содержанием в ней:

2

песчаных частичек
микрофлоры
гормоноподобных веществ
летучих веществ
малых ракушек

#

68

Определите, в каких случаях нельзя назначать проведение ректальных грязевых тампонов?

3

хронический проктосигмоидит
хронический простатит
язвенный колит
постдизентерийный колит

спайки в области малого таза

#

69

Определите, при каком заболевании могут быть рекомендованы грязевые аппликации на грудную клетку больному 32 лет?

3

острая пневмония

бронхоэктатическая болезнь

хронический обструктивный бронхит с ДН I ст., фаза ремиссии

хронический бронхит с ДН II ст., фаза обострения

хронический обструктивный бронхит с ДН III ст., фаза обострения

#

70

Какая грязь после процедуры не подлежит регенерации?

4

после аппликаций на грудную клетку

после аппликаций на воротниковую область

после процедур гальваногрязи без лекарственных веществ

после полостных процедур

любую грязь можно закладывать на регенерацию

#

71

Какой микроорганизм входит в состав лечебной грязи?

1

коли-бактерии

гонококки

эпидермальный стафилококк

палочки столбняка

золотистый стафилококк

#

72

В чем заключается механическое действие грязи?

1

в раздражении кожи твердыми грязевыми частицами

в стимуляции эндокринной системы

в повышении полостной температуры

в раздражении кожи химическими веществами

в воздействии на дыхательные пути грязевыми частицами

#

73

Горный климат характеризуется:

1

пониженной запыленностью

пониженной солнечной радиацией

пониженной ультрафиолетовой радиацией

повышенным содержанием кислорода в воздухе

повышенной запыленностью

#

75

К какому типу относится климат курорта «Жеты-Огуз»:

1

горный

горно-морской

климат пустынь и полупустынь

морской

лесостепной

#

76

Определите, что является противопоказанием для направления на санаторно-курортное лечение?

4

недостаточность кровообращения I ст.

дыхательная недостаточность I ст.

перенесенный острый инфаркт миокарда в анамнезе давностью I год.

хронический бронхит в фазе обострения
хронический бруселлез в фазе компенсации

#

77

Определите, что является противопоказанием для направления на спелеотерапию больного с патологией дыхательной системы?

5

хронический бронхит необструктивный
хронический бронхит обструктивный
хронический бронхит легкой и средней степени
бронхиальная астма, легкое и среднетяжелое течение
декомпенсированное легочное сердце

#

78

Талассотерапия- это:

2

лечение производимое в городе Талас
лечение морским климатом и морскими купаниями
лечение с помощью высокогорного фактора
применение пчелиных ужаливаний
применение пиявок

#

79

Чем характеризуется морской климат?

5

максимальным количеством часов солнечного сияния
избыточным ультрафиолетовым облучением
повышенной ультрафиолетовой радиацией
повышенной инсоляцией
высокой ионизацией воздуха

#

80

Саногенный эффект высокогорной спелеотерапии обусловлен:

5

сочетанным влиянием микроклимата соляной шахты и минеральными водами
условиями горного климата и минеральными водами
условиями горного климата и наличием иловой грязи
воздействием микроклимата соляной шахты и наличием торфяной грязи
воздействием микроклимата соляной шахты и условий горного климата

#

81

Что является противопоказанием для иппотерапии?

3

ДЦП

аутистические расстройства
грыжа межпозвоночного диска
тревожные состояния
бессонница

#

82

Больному с корешковым синдромом в составе комплексной терапии показана апитерапия, аллергическая реакция, на какой продукт должна быть исключена?

2

На помидоры
На мёд
На citrusовые
На яйца
На орехи

#

83

Определите из нижеперечисленного, что является показанием для иглорефлексотерапии?

1

невралгия тройничного нерва

миелобластома
остеосаркома
фебрильная температура тела
активный туберкулез

#

84

Ребенку с ДЦП с целью повышения эмоциональной устойчивости показано?

3

активные игры
апитерапия
арт- терапия
иглорефлексотерапия
стоун- терапия

#

85

Определите, ингаляции каких препаратов применяются для снятия аллергического отека слизистой бронхов:

3

спазмолитиков
бронхолитиков
глюкокортикоидов
антибиотиков
миорелаксантов

#

86

Что относится к формам ЛФК?

3

занятие дыхательной гимнастикой
контрастное закаливание
терренкур
массаж
мануальная терапия

#

87

К средствам ЛФК относятся:

4

бег
занятия спортом
плавание
физические упражнения и массаж
сеансы релаксации

#

88

Основные правила применения физических упражнений:

5

систематичность и последовательность выполнения упражнений
поочередность выполнения упражнений
соблюдение цикличности в чередовании упражнений с отдыхом
наглядность и доступность упражнений
все ответы верные

#

89

Определите, что является противопоказаниями к назначению физических упражнений в воде:

2

деформация стоп
обострение хронических заболеваний
деформация позвоночника
артриты и артрозы
мышечная гипотония

#

90

я ступень реабилитации при инфаркте миокарда предусматривает:

1

поворот на бок

ходьбу по коридору в медленном темпе
прогулки по коридору без ограничений
освоение подъема на 1 пролет лестницы
пользование общим туалетом

#

91

Клинико-физиологическое обоснование лечебной физкультуры при артериальной гипертензии предусматривает:

3

усиление процессов возбуждения в коре головного мозга
снижение функций важнейших органов и систем, вовлеченных в патологический процесс
выравнивание состояния тонуса сосудов и повышения сократительной способности миокарда
повышение тонуса сосудов
иммунодепрессии организма

#

92

У больного 19 лет С-образный сколиоз. Какой вид спорта вы рекомендуете?

1

плаванием
фехтованием
акробатикой
тяжелой атлетикой
борьбой

#

93

Идиомоторные упражнения подразумевают под собой:

1

упражнения выполняемые силой мысли
упражнения выполняемые только руками
упражнения выполняемые только ногами
ритмичные упражнения под музыку
упражнения с неизменной длиной мышц

#

94

Выберите из нижеперечисленного специальные упражнения при плоскостопии:

3

упражнения, укрепляющие мышцы бедра
упражнения, укрепляющие мышцы, поддерживающие позвоночник в правильном вертикальном положении
упражнения для укрепления мышц, поддерживающих свод стопы
упражнения укрепление мышц тазового дна
упражнения, укрепляющие мышцы плечевого пояса

#

95

При какой форме сахарного диабета больным показана лечебная физкультура?

2

с тяжелой формой диабета
с легкой и средней тяжести
в прекоматозном состоянии
с диабетической нефропатией
в коматозном состоянии

#

96

Определите противопоказания к применению ЛФК у больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей:

3

хронический гломерулонефрит
уретрит с стадии ремиссии
макрогематурия и массивная протеинурия
повышенное артериальное давление
хронический пиелонефрит

#

97

Определите противопоказания к ЛФК у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей:

4

стойкий отек тканей

ангиоспазм

трофическая язва голени

обострение тромбофлебита

отеки нижних конечностей

#

НЕВРОЛОГИЯ, МЕД.ГЕНЕТИКА

1

Какой симптом характерен для бульбарного паралича?

2

высокий глоточный рефлекс;
глоточный рефлекс отсутствует;
спонтанный плач;
симптомы орального автоматизма;
повышение сухожильных рефлексов

#

2

Для поражения лицевого нерва типично

3

птоз
гипестезия половины лица
гемипарез мимических мышц
расходящееся косоглазие
нарушение жевания

#

3

Патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

3

Бабинского;
Оппенгейма;
Россолимо;
Гордона;
Шеффера

#

4

Для спастического паралича характерно

3

снижение сухожильных рефлексов
атрофия мышц
наличие патологических рефлексов
снижение мышечного тонуса
фибрилляции, фасцикуляции

#

5

Когда возникает бульбарный паралич?

4

при поражении I и II пары,
при поражении III, IV и VI пары,
при поражении VI и VII пары,
при поражении IX, X, XII пары,
при поражении XI пары

#

6

Для паркинсонизма характерен синдром:

1

акинетико-ригидный
вестибулярный
пирамидный
вестибуло-мозжечковый
гипотонически-гиперкинетический

#

7

При поражении тройничного (V) нерва возникает:

2

прозопарез
анестезия лица по этажам
слезотечение и прозопарез
снижение слуха
гиперакузия

#

8

Больной с сенсорной афазией

5

не может говорить и не понимает обращенную речь
понимает обращенную речь, но не может говорить
может говорить, но забывает названия предметов
не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

#

9

Больной с моторной афазией

1

понимает обращенную речь, но не может говорить
не понимает обращенную речь и не может говорить
может говорить, но не понимает обращенную речь
может говорить, но речь скандированная
не понимает обращенную речь

#

10

Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному

3

поднять руку
коснуться правой рукой левого уха
сложить заданную фигуру из спичек
выполнить различные движения по подражанию
коснуться указательным пальцем до кончика носа с закрытыми глазами

#

11

Больной со зрительной агнозией

4

плохо видит окружающие предметы, но узнает их
видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
не видит предметы по периферии полей зрения
видит предметы, но не узнает их
плохо видит окружающие предметы и не узнает их

#

12

При менингеальном симптоме Кернига

3

сгибают голову больного вперед
надавливают на область лонного сочленения
выпрямляют ногу больного, согнутую в коленном и тазобедренном суставах
сдавливают четырехглавую мышцу бедра
постукивают по скуловой дуге

#

13

К общемозговым симптомам относятся:

1

рвота, тошнота, головная боль
гемипарезы, гемипарестезия, лихорадка
фебрильная температура, головная боль
ригидность мышц шеи, симптом Кернига
моторные, атонические приступы,

#

14

Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является

1

генная мутация
родовая травма
гемолитическая болезнь новорожденных
черепно-мозговая травма
нарушение электролитного баланса

#

15

Продолжительность «терапевтического окна» при ишемическом инсульте

2

2 часа

3-6 часов

7-10 часов

12 часов

24 часа

#

16

У больного появились подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища, назовите тип приступа.

3

генерализованный клонический

атонический

фокальный моторный

абсансный

миоклонический

#

17

У больного появились поворот головы и глаз влево, а затем тоническое напряжение с потерей сознания. Назовите тип припадка.

3

тонический

клонический

адверсивный

атонический

миоклонический

#

18

У ребёнка периодически возникал отсутствующий взгляд. Во время краткого «отсутствия» не отзывался на своё имя. Падений и судорог не было. Назовите тип припадка:

2

тонико-клонический;

абсанс;

сложный парциальный;

атонический;

миоклонический

#

19

У больного периодически появлялись кратковременные приступы с потерей сознания и внезапным падением. Назовите тип припадка.

3

первичный генерализованный

вторично-генерализованный

атонический

адверсивный

миоклонический.

#

20

У больного остро развился центральный гемипарез слева, который восстановился в течение 2 недель. Какой диагноз можно предположить?

3

транзиторные ишемические атаки

субарахноидальное кровоизлияние

малый инсульт

геморрагический инсульт

ишемический инсульт

#

21

У больного остро развился центральный парез левой ноги, который восстановился в течение 60 минут. Что можно предположить:

1

транзиторные ишемические атаки

субарахноидальное кровоизлияние

геморрагический инсульт

малый инсульт

ишемический инсульт

#

22

У больного с нарушением сердечного ритма частые транзиторные ишемические атаки. Как долго может сохраняться неврологическая симптоматика:

2

сохраняется до 6 часов

сохраняется до 24 часов

сохраняется до 3 недель

проходит через 1 месяц

проходит через 3 месяца

#

23

Быстрый темп утраты сознания, резкое нарушение дыхания, повышение артериального давления, брадикардия, багрово-цианотичный цвет лица, горметония характерны для

5

эмболического ишемического инсульта

субарахноидального кровоизлияния

паренхиматозного кровоизлияния

абсцесса мозга

вентрикулярного кровоизлияния

#

24

Очаговые симптомы, характерные для тромбоза правой средней мозговой артерии:

2

сенсорная афазия

центральный гемипарез слева

нарушения глотания

правосторонняя гемигипестезия

рвота

#

25

«Светлый промежуток» типичен для:

4

субарахноидального кровоизлияния

внутрижелудочкового кровоизлияния

мелкоточечного паренхиматозного кровоизлияния

субдуральной гематомы

внутрикраниальной гематомы

#

26

Отметьте характерные признаки неврита лицевого нерва:

2

стреляющая боль и гиперемия половины лица

лагофтальм, паралич мимических мышц

амавроз, слезотечение

снижение слуха и боль в половине лица

аналгезия половины лица и слюнотечение.

#

27

При невралгии тройничного нерва больные жалуются

2

на постоянные ноющие боли в половине лица

на пароксизмы интенсивной боли в течение 1-2 минуты по этажам лица

на приступы нарастающей боли в области глаза, челюсти, зубов

на длительные боли в области орбиты с нарушением остроты зрения

приступообразные давящие боли в области орбиты

#

28

Отвисание стопы вниз и внутрь, походка типа «степпаж», невозможность ходить на пятках, чувствительные расстройства по наружной поверхности голени и тыла стопы, нерезко выраженный болевой синдром наблюдаются при поражении нерва:

2

бедренного;

малоберцового;

большеберцового;

наружного кожного бедренного;
запирательного

29

У больного пояснично-крестцовый радикулит, отмечается анталгическая поза, укажите симптом натяжения

2
симптом Лессажа
симптом Лассега
симптом Горнера
симптом Брудзинского
симптом Шеффера

30

У больного в анамнезе резаная рана в нижней трети предплечья с повреждением лучевого нерва. Укажите симптом поражения

2
"когтистая кисть"
невозможность разгибания кисти
невозможность отведения мизинца
невозможность сгибания кисти
каузалгия

31

У больного с генерализованной миастенией во второй половине дня определяется симптом:

4
мышечные атрофии
псевдогипертрофии
мышечный гипертонус
патологическая утомляемость мышц
замедление расслабления мышцы

32

Больной жалуется на нарастающие головные боли с тошнотой и рвотой в течение 3 месяцев, на глазном дне выявлены застойные диски зрительных нервов. С чем это может быть связано?

3
энцефалитом
менингитом
опухолью головного мозга
рассеянным склерозом
мигренью

33

После ДТП у больного, получившего черепно-мозговую травму, развился центральный гемипарез и генерализованные тонико-клонические судороги. Какой диагноз можно предположить?

2
сотрясение головного мозга
ушиб мозга
внутричерепная гипертензия
диффузное аксональное повреждение
перелом основания черепа

34

У больного черепно-мозговая травма в результате падения с высоты, выявлена назальная и ушная ликворея. Какой диагноз можно предположить?

2
сотрясение головного мозга.
перелом основания черепа.
перелом свода черепа
ушиб мозга
диффузное аксональное повреждение

35

Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:

1

длительным коматозным состоянием с момента травмы
развитием комы после "светлого" периода
отсутствием потери сознания
кратковременной потерей сознания
нарушением сна

36

У больного при нейровизуализации выявлена эпидуральная гематома. Какие клинические симптомы можно выявить у больного?

4

сужение зрачка на стороне гематомы
расширение зрачка на противоположной стороне гематомы
гемипарез на стороне гематомы
расширение зрачка на стороне гематомы и гемипарез на противоположной стороне
расширение зрачка на стороне гематомы, гемипарез на стороне гематомы

37

Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то это характерно для:

2

сотрясения мозга
субарахноидального кровоизлияния
ушиба мозга 1 степени
линейного перелома свода черепа
перелома основания черепа

38

Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно:

4

трисомия по X хромосоме
выявление симптомов в подростковый период
высокий рост
первичная аменорея
грубые деформации скелета

39

Клиническая картина хореи Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает

5

ригидность
симптом "зубчатого колеса"
акинезию
гипомимию
деменцию

40

У больного выявлена триада Шарко, для какой патологии это характерно

3

болезнь Паркинсона
гепатоцеребральная дистрофия
рассеянный склероз
дисциркуляторная энцефалопатия
болезнь Альцгеймера

41

При лечении миастении показана патогенетическая терапия в виде:

4

нефроэктомия
спленэктомии.
тиреоэктомии.
тимэктомии.
аппендэктомии.

42

У больного с впервые выявленной генерализованной миастенией после положительной прозериновой пробы следует назначить:

3

гепарин
ацетазоламид (диакарб)
пиридостигмин (калимин)
ацетилсалициловая кислота (аспирин)
толперизон (мидокалм)

#

43

Какой препарат применяется во время миастенического криза?

4

фуросемид
дибазол
кордиамин
прозерин
гепарин

#

44

Холинергический криз снимается введением:

3

толперизона
прозерина
атропина;
адреналина;
норадреналина

#

45

Первая помощь при эпилептическом припадке на догоспитальном этапе состоит в следующем:

3

уложить больного на кровать.
интубировать больного.
повернуть голову и туловище набок.
непрямой массаж сердца.
искусственное дыхание.

#

46

У больного после вирусной инфекции остро развиваются боли по ходу периферических нервов, восходящий периферический паралич и белково-клеточной диссоциация в ликворе. О какой патологии идет речь?

3

гнойный менингит
нейроревматизм
синдром Гийена-Барре
нейросифилис
рассеянный склероз

#

47

Какие продукты относятся к красному списку «пищевого светофора» при лечении фенилкетонурии:

3

красный болгарский перец, помидоры, свекла, капуста.
сливочное масло, молоко, фрукты, баклажаны
орехи, яйца, мясо, творог
молоко, кефир, рис, картофель.
бобовые, молоко, сахар, фрукты

#

48

Высокая активность креатинфосфокиназы является облигатным признаком для:

1

миодистрофий
миастении
спинальной амиотрофии
миотонии
невральной амиотрофии

#

49

У больного в ликворе: белок 1,2 г/л, цитоз $0,25 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 70 %, нейтрофилы - 30%. Какой диагноз можно предположить?

2

менингизм

серозный менингит

гнойный менингит

субарахноидальное кровоизлияние

нормальные показатели

#

50

У больного в ликворе: белок 1,2 г/л, цитоз $0,15 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 70%, нейтрофилы – 30%, выщелоченные эритроциты характерны для:

4

менингизма

серозного менингита

гнойного менингита

субарахноидального кровоизлияния

нормальные показатели

#

51

Для холинергического криза характерно:

2

провоцируется инфекциями,

передозировка антихолинэстеразных препаратов

приемом седативных препаратов

приемом антибиотиков

приемом мочегонных препаратов

#

52

К открытой черепно-мозговой травме относится травма

2

с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза

с переломом костей черепа, повреждением апоневроза

с переломом костей свода черепа без повреждения апоневроза

с переломом костей основания черепа без ликвореи

с переломом костей черепа

#

53

Проникающей называют черепно-мозговую травму:

4

при ушибленной ране мягких тканей

при повреждении апоневроза

при переломе костей свода черепа

при повреждении твердой мозговой оболочки

при повреждении мягких тканей и переломе костей черепа

#

54

Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков:

1

округлый череп, короткие пальцы, гипотония мышц

долихоцефалия, расщелина неба, гипертонус мышц

краниостенотический череп, расщелина губы, наличие 6-го пальца

долихоцефалия, мышечная гипотония, хореоатетоз

микроцефалия, расщелина твердого неба, арахнодактилия

#

55

Заболевание, при котором целесообразно исследование полового хроматина:

3

синдром Дауна

синдром Лежена («кошачьего крика»)

синдром Клайнфельтера

синдром Марфана

синдром Эдвардса

#

56

Для болезни Паркинсона характерно:

2

гипотония, тремор

замедленность движений, тремор

гипертонус, хореический гиперкинез,

лицевой гемиспазм, тремор

замедленность движений, гемипарез

#

57

Характерные клинические признаки галактоземии:

4

непереносимость глюкозы, диарея, рвота, обезвоживание.

непереносимость глюкозы, гипотрофия, задержка психомоторного развития, запоры.

непереносимость молока, рвота, запоры и задержка мочеиспускания.

непереносимость молока, желтуха, задержка психомоторного развития, катаракта.

непереносимость молока, рвота, гидроцефалия, задержка психомоторного развития

#

58

Лечение галактоземии :

2

Медикаментозное

Диетотерапия.

Заместительная терапия.

Химиотерапия.

Лучевая терапия.

#

59.

Для прогрессирующей мышечной дистрофии формы Дюшенна характерно:

3

поза «вялого ребенка» с ротацией бедер

деформации грудной клетки

псевдогипертрофии икроножных мышц

нормальное умственное развитие

наследование по аутосомно-доминантному типу

#

60

Для поражения отводящего нерва (VI) характерно:

5

гемианопсия

амавроз

скотома

расходящееся косоглазие

сходящееся косоглазие

#

61

Для поражения глазодвигательного нерва (III) характерно:

4

гемианопсия

амавроз

скотома

расходящееся косоглазие

сходящееся косоглазие

#

62

Для периферического поражения подъязычного нерва (XII) характерно:

5

наильственный плач

афазия

гемианопсия

дисфагия

атрофия мышц половины языка

#

63

При паркинсонизме почерк у пациентов:

2

изменяется по типу макрографии

изменяется по типу микрографии

не изменяется

пациенты не могут писать

становиться зигзагообразным

#

64

Сухожильная гиперрефлексия указывает на поражение:

3

периферического нерва

спинно-мозгового корешка

пирамидного тракта

чувствительного нейрона.

передних рогов спинного мозга

#

65

К альтернирующим синдромам относятся:

4

синдром Горнера

синдром Броуна-Секара

синдром верхней глазничной щели

синдром Вебера

синдром Аргайл-Робертсона

#

66

К альтернирующим синдромам относятся:

3

синдром Горнера

синдром Броуна-Секара

синдром Джексона

синдром Кайзера-Флейшера

синдром Аргайл-Робертсона

#

67

Сенситивная атаксия возникает при поражении:

4

при поражении передних корешков.

при поражении задних корешков.

боковых столбов.

задних столбов.

периферических нервов.

#

68

Нарушения чувствительности по проводниковому типу, центральная тетраплегия характерны для поражения спинного мозга на уровне:

1

верхних шейных сегментов

шейного утолщения

верхних грудных сегментов

нижних грудных сегментов

поясничного утолщения

#

69

Сочетание повышения мышечного тонуса в мышцах сгибателях руки и разгибателях ноги с одной стороны носит название позы:

3

Кушилевского

Ромберга

Вернике-Манна

Восковой куклы

проба Барре

#

70

Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:

3

C6-C7

C7-C8

C8-D1

D3- D4

D5- D6

#

71

При поражении гипоталамуса возникают:

1

вегетативные пароксизмы

сегментарные вегетативные нарушения

чувствительные нарушения

двигательные нарушения

чувствительные, двигательные и вегетативные нарушения

#

72

Патологический рефлекс, определяемый на верхней конечности:

3

Бабинского

Оппенгейма

Россолимо

Шеффера

Гордона

#

73

Патологический сгибательный рефлекс – это:

5

Бабинского

Оппенгейма

Шеффера

Гордона

Россолимо

#

74

При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы

2

верхней прямой

наружной прямой

нижней прямой

нижней косой

верхней косой

#

75

При поражениях мозжечка тонус мышц:

2

повышен.

снижен.

не изменен.

изменён по типу «складного ножа»

изменён по типу «зубчатого колеса»

#

76

Гиперкинез в виде произвольных червеобразных движений в пальцах рук, усиливающийся при движении и проходящий во сне называется:

2

хорея;

атетоз;

торсионная дистония;

тики;

миоклонии

#

77

При поражении области Вернике возникает:

2

моторная афазия
сенсорная афазия
амнестическая афазия
амнезия
парестезия

78

Для поражения спинного мозга характерно:

2

синдром Аргайл-Робертсона
нарушение чувствительности по проводниковому типу
нарушения чувствительности в дистальных отделах конечностей
нарушение чувствительности в проксимальных отделах конечностей
нарушение глотания

79

При поражении внутренней капсулы отмечается:

1

гемипарез
парапарез
монопарез
тетрапарез
атаксия

80

Для полиневритического типа нарушения чувствительности характерно:

2

расстройство чувствительности в зоне иннервации нерва
гипостезия в дистальных отделах конечностей
гемигипостезия
фантомные боли
диссоциированный тип расстройства чувствительности

81

Выделите симптом натяжения:

3

симптом Лессажа
симптом Кернига
симптом Лассега
симптом Брудзинского
симптом Россолимо

82

При менингеальном верхнем симптоме Брудзинского

1

сгибают голову больного вперед
надавливают на область лонного сочленения
выпрямляют ногу больного согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах
сдавливают четырехглавую мышцу бедра
постукивают по скуловой дуге

83

При менингеальном среднем симптоме Брудзинского:

2

сгибают голову больного вперед
надавливают на область лонного сочленения
выпрямляют ногу больного согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах
сдавливают четырехглавую мышцу бедра
постукивают по скуловой дуге

84

Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

2

мозжечковая

сенситивная
вестибулярная
корковая
психогенная

85

К чувствительным проводникам относится:

2
пирамидный путь
спино-таламический путь
руброспинальный путь
вестибулоспинальный путь
оливоспинальный путь

86

Вегетативные образования спинного мозга расположены в:

2
передних рогах
боковых рогах
задних рогах
передней серой спайке
задних столбах

87

При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

2
биназальная
гомимная
битемпоральная
нижнеквадрантная
амавроз

88

У больного имеется полный травматический разрыв периферического нерва. Укажите симптомы поражения.

3
боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения
парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
центральный паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
клинических проявлений нет

89

Отметьте наиболее характерные признаки нейропатии лицевого нерва:

2
резкая стреляющая боль, шум в ушах;
лагофтальм, паралич мимических мышц;
амавроз и глухота;
снижение слуха и гиперестезия половины лица
аналгезия половины лица, слезотечение.

90

У больного в ликворе: белок 2,5 г/л, цитоз 1×10^9 , лимфоциты – 30%, нейтрофилы – 70% характерны для:

3
менингизма
серозного менингита
гнойного менингита
субарахноидального кровоизлияния
нормальные показатели

91

Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости характерно для менингита

4
гриппозного
пневмококкового
паротитного

туберкулезного
сифилитического

92

Наиболее характерным для острой стадии эпидемического энцефалита является синдром:

3

атактический
гиперкинетический
гиперсомнически-офтальмоплегический
судорожный
коматозный

93

Для определения этиологии гнойного менингита возбудителя выделяют из:

4

крови и носоглотки
носоглотки
только крови
спинномозговой жидкости
носоглотки и кала

94

Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:

3

норма
кровоизлияния в сетчатку
гипертоническая ангиопатия
побледнение височных половин дисков зрительного нерва
симптом Фостера-Кеннеди

95

Аура характерна для

5

геморрагического инсульта
ишемического инсульта
менингита
энцефалита
эпилепсии

96

У больного с ревматической хореей имеется:

1

гиперкинез
потеря сознания
психомоторное возбуждение
моторная афазия
мышечный гипертонус

97

Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:

3

ночью во время сна
утром после сна
днем в период активной деятельности
днем в покое
не зависит от времени суток

98

Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

1

гомонимной гемианопсии
битемпоральной гемианопсии
биназальной гемианопсии
концентрического сужения полей зрения
амавроза

#

99

Люмбальную пункцию проводят между остистыми отростками позвонков:

4

Th1-L1;

L1 – L2;

L2 – L3;

L3 – L4;

L4 – L5

#

100

Быстрый темп утраты сознания, резкое нарушение дыхания, повышение артериального давления, брадикардия, багово-цианотичный цвет лица, горметония более всего характерны для

5

эмболического ишемического инсульта

субарахноидального кровоизлияния

паренхиматозного кровоизлияния

абсцесса мозга

вентрикулярного кровоизлияния

#

101

По данным КТ головного мозга определение ишемического инсульта затруднено:

1

в первые сутки после развития инсульта

через неделю после развития инсульта

через 1 месяц после развития инсульта

через 6 месяцев после развития инсульта

через год после развития инсульта

#

102

Синдром, характерный для рассеянного склероза:

1

ретробульбарный неврит

симпато-адреналовый криз

Кожевниковская эпилепсия

Джексоновская эпилепсия

акинетико-ригидный синдром

#

103

«Мозаичность» периферических параличей встречается при:

5

нейробруцеллезе.

нейроСПИДе.

нейросифилисе.

рассеянном склерозе.

полиомиелите.

#

104

Источником инфекции при полиомиелите являются

2

только больной

больной или вирусоноситель

мелкие грызуны, заражающие продукты питания

коровы, овцы

домашние животные

#

105

Появление фотопсий в виде светящихся точек, искр, линий в начале приступа мигрени свидетельствует о поражении:

5

сетчатки

зрительного нерва

зрительного тракта

зрительного перекреста

коры затылочной доли.

#

106

Детский церебральный паралич является:

4

наследственным заболеванием
хромосомной патологией
следствием нейроинфекции
исходом перинатальной энцефалопатии
подкорковой дегенерацией

#

107

При увеличении субарахноидального пространства гидроцефалия является:

2

внутренней
наружной
сообщающейся
смешанной
конвекситальной

#

108

При увеличении желудочков гидроцефалия является:

1

внутренней
наружной
сообщающейся
смешанной
конвекситальной

#

109

При опухоли правого полушария мозжечка больной при ходьбе отклоняется:

1

в сторону очага
в противоположную сторону
равномерно в обе стороны
не отклоняется
отклоняется вперед, назад

#

110

При каком виде переломов костей черепа наблюдаются признаки сдавления головного мозга?

1

при импрессионном переломе
линейный перелом
открытый перелом
закрытый перелом
перелом основания черепа

#

111

Какие опухоли развиваются из корешков спинного мозга?

1

невриномы
ангиоретикулемы
астроцитомы
менингиомы
олигодендромы

#

112

Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется

1

длительным коматозным состоянием с момента травмы
развитием комы после "светлого" периода
отсутствием потери сознания
кратковременной потерей сознания
нарушением сна

#

113

Наиболее типичное расположение телеангиоэктазий при синдроме Луи –Бар:

1

слизистая глаза.

слизистая полости рта

кожа ладоней.

кожа стоп.

кожа внутренней поверхности бедра

#

114

Характерное поражение головного мозга при туберозном склерозе:

3

кистозные дегенерации, атрофии и субатрофии коры лобных долей.

гидроцефалия, порэнцефалия, пахигирия.

туберсы извилин головного мозга, туберсы эпендимы.

астроцитомы и невриномы V и VIII черепных нервов

микроцефалия, порэнцефалия.

#

115

Кордоцентез это:

4

Биопсия ткани пуповины

Метод получения амниотической жидкости

Метод получения хордовой ткани

Метод получения пуповинной крови у плода

Биопсия кожи плода

#

116

Эпикант – это:

4

сросшиеся брови

близко расположенные глазные щели

широко расставленные глазные щели

вертикальная кожная складка у внутреннего угла глаза

сужение глазной щели

#

117

Клинические признаки синдрома Кляйнфельтера:

2

первичная аменорея

микроорхизм

долихоцефалия, арахнодактилия

низкорослость

апластическая анемия

#

118

Краниостеноз это :

1

Раннее закрытие швов черепа.

Сужение полости желудочков мозга.

Сужение позвоночного канала.

Сужение большого затылочного отверстия.

Уменьшение размеров черепа

#

119

При боковом амиотрофическом склерозе поражаются:

1

мотонейроны передних рогов спинного мозга

нейроны задних рогов спинного мозга

аксоны зубчатого ядра.

скелетные мышцы.

задние столбы спинного мозга

#

120

Анизокория возникает при поражении:

2

II черепно-мозгового нерва

III черепно-мозгового нерва
IV черепно-мозгового нерва
V черепно-мозгового нерва
VI черепно-мозгового нерва

#

121

Для паркинсонизма характерен синдром:

1

акинетико-ригидный
вестибулярный
пирамидный
вестибуло-мозжечковый
гипотонически-гиперкинетический

#

122

При поражении правого зрительного тракта возникает:

1

левосторонняя гомонимная гемианопсия
правосторонняя гомонимная гемианопсия
слепота на правый глаз
слепота на левый глаз
биназальная гемианопсия

#

123

Для поражения лобной доли характерно:

1

атаксия
астереогноз
гемианопсия
аутотопогнозия
сенситивная атаксия

#

124

Клиническая картина синдрома Клода Бернара-Горнера включает в себя:

3

расходящееся косоглазие, мидриаз, птоз;
сходящееся косоглазие, двоение
птоз, миоз, энофтальм;
ротаторный нистагм, анизокария;
вертикальный парез взора, нистагм.

#

125

Поражение стриарной системы характеризуется:

2

атаксией
появлением гиперкинезов
гемипарезом
синдромом паркинсонизма
судорожными припадками

#

126

Для нейропатии лицевого нерва типично

3

птоз
гипестезия половины лица
парез мимической мускулатуры половины лица
расходящееся косоглазие
нарушение жевания

#

127

Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить

3

место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры

два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках тела на ощупь знакомые предметы

направление движения предмета по образованию складки на коже.

#

128

Седалищный нерв составляют волокна корешков

2

L₃-L₅

L₄-S₃

S₁-S₂

S₂-S₃

L₅-S₅

#

129

Для выявления амнестической афазии следует

2

проверить устный счет

предложить больному назвать окружающие предметы

предложить больному прочитать текст

убедиться в понимании больным обращенной речи

провести тест «рисования часов»

#

130

Атетоз-это:

1

медленные червеобразные гиперкинезы кисти

бросковые гиперкинезы конечностей

вращательный гиперкинез туловища

стереотипное сокращение отдельных групп мышц

ригидность, замедленность движений

#

131

Легкий парез можно выявить с помощью пробы:

4

Ашнера

Квеккенштедта.

Стуея.

Барре.

Ромберга

#

132

Характерным для поражения задних рогов спинного мозга является:

2

мышечная атрофия

диссоциированное выпадение болевой и температурной чувствительности

проводниковые нарушения чувствительности

фибрилляция мышц.

арефлексия

#

133

Для лечения генерализованных приступов при эпилепсии препаратом первого ряда является:

2

карбамазепин

вальпроаты (депакин)

диазепам

натрия оксибутират

фенобарбитал

#

134

Для лечения фокальных (парциальных) приступов при эпилепсии препаратом первого ряда является:

1

карбамазепин

вальпроаты (депакин)

диазепам

натрия оксибутират

фенобарбитал

#

135

Для купирования эпилептического статуса применяется:

3

карбамазепин

магния сульфат

диазепам

пирацетам

ламотриджин

#

136

К генерализованным эпилептическим приступам относятся

5

джексоновские

вегетативно-висцеральные

соматосенсорные

с нарушением психических функций

абсансы

#

137

В основе патогенеза вторичных энцефалитов лежит

5

сосудистая реакция

взаимодействие вируса и нейрона

региональный отек

циркуляторная гипоксия

инфекционно-аллергический процесс

#

138

В ликворе: белок 3 г/л, цитоз 5×10^9 , лимфоциты – 10%, нейтрофилы – 90% характерны для:

4

нормальные показатели

менингизма

серозного менингита

гнойного менингита

субарахноидального кровоизлияния

#

139

Малая хорей возможна:

2

при клещевом энцефалите

при ревматической лихорадке

при эпидемическом цереброспинальном менингите

при поствакцинальном энцефалите

при паркинсонизме

#

140

Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для клиники малой хорей:

4

частые ангины

головные боли

симптом Горнера

гиперкинезы

параличи

#

141

Для хронической формы летаргического энцефалита Экономо характерны:

4

слепота;

гемиплегия;

параплегия;

паркинсонизм;

судорожные приступы.

#

142

Наличие тетрапареза, грубее выраженного в руках, выраженная задержка психоречевого развития характерны для формы ДЦП:

1

тетраплегической
диплегической
гемиплегической
дискинетической
атактической

#

143

При дискинетической форме детского церебрального паралича:

3

преобладает тикозный гиперкинез
преобладает тремор
преобладает атетоз, торсионная дистония
сочетание всех перечисленных видов
преобладают миоклонии

#

144

Наличие тетрапареза, грубее выраженного в ногах, дизартрия характерны для формы ДЦП:

2

тетраплегической
диплегической
гемиплегической
дискинетической
атактической

#

145

Наличие гемипареза, грубее выраженного в руке, поза Вернике-Манна характерны для формы ДЦП:

3

тетраплегической
диплегической
гемиплегической
дискинетической
атактической

#

146

Наличие торсионной дистонии, гримасы при разговоре и эмоциях характерны для формы ДЦП:

4

тетраплегической
диплегической
гемиплегической
дискинетической
атактической

#

147

Какие признаки характерны для кровоизлияния в ствол мозга:

5

судороги.
амавроз.
псевдобульбарный синдром.
ригидность затылочных мышц.
нарушение дыхания и сердечного ритма.

#

148

Для диагностики сосудистых мальформаций головного мозга применяют:

4

рентгенографию черепа
ультразвуковую доплерографию
электроэнцефалографию
ангиографию
реоэнцефалографию

#

149

Для подтверждения диагноза миастении необходимо провести:

5

ЭЭГ

МРТ головного мозга

рентгенографию позвоночника

Эхо – ЭГ

прозериновую пробу

#

150

Постепенное нарастание мышечной слабости определенной группы мышц в течение дня характерно для:

2

менингита

миастении

миотонии

амиотрофии

миозита

#

151

Приступообразные боли продолжительностью до 20 минут в одной половине лица, иногда со слезотечением, выделением слизи из носа, слюнотечением, возникают при

4

неврите лицевого нерва

невралгии тройничного нерва

невралгии языкоглоточного нерва

невралгия носо-ресничного узла

невралгии ушно-височного нерва

#

152

Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется

4

усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен

уменьшением неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку

усилением корешковых болей при сгибании головы к груди

нарастанием неврологической симптоматики после пункции

присоединение инфекционно-токсического шока

#

153

При какой патологии головного мозга наблюдаются изменения турецкого седла?

1

при опухолях гипофиза

при гидроцефалии

при опухолях мозжечка

при сотрясении головного мозга

при опухолях лобной доли

#

154

Сибсы – это:

4

все родственники пробанда

дядя пробанда

родители пробанда

братья и сестры пробанда

дедушка и бабушка пробанда

#

155

Где обнаруживают кольца Кайзера-Флейшера при гепато-церебральной дистрофии.

2

на слизистой оболочке рта.

в роговице глаза.

на конъюнктиве

на глазном дне.

в печени при аутопсии

#

156

Нейрофибромы при болезни Реклингхаузена (нейрофиброматоз) могут локализоваться:

4

по ходу периферических нервов
в спинномозговом канале по ходу корешков
интракраниально по ходу черепных нервов
на любом из указанных участков
точной локализации нет

#

157

Клинические признаки атаксии-телеангиоэктазии (синдром Луи - Бар):

4

парапарез, тазовые нарушения, дискинезии кишечника .
вестибулярная атаксия, телеангиоэктазия, гиперкератоз.
сенситивная атаксия, телеангиоэктазия, гипертиреоз.
мозжечковая атаксия, телеангиоэктазия, пневмония
сенситивная атаксия, нижний парапарез, дискинезии кишечника.

#

158

Диагностические критерии нейрофиброматоза:

2

врожденный порок сердца и порок развития костей;
множественные пигментные пятна на коже, опухоли по ходу нервных волокон;
себорейная аденома на щеках, "кофейные" пятна, судороги;
анемия, гепатоспленомегалия, пороки развития почек
гидроцефалия, экзема, умственная отсталость.

#

159

Клинические симптомы - «Губы тапира», «поперечная улыбка» встречаются при:

2

прогрессирующей миодистрофии Беккера.
прогрессирующей миодистрофии Ландузи- Дежерина.
спинальной амиотрофии
синдромии
врожденных пороках развития

#

160

Для синдрома Луи-Бар характерны:

2

колиты и язвенная болезнь желудка
синуситы и пневмонии
циститы, уретриты.
энцефалиты и менингиты.
кардиомипатия

#

161

Содержимое грыжевого мешка при менингоградикулоцеле :

2

спинной мозг, ликвор, оболочки мозга.
корешки, ликвор, оболочки мозга.
ликвор, оболочки мозга.
спинной мозг, ликвор.
только корешки.

#

162

Поражение стриарной системы характеризуется:

2

атаксией
появлением гиперкинезов
гемипарезом
синдромом паркинсонизма
судорожными припадками

#

163

Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

2

кортикоспинальных;
кортиконуклеарных;
лобно-мосто-мозжечковых;
руброспинальных;
пучка Тюрка.

#

164

Нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций встречается при афазии:

4

сенсорной
моторной
амнестической
семантической
оптикомнестическая афазия

#

165

К общемозговым симптомам относятся:

1

рвота, тошнота, головная боль
гемипарезы, менингеальные симптомы
фебрильная температура, головная боль
ригидность мышц шеи, головная боль
Джексоновские припадки, рвота

#

166

К общемозговым симптомам относятся:

1

нарушение сознания, головная боль
гемипарезы, менингеальные симптомы
фебрильная температура, головная боль
ригидность мышц шеи, симптом Кернига
Джексоновские припадки, рвота

#

167

Что поражается при болезни Паркинсона:

2

периферические нервные волокна.
базальные ядра палидарной системы
базальные ядра стриарной системы
ретикулярная формация
передние рога спинного мозга

#

168

При нейрофиброматозе выявляются:

3

врожденный порок сердца и порок развития лучевой кости
сколиоз, глиомы зрительного нерва
множественные «кофейные» пятна на коже, опухоли по ходу нервных стволов,
себорейная аденома на щеках, умственная отсталость
умственная отсталость, множественные стигмы дисэмбриогенеза

#

169

Для синдрома Шерешевского-Тернера характерны:

4

атлетическое строение
высокий рост
преждевременное половое развитие
крыловидные складки кожи на шее
микроцефалия

#

170

Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно:

2

полисомия по X-хромосоме
моносомия по X- хромосоме

выявление симптомов с рождения
высокий рост
преждевременное половое развитие

#

171

Для синдрома Кляйнфельтера характерно:

1

полисомия по X-хромосоме
моносомия по X- хромосоме
выявление симптомов с рождения
низкий рост
крыловидные складки на шее

#

172

Основными критериями отмены антибиотиков при гнойном менингите являются:

2

нормализация температуры
санация ликвора
нормализация крови
исчезновение менингеального синдрома
хорошее самочувствие больного

#

173

При гнойном менингите неустановленной этиологии применяются:

1

два антибиотика широкого спектра действия
один антибиотик и сульфаниламиды
количество антибиотиков зависит от возраста
один антибиотик и гамма-глобулин
глюкокортикоиды

#

174

Первичные поражение нервной системы при СПИДе проявляются:

3

первичным энцефалитом
гнойным менингитом
вакуольной миелопатией
острыми нарушением мозгового кровообращения
паркинсонизмом

#

175

Вторичное поражение нервной системы при СПИДе проявляется:

4

обратимой энцефалопатией
вакуольной миелопатией
миопатией
острым нарушением мозгового кровообращения
паркинсонизмом

#

176

Мышечная дистрофия связана с недостаточностью белка дистрофина, который находится

4

в нервных клетках
в клетках передних рогов
в саркомерулярной системе
в мышечной мембране
в аксонах

#

177

Тип наследования прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна:

3

аутосомно-доминантный
аутосомно-рецессивный
сцепленный с X-хромосомой рецессивно
сцепленный с X-хромосомой доминантно

сцепленный с Y-хромосомой доминантно

#

178

При нервальной амиотрофии Шарко-Мари поражается:

3

центральный мотонейрон
мотонейрон переднего рога
периферический нерв
нервно-мышечный синапс
мышцы

#

179

При прогрессирующей миопатии Дюшенна поражается:

5

центральный мотонейрон
мотонейрон переднего рога
периферический нерв
нервно-мышечный синапс
мышцы

#

180

При спинальной амиотрофии поражается:

2

центральный мотонейрон
мотонейрон переднего рога
периферический нерв
нервно-мышечный синапс
мышцы

#

181

Начальными признаками миодистрофии Дюшенна являются:

4

слабость в дистальных отделах рук
слабость в проксимальных отделах рук
слабость в проксимальных и дистальных отделах ног
слабость в проксимальных отделах ног
слабость в дистальных отделах ног

#

182

Отставание в развитии, низкорослость, псевдогипертрофии икроножных мышц типичны при:

1

прогрессирующей мышечной дистрофии формы Дюшенна
спинальной амиотрофии Верднига-Гоффманна
миотонии Томсена
невральной амиотрофии Шарко-Мари
миастении

#

183

Высокая активность креатинфосфокиназы (КФК) является облигатным признаком для:

1

прогрессирующих мышечных дистрофий.
миастении.
спинальной амиотрофии.
миотонии.
невральной амиотрофии

#

184

Какой из признаков характерен для ишемического инсульта?

2

внезапное появление симптомов;
преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;
преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;
кровянистый ликвор
высокий плеоцитоз в ликворе

#

185

Какой из признаков характерен для геморрагического инсульта?

3

«мерцающее» появление симптомов;

преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;

преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;

сохранное сознание

нормальные показатели ликвора

#

ПЕДИАТРИЯ

1

Объясните происхождение снижения тургора кожи, выявляемого при общем осмотре:

2

геморрагический синдром
синдром эксикоза
гиперэстрогемия
сидеропенический синдром
нарушение синтетической функции печени.

#

2

Ребенку 2 года, на общем осмотре врач выявил у данного малыша расположение верхушечного толчка в V межреберье на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Оцените расположение верхушечного толчка, о чем это свидетельствует?

4

смещение верхушечного толчка влево, гипертрофия правого желудочка
смещение верхушечного толчка влево и вниз, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого желудочка
верхушечный толчок смещен влево, гипертрофия левого желудочка
расположение верхушечного толчка соответствует возрастной норме
верхушечный толчок смещен влево, дилатация левого желудочка

#

3

Верхушечный толчок обусловлен:

1

левым желудочком
правым предсердием
дугой аорты
левым предсердием
правым желудочком.

#

4

При осмотре частота сердечных сокращений у ребенка 5 суток жизни составила 100 в минуту. Какое изменение сердечных сокращений у новорожденного?

2

тахикардия
брадикардия
аритмия
нормальное
экстрасистолия

#

5

При осмотре частота дыхания у ребенка 7 суток жизни составила 20 в минуту. Какое изменение дыхания у новорожденного?

1

брадипноэ
тахипноэ
апноэ
нормальное
одышка

#

6

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ или проба Реберга - Тареева) у здоровых детей составляет:

3

20- 40 мл/мин
40- 60 мл/мин
80-160 мл/мин
130-150 мл/мин
150-220 мл/мин.

#

7

Правый контур сердца на рентгенограмме образован:

4

верхней поллой веной
нижней поллой веной
правым желудочком

правым предсердием
легочной артерией.

#

8

Область выслушивания клапана легочной артерии:

3

верхушечный толчок

основание мечевидного отростка

II межреберье слева от края грудины

II межреберье справа от края грудины

IV межреберье слева от края грудины.

#

9

Укажите тип одышки, характерной при спазме мускулатуры мелких бронхов?

2

стридорозное дыхание

эспираторная одышка

дыхание Куссмауля

дыхание Чейн-Стокса

инспираторная одышка.

#

10

Цель использования дополнительного приема аускультации легких – форсированный выдох:

2

для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов

для выявления скрытой бронхиальной обструкции

для отличия сухих хрипов от влажных

для отличия сухих хрипов от шума трения плевры;

для улучшения выслушивания патологического бронхиального дыхания.

#

11

Механизмом появления жесткого дыхания является:

3

снижение эластичности альвеол при синдроме повышенной воздушности легочной ткани

изменение тембра ларинго-трахеального дыхания при синдроме уплотнения легочной ткани

сужение просвета средних и мелких бронхов различного генеза

наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизменными альвеолами

усиление колебаний стенок альвеол при форсированном дыхании.

#

12

Какой перкуторный звук определяется над зоной воспалительного уплотнения легочной ткани в пределах доли?

1

абсолютно тупой (бедренный)

ясный легочный звук

тимпанический звук

притупление с тимпаническим оттенком

коробочный звук.

#

13

Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспалительного уплотнения легочной ткани в пределах доли?

4

абсолютно тупой (бедренный)

легочный звук

тимпанический звук

притупление с тимпаническим оттенком

коробочный звук.

#

14

Какой дыхательный шум выслушивается в начальной стадии долевого воспалительного уплотнения легочной ткани?

1

ослабленное везикулярное дыхание

амфорическое дыхание

бронхиальное дыхание

жесткое дыхание

смешанное бронховезикулярное дыхание

#

15

С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких – повторная аускультация после покашливания?

4

для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов

для выявления скрытой бронхиальной обструкции

для отличия сухих хрипов от влажных хрипов

для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры

для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания.

#

16

Какой перкуторный звук появляется при эмфиземе легких?

5

абсолютно тупой (бедренный)

легочный звук

тимпанический звук

притупление с тимпаническим оттенком

коробочный звук.

#

17

Какой дыхательный шум выслушивается при наличии полости в легочной ткани диаметром более 5 см, соединяющейся с бронхом?

2

ослабленное везикулярное дыхание

амфорическое дыхание

бронхиальное дыхание

жесткое дыхание

смешанное бронховезикулярное дыхание.

#

18

Какой тип одышки характерен для синдрома выпота в плевральную полость?

2

стридорозное дыхание

частое поверхностное дыхание

дыхание Куссмауля

дыхание Чейн-Стокса

дыхание с удлиненным выдохом, сопровождающееся свистящими хрипами.

#

19

Какой дыхательный шум выслушивается при интерстициальном отеке легких?

1

ослабленное везикулярное дыхание

амфорическое дыхание

бронхиальное дыхание

жесткое дыхание

смешанное бронховезикулярное дыхание.

#

20

Выберите наиболее правильную трактовку данных пальпации (подросток 13 лет) – концентрированный, шириной 2 см, усиленный верхушечный толчок в V межреберье на уровне срединно-ключичной линии:

1

гипертрофия левого желудочка без выраженной его дилатации

гипертрофия и дилатация левого желудочка

гипертрофия и дилатация правого желудочка

сращение (адгезия) листков перикарда

аневризма (постинфарктная) передней стенки левого желудочка.

#

21

Дефицит пульса (pulsus dificiens) – это:

4

резкое ослабление или отсутствие пульсации на одной лучевой артерии по сравнению с другой

резкое уменьшение величины пульса на симметричных лучевых артериях

число пульсовых волн на лучевой артерии больше числа сердечных сокращений

число пульсовых волн на лучевой артерии меньше числа сердечных сокращений усиленной пульсации одной лучевой артерии.

#

22

Укажите нормальные границы относительной сердечной тупости у детей до 1 года:

1

верхняя – II ребро, левая – IV м/р на 1-2 см снаружи от средне-ключичной линии, правая – окологрудинная линия
верхняя – II м/р, левая – V м/р на 1-2 см снаружи от средне-ключичной линии, правая – внутри от окологрудинной линии

верхняя – III ребро, левая – V м/р по средне-ключичной линии, правая – ближе к правому краю грудины

верхняя – верхний край III ребра, левая – V м/р на 1-2 см внутри от средне-ключичной линии, правая – на 1 см внутри от края грудины

верхняя – III ребро, левая – V м/р по аксиллярной линии, правая – по правому краю грудины.

#

23

Средняя окружность головы (в см) доношенного ребенка при рождении составляет:

3

30-32

32-34

34-36

36-38

38-40

#

24

Укажите нормальные границы относительной сердечной тупости у детей от 7 до 12 лет:

3

верхняя – II ребро, левая – IV м/р на 1-2 см снаружи от средне-ключичной линии, правая – окологрудинная линия

верхняя – II м/р, левая – V м/р на 1-2 см снаружи от средне-ключичной линии, правая – внутри от окологрудинной линии

верхняя – III ребро, левая – V м/р по средне-ключичной линии, правая – ближе к правому краю грудины

верхняя – верхний край III ребра, левая – V м/р на 1-2 см внутри от средне-ключичной линии, правая – на 1 см внутри от края грудины

верхняя – III ребро, левая – V м/р по аксиллярной линии, правая – по правому краю грудины

#

25

При каком поражении сердца левые границы абсолютной и относительной тупости сердца совпадают?

3

аортальный стеноз

аортальная недостаточность

митральный стеноз

митральная недостаточность

острый инфаркт миокарда.

#

26

У больного выраженный митральный стеноз, при пальпации артериального пульса врач обнаружил патологическую характеристику. Какое изменение артериального пульса вы ожидаете при данном состоянии?

3

pulsus dificiens

pulsus filiformis

pulsus differens

pulsus plenus

pulsus durus.

#

27

Разлитой (шириной 4 см), приподнимающий (куполообразный) верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см снаружи от срединноключичной линии у ребенка 13 лет свидетельствует о:

2

гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации

гипертрофии и дилатации левого желудочка

гипертрофии и дилатации правого желудочка

транспозиции магистральных сосудов с гипертрофией правого предсердия

сращении (адгезии) листков перикарда (слипчивый перикардит)

#

28

Отрицательный верхушечный толчок (систолическое его втягивание) свидетельствует о:

5

гипертрофии правого предсердия
гипертрофии левого желудочка без выраженной его дилатации;
гипертрофии и дилатации левого желудочка;
гипертрофии и дилатации правого желудочка;
сращения (адгезии) листков перикарда (слипчивый перикардит)

#

29

У плода наиболее оксигенированную кровь получает:

1

печень
кишечник
сердце
легкие
почки

#

30

При подозрении на наличие экссудата в полости перикарда в первую очередь следует произвести:

5

пункцию перикарда
измерение центрального венозного давления
рентгенографию грудной клетки
фонокардиографию
ультразвуковое исследование (ЭхоКГ) сердца.

#

31

Синдром желудочной диспепсии - это:

5

нормальная перистальтика кишечника
резко усиленная перистальтика кишечника
запоры
отсутствие перистальтики кишечника («гробовая тишина»)
тошнота, рвота.

#

32

Полное отсутствие соляной кислоты и пепсина в желудочном соке называется:

3

гиперхлоргидрией
гипохлоргидрией
ахилией
ахлоргидрией
ахалазией

#

33

Возникновение болей через 2-3 часа после еды характерно для язвенного дефекта с локализацией:

4

в пищеводе
кардиального отдела желудка
пилорического отдела желудка
язвы 12 -перстной кишки
язвы анастомоза.

#

34

Прямым признаком язвенного дефекта в желудке при рентгенологическом исследовании является:

3

рубцовая деформация желудка
дивергенция складок слизистой желудка
симптом «ниши» на контуре желудка
гиперсекреция в полости желудка и дискинезия привратника
замедление скорости эвакуации бариевого содержимого из желудка.

#

35

Урчание при пальпации восходящей и поперечной ободочной кишки предполагает:

5

нормальный феномен

наличие в брюшной полости свободной жидкости
наличие стеноза привратника
скопление большого количества газов в толстом кишечнике (метеоризм у больного с колитом)
избыток жидкого содержимого и газов в толстом кишечнике (например, у больного с острым энтеритом).

#

36

Синдром мальабсорбции проявляется всеми симптомами:

4

портальной гипертензии

желтухи

запоров

потери массы тела

цианоза

#

37

Анемия при синдроме мальабсорбции обусловлена:

4

дефицитом витаминов А и Е

дефицитом витамина Д

дефицитом витаминов В₁, В₆

дефицитом железа, витаминов В₁₂ и фолиевой кислоты

дефицитом никотиновой кислоты.

#

38

Причиной функционального запора является:

5

мегаколон (патологическое расширение кишки)

долихосигма (патологически удлинённая сигмовидная кишка)

дивертикулез (патологическое выпячивание отделов стенки) толстого кишечника

гиперфункция щитовидной железы

употребление легкоусвояемой пищи.

#

39

Выраженное желудочное кровотечение сопровождается:

3

всегда - болевым синдромом

кровавой рвотой

рвотой содержимым темно-коричневого цвета ("кофейной гущи")

дегтеобразным стулом

двигательным беспокойством.

#

40

Похудание и атрофия мышц, наблюдаемые при заболеваниях печени, свидетельствуют о:

3

наличии дуодено-гастрального рефлюкса

увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени

сердечной недостаточности, обусловленной миокардиодистрофией

снижении дезинтоксикационной функции печени.

#

41

«Печеночный» запах изо рта при заболеваниях печени свидетельствует о:

5

наличии дуодено-гастрального рефлюкса

увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза

нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени

сердечной недостаточности, обусловленной миокардиодистрофией

деструкции и распаде печеночных клеток.

#

42

Причиной кожного зуда при заболеваниях печени является:

2

дуодено-гастральный рефлюкс

холестаз с увеличением желчных кислот в крови

нарушение синтетической (белковообразовательной) функции печени

сердечная недостаточность, обусловленная миокардиодистрофией
деструкция и распад печеночных клеток.

#

43

Недостаточное разрушение эстрогенов при хроническом заболевании печени проявляется:

2

«бледностью» ладоней

«печеночными» ладонями

сыпью на коже

гинекомастией

«географическим» языком.

#

44

«Печеночные» ладони представляют собой:

4

внутрикожные отложения холестерина в виде бляшек

мелкоточечные кровоизлияния в кожу

петехиальную сыпь

симметричное покраснение Thenar и Hypothenar

накопление желчных кислот в коже.

#

45

Симптом Курвуазье – это:

1

увеличенный, болезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой

увеличенный безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет

механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, определяется болезненность в зоне Шоффара-Риве

увеличенная и болезненная печень с симптомом желтухи

увеличенная и безболезненная селезенка без желтухи.

#

46

При дуоденальном зондировании обнаружение в порции «В» признаков воспаления свидетельствует о:

1

воспалении желчного пузыря

пептической язвы

воспаления 12 перстной кишки

воспаления поджелудочной железы

дискинезии желчного пузыря.

#

47

Указать основной клинический признак синдрома портальной гипертензии:

1

асцит

желтуха

«сосудистые» звездочки

гинекомастия

«печеночные» ладони.

#

48

Асцит, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, увеличение селезенки, варикозное расширение вен пищевода у больных с заболеваниями печени обозначается синдромом:

4

астено-вегетативным

диспепсическим

геморрагическим

портальной гипертензии

гепато-лиенальным.

#

49

Расширенные и извитые вены передней брюшной стенки - признак:

2

синдрома печеночно-клеточной недостаточности

синдрома портальной гипертензии

синдрома гепато- спленоmegалии

синдрома механической желтухи

синдрома кишечной непроходимости.

#

50

Боли опоясывающего характера в верхней половине живота наблюдаются при патологии:

3

желудка

печени

поджелудочной железы

слепой кишки

сигмовидной кишки.

#

51

Обильный кашицеобразный жирный кал наблюдается при:

4

желудочной гиперсекреции

желудочной гипосекреции

внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы

внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

энтероколите.

#

52

Болезненность в точках Де Жардена, Кача и Мейо-Робсона характерна для воспалительного поражения:

4

желудка

двенадцатиперстной кишки

почек

поджелудочной железы

селезенки.

#

53

Для внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы характерно:

5

желтуха

цианоз

прибавка в весе

анасарка

стеато- и креаторея.

#

54

Учащенное (частое) мочеиспускание- это:

1

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия.

#

55

Болезненное и частое мочеиспускание- это:

2

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия.

#

56

Увеличение суточного количества мочи в два раза по сравнению с возрастной нормой - это:

5

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия.

#

57

Суточный диурез в объеме 1/15 (или 5%) от возрастной нормы и ниже – это:

4

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия.

#

58

Нефротический синдром проявляется:

2

гиперальбуминемией

протеинурией выше 3 г/сутки

гиперпротромбинемией

гиперкальцийурией

артериальной гипертензией

#

59

Синдром почечной недостаточности проявляется:

3

гипогликемия

гипергликемия

гиперазотемия

гиперальбуминемия

нормостенурия

#

60

Снижение концентрационной функции почек проявляется:

2

азотемией

гипоизостенурией

ишурией

анурией

протеинурией

#

61

Хроническая почечная недостаточность проявляется:

3

гиперальбуминемией

гипокалиемией

гиперкреатининемией

уробилинурией

гипербилирубинемией

#

62

Главным признаком нефротического синдрома является:

2

лейкоцитурия

гиперпротеинурия

гематурия

цилиндрурия

бактериурия.

#

63

ПРЕОБЛАДАНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ В МОЧЕВОМ ОСАДКЕ (БОЛЕЕ 90%) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

2

тубулоинтерстициальномнефрите

пиелонефрите

гломерулонефрите

наследственном нефрите

аллергическом нефрите

#

64

КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ

3

Сулковича
Нечипоренко
Зимницкого
Реберга–Тареева
Аддис -Каковского

#

65

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

3

усиливается в вертикальном положении
выслушивается на протяжении систолы
уменьшается при физической нагрузке
проводится на сосуды шеи
выслушивается во всех точках аускультации

#

66

ЗУБЕЦ Т НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1

реполяризации желудочков
деполяризации предсердий
реполяризации предсердий
деполяризации предсердий и желудочков
поздней деполяризации желудочков

#

67

ПОКАЗАТЕЛИ НПР (ДО) ДЕТЕЙ В 1 ГОД — 1 ГОД 3 МЕСЯЦА ВКЛЮЧАЮТ

3

перешагивание через препятствия чередующимся шагом
умение ходить по поверхности шириной 15-20 см на высоте от пола 15-20 см
длительное хождение, изменение положения (приседает, наклоняется)
перешагивание через препятствия высотой 10–15 см или длиной 35 см чередующимся шагом
спускается по ступенькам самостоятельно

#

68

С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

4

анализ Аддиса – Каковского
проба Сулковича
проба Зимницкого
проба Макклюра – Олдрича
проба Дюке

#

69

РЕБЁНОК ПОВОРАЧИВАЕТ ГОЛОВУ В СТОРОНУ ЗВУКА С

2

1 месяца
2 месяцев
3 месяцев
4 месяцев
5 месяцев

#

70

ФОРМУЛА ДЛЯ РАСЧЁТА КОЛИЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДО 1 ГОДА

2

$n + 4$
 $n - 4$
 $4n - 20$
 $20 - 2n$
 $4n + 20$

#

71

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ РЕДКОСТЬ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

2

сухостью слизистой оболочки
недоразвитием кавернозной части подслизистой ткани
отсутствием нижнего носового хода
слабой васкуляризацией
сгущением крови

#

72

ГОРТАНЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИМЕЕТ ФОРМУ

3

бочкообразную
удлиненную
воронкообразную
цилиндрическую
веретенообразную

#

73

ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ

3

20-40
20-30
40-60
60-80
80-90

#

74

КАКАЯ СТРУКТУРА ОБЕСПЕЧИВАЕТ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ КРУГОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПЛОДА?

2

аранцев проток
боталлов проток
пупочная вена
воротная вена
нижняя полая вена

#

75

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

3

I межреберья
II межреберья
II ребра
III межреберья
III ребра

#

76

СМЕЩЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

1

гипертрофии левого желудочка
гипертрофии правого желудочка
перитоните
метеоризме
асците

#

77

БОТАЛЛОВ ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ

4

легочную артерию с пупочной веной
пупочную вену с нижней полой веной
пупочную артерию с аортой
легочную артерию с аортой
пупочную вену с портальной веной

#

78

У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

3

по правой средне ключичной линии
на 2 см кнаружи от правой парастернальной линии
по правой парастернальной линии
на 2 см кнаружи от правой средне ключичной линии
на 1 см кнаружи от правой средне ключичной линии

#

79

У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА ЧАСТОТА ПУЛЬСА В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

4

60-80
80-100
100-120
140-160
160-180

#

80

ДЛЯ РАСЧЕТА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕБЁНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ИСПОЛЬЗУЮТ ФОРМУЛУ

4

$60+n$
 $80+(n-2)$
 $80+(n-5)$
 $90+2n$
 $100+2n$

#

81

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ОТЁКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ

4

Нечипоренко
Зимницкого
Аддиса-Каковского
Мак-Клюра
Пастернацкого

#

82

КИРПИЧНЫЙ ЦВЕТ МОЧИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА РАЗВИТИЕ

1

мочекислового инфаркта почек
пиелонефрита
гломерулонефрита
цистита
уретрита

#

83

КЛИРЕНС ПО ЭНДОГЕННОМУ КРЕАТИНИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

3

секрецию
реабсорбцию
клубочковую фильтрацию
диурез
инфекцию мочевыводящих путей

#

84

СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕДОРАЗВИТИЕМ

1

кардиального отдела желудка
дна желудка
пилорического отдела желудка
тела желудка
желудочных складок

#

85

ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ОТЕКА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА

3

узостью голосовой щели
состоянием голосовых связок
наличием в них подслизистой основы и высокой степенью васкуляризации
особенностями мышечного аппарата гортани
особенностями строения гортани

#

86

К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

4

пейеровы бляшки
селезенка и костный мозг
эпифиз и гипофиз
тимус и костный мозг
Цистерна Пеккета

#

87

АКТИВНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ АЛЬВЕОЛ ВНУТРИУТРОБНО ПРОИСХОДИТ НА МЕСЯЦЕ ГЕСТАЦИИ

3

3-4

5

6-7

8-9

10-11

#

88

ОЧАГИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ИСЧЕЗАЮТ К

3

3 неделям внутриутробной жизни
3 месяцам внутриутробной жизни
периоду новорожденности
6 месяцу после рождения
12 месяцам после рождения

#

89

ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПРОТЕИНУРИИ ВЕРОЯТНО ПОРАЖЕНИЕ

1

клубочков
петель Генле
дистальных канальцев
собирательных трубочек
лоханок

#

90

МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ИЗМЕРИТЬ

4

аэродинамическое сопротивление дыхательных путей
функциональную остаточную емкость
внутригрудной объем газа
жизненную емкость легких
газовый состав вдыхаемого воздуха

#

91

ПОД ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ПОНИМАЮТ

3

достигнутый уровень созревания отдельных органов, систем и функций организма ребенка
соответствие физиологических и функциональных показателей ребенка возрастным стандартам
совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
комплекс морфологических свойств организма, характеризующих его рост и развитие на каждом возрастном этапе
комплекс морфофизиологических свойств организма на различных возрастных этапах

#

92

«ФРЕНИКУС» - СИМПТОМ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ

4

на 3 см выше середины ключицы

в углу, образованном ключицей и наружным краем musculus sternocleidomastoideus
в области яремной вырезки грудины
между ножками musculus sternocleidomastoideus dextrum
в точке пересечения ключицы и среднключичной линии

#

93

ПУЭРИЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ У ДЕТЕЙ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

2

с рождения до 4 лет

с 6 мес до 5-7 лет

с 6 мес до 12 лет

с 1 года до 8 лет

с 5 лет до 16 лет

#

94

УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА (Г/Л) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

3

100-110

110-120

120-140

140-160

160-180

#

95

САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ НАЧИНАЮТ ФУНКЦИОНИРОВАТЬ У ДЕТЕЙ

1

ещё до рождения

с рождения

с 3 месячного возраста

с 1-3 лет

с 3-5 лет

#

96

НАЛИЧИЕ ГЕМОРРАГИЙ НА КОЖЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПАТОЛОГИИ _____ СИСТЕМЫ

1

свёртывающей

иммунной

дыхательной

пищеварительной

сердечно-сосудистой

#

97

У НОВОРОЖДЁННЫХ ЛУЧШЕ ДРУГИХ РАЗВИТА _____ ФУНКЦИЯ КОЖИ

3

бактерицидная

терморегулирующая

резорбтивная

выделительная

защитная

#

98

ОКРУГЛЫЕ ФОРМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОБЪЯСНЯЮТСЯ

1

большим удельным весом подкожной клетчатки по отношению к массе тела

большим размером жировых клеток, меньшей толщиной кожи и малой двигательной активностью ребёнка

меньшей толщиной кожи

малой двигательной активностью ребёнка

наличием бурого жира

#

99

СНИЖЕНИЕ ТУРГОРА ТКАНЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

2

рахите

эксикозе

анемии

гипотиреозе
сахарном диабете

#

100

ПОЗДНЕЕ ЗАКРЫТИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1

рахита

анемии

эксикозе

алиментарный маразм

белково-энергетическая недостаточность

#

101

МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

3

эпилепсии

менингита

рахита

анемии

детского церебрального паралича

#

102

КАКОЙ РЕФЛЕКС НАБЛЮДАЕТСЯ У ЛЕЖАЩЕГО НА СПИНЕ РЕБЕНКА ПРИ СГИБАНИИ ОДНОЙ НОГИ В
ТАЗОБЕДРЕННОМ И КОЛЕННОМ СУСТАВАХ, А ЗАТЕМ ВЫПРЯМЛЕНИИ В КОЛЕННОМ?

2

верхний Ландау

Кернига

Брудзинского средний

Галанта

Бабинского

#

103

У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СЛАБО РАЗВИТЫМ ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1

кардиальный

тело

пилорический

антральный

дно желудка

#

104

КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ X10³

3

50-100

100-150

150-300

400-500

500-600

#

105

2-ОЙ «ПЕРЕКРЕСТ» НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ НАСТУПАЕТ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

3

1-2

2-3

4-5

6-7

8-9

#

106

КОЛИЧЕСТВО БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ _____ %

1

1-5

10

15

20

25

#

107

ОСНОВНЫМ ОРГАНОМ СИНТЕЗА ЛИМФОЦИТОВ У ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1

тимус

селезенка

костный мозг

почечный эпителий

печень

#

108

ЗАЩИТУ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОБЕСПЕЧИВАЕТ

3

IgG

IgM

IgA

IgD

IgE

#

109

ПЕРЕДНЕЙ ДОЛЕЙ ГИПОФИЗА ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

4

окситоцин

T3

T4

ТТГ

АДГ

#

110

АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕЗИРУЕТСЯ

1

клубочковой зоной надпочечников

задней долей гипофиза

щитовидной железой

передней долей гипофиза

корой надпочечников

#

111

ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА РАЗВИТЫ НЕДОСТАТОЧНО У ДЕТЕЙ

1

раннего возраста

старшего возраста

дошкольников

школьников

подростков

#

112

СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

4

100 – 130 г/л

120 – 140 г/л

130 – 160 г/л

180 – 240 г/л

240 – 280 г/л

#

113

МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ НА

1

1 – 4 день после рождения

5 – 7 день после рождения

7 – 9 день после рождения

9 – 11 день после рождения

11 – 12 день после рождения

#

114

СОДЕРЖАНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ В КРОВИ РЕБЕНКА СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

3

3,5 – 4,5 x 10¹²/л

4,5 – 5,0 x 10¹²/л

5,0 – 6,5 x 10¹²/л

6,5 – 7,0 x 10¹²/л

7,0– 7,5 x 10¹²/л

#

115

ОБЫЧНО КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ ПРЕВЫШАЕТ 18-20X10⁹/Л НОВОРОЖДЕННОГО НА

1

1 – 5 день жизни

5 – 10 день жизни

10 – 14 день жизни

15–20 день жизни.

21 – 25 день жизни

#

116

ПЕРВЫЙ «ПЕРЕКРЕСТ» ЧИСЛА НЕЙТРОФИЛОВ И ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

2

1-3 день жизни

4-5 день жизни

7-9 день жизни

10-12 день жизни

14 – 18 день жизни

#

117

ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

1

2-4 мин

5-7 мин

8-9 мин

10-12мин

12 -15 мин

#

118

Течение рахита, согласно классификации, характеризуется как

4

хроническое, непрерывно рецидивирующее

подострое

рецидивирующее

острое, подострое, рецидивирующее

острое, хроническое, abortивное

#

119

При рахите имеются следующие периоды:

1

разгара

острый

возбуждения

рецидивирующий

ремиссии

#

120

Наиболее физиологичным методом профилактики рахита является назначение витамина D

2

в дозе 400-500 МЕ через день круглый год

в дозе 400-500 МЕ ежедневно, с октября по май (т.е., исключая солнечные месяцы)

в дозе 1000 МЕ ежедневно, круглый год

в дозе 2000 МЕ ежедневно, в течение одного месяца три раза за 1-й год жизни

витамин D и УФО по 1-й неделе ежемесячно

#

121

Симптомами гипервитаминоза D у детей являются:

2

Повышение температуры тела, анурия, судорожный синдром, жидкий стул рвота, потеря массы тела, гипофосфатемия, положительная проба Сулковича повышенный аппетит, ожирение, гиперфосфатемия, отрицательная проба Сулковича краниотабес, остеомаляция, рахитические чётки, положительная проба Сулковича гипотония, метеоризм, гепатомегалия, спленомегалия, отрицательная проба Сулковича

#

122

Укажите характерную для спазмофилии клиническую форму:

5

гемолитическая форма
bronхообструктивная форма
отечная форма
анемическая форма
экламптическая форма

#

123

При хроническом нарушении питания тяжелой степени назначают:

1

принцип “омолаживания” пищи
антибиотики
сердечные гликозиды
глюкокортикоиды
диуретики

#

124

У ребёнка 3-х месяцев появились облысение затылка, беспокойный сон, повышенная потливость. О каком патологическом состоянии можно думать?

3

анемия
спазмофилия
рахит
фосфат-диабет
хондродистрофия

#

125

Результаты обследования, характерные для нервно-артритического диатеза:

2

алкалоз, дислипидемия
ацидоз, гиперурикемия, уратурия
снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
гиперлипидемия, гипопропротеинемия,
увеличение С-реактивного белка, ДФА и сиаловой пробы

#

126

Для начального периода рахита характерно:

2

повышение температуры
потливость
костные деформации
вздутие живота
нарастающая бледность

#

127

Для рахита периода разгара назначают

4

спазмолитические препараты
цитратная смесь по 1 ч.л. 2 раза в день, масляный раствор витамина D по 1000-2000 ME ежедневно
поливитамины
цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день, масляный раствор витамина D по 500-1000 ME ежедневно
витамин D по 2000-5000 ME (в зависимости от тяжести рахита) ежедневно в течение

30-40 дней, далее витаминпрофилактика

#

128

Характерные клинические проявления явной спазмофилии:

3

рвота, головная боль, снижение температуры тела
повышение температуры тела, беспокойство
ларингоспазм, карпопедальный спазм, эклампсия
диарея, обезвоживание, отказ от груди
краниотабес, деформация нижних конечностей

#

129

Для хронического нарушения питания тяжелой степени характерно:

1

стойкая анорексия, резкое угнетение секреции ЖКТ
неполное исчезновение ПЖК, кожа розовая, положительный индекс Чулицкой
эластичность и тургор в норме
хорошая терморегуляция и иммунное состояние
сохранение ранее приобретенных навыков

#

130

Возможным исходом нервно-артритического диатеза является:

2

язва желудка
подагра, обменные артриты
когнитивные нарушения
дыхательное недостаточность
хроническая надпочечниковая недостаточность

#

131

У ребенка 6 мес. на фоне легкого течения ОРВИ появились повторные клонические судороги. При осмотре диагностированы признаки рахита средней степени тяжести. Кальций крови – 1,2 ммоль/л. Данных о перинатальном повреждении ЦНС нет. Показатели ликвора нормальные. Вскармливание искусственное. Какое состояние наиболее вероятно?

5

нейротоксикоз
менингит
энцефалит
энцефалитическая реакция
спазмофилия

#

132

Какой симптом типичен для скрытой спазмофилии?

1

лицевой феномен Хвостека
карпопедальный спазм
эклампсия
ригидность затылочных мышц
симптом Лессажа

#

133

Мать 3-х месячного мальчика жалуется на беспокойный сон у ребенка, снижение аппетита. При осмотре: уплощение затылка, размягчение краев большого родничка, в анализе крови – гипокальциемия, Hb – 110 г/л, СОЭ – 8 мм/час. Какое заключение верно?

5

анемия умеренной степени
эпилепсия
спазмофилия
фосфат-диабет
рахит, острое течение

#

134

Укажите характерные кожные проявления экссудативного диатеза:

3

экхимы

энантема

молочный струп

везикуло-папулезная сыпь

геморрагические высыпания

#

135

Какой из перечисленных признаков характерен для лимфатико-гипопластического диатеза?

2

гиперплазия дуги аорты, «шаровидное» сердце

увеличение вилочковой железы и периферических лимфоузлов

периферические отеки

гнейс

”куриная” грудь, ”квадратная” голова, ”Х”- и ”О”- образные нижние конечности

#

136

Назначьте лечение 3-месячному ребенку, которому выставлен диагноз начальный период рахита (I ст).

4

витамин D3 по 200.МЕ 3 раза в день 30 дней

витамин D3 по 500 МЕ через день в сочетании с 10-дневным курсом массажа

витамин D3 по 500 МЕ ежедневно круглогодично, без перерыва на лето

массаж, гимнастика, витамин D3 по 2 тыс.МЕ ежедневно, 30 дней, далее

профилактические дозы

витамин D3 по 4 тыс.МЕ ежедневно, 30 дней, на фоне курса УФО через день

#

137

В лечении нетяжелой (I ст.) хронической формы гипервитаминоза D используются:

3

препараты Са

молочная диета, творог

витамины “А” и “Е”, алмагель, трилон Б, диету обогатить растительными продуктами

и злаками

интенсивная дезинтоксикационная терапия,

глюкокортикостероиды (средние, высокие дозы), курс – 1 месяц

#

138

В лечении тяжелой острой интоксикации при гипервитаминозе D используются:

5

молочная диета

антибиотики широкого спектра действия парентерально

препараты Са в сочетании с витамином D по 500 МЕ ежедневно

мочегонные препараты

дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды, витамины “А” и “Е”

#

139

Для диагностики какой патологии характерен такой клинический признак, как карпопедальный спазм?

3

для дефицита железа

для гипофосфатемии

для гипокальциемии

для фебрильных судорог

для эписиндрома

#

140

При хроническом нарушении питания умеренной степени имеются?

3

дефицит массы 5%-10%

дефицит массы 10%-20%

дефицит массы 20%-30%

дефицит массы 30%-40%

дефицит массы 40%-45%

#

141

Аллергический диатез клинически проявляется

2

астеническим синдромом
кожным синдромом
надпочечниковой недостаточностью
невротическим синдромом
иммунодефицитным состоянием

#

142

Какой диатез характеризуется нарушением пуринового обмена и повышением синтеза мочевой кислоты

5

атопический
аллергический
лимфатико-гипопластический
нервно-артритический
экссудативно катаральный

#

143

При наличии каких клинических проявлений, Вы будете предполагать гиповитаминоз В₁₂ (цианкобаламина)?

4

кровоточивость десен, расшатывание и выпадение зубов, геморрагическая сыпь на коже
дерматит, диарея, деменция, дилатационная кардиомиопатия, бессонница, слабость
глоссит, стоматит, гингивит, хейлоз, некротическая ангина, язвенный гастрит и энтерит
мегалобластическая анемия, атрофический гастрит, отставание в психомоторном развитии
хронический полиневрит, парестезии, вялые параличи и парезы кистей и стоп

#

144

С помощью каких клинических проявлений можно заподозрить у больного гиповитаминоз В₁ (тиамина)?

5

потливость, нервозность, признаки остеонной гиперплазии
диарея, деменция, фотодерматозы, дерматит
геморрагии, выпадение зубов, хейлит, стоматиты
мегалобластическая анемия, атрофический гастрит.
полиневриты, парестезии, охриплость голоса, мышечная слабость

#

145

Какие клинические проявления помогают заподозрить у больного гиповитаминоз К (филлохинона):

5

цинга, скорбут
дерматит, диарея, деменция
спру-глоссит, стоматит, гингивит, хейлоз.
ночная слепота, кератомалация, гнойнички, гипоацидный гастрит и др
кровоточивость по сосудисто-тромбоцитарному типу

#

146

Назовите витамин, дефицит которого приводит к полиневритам, потери чувствительности, атаксии, жжению в пальцах ног и стопах.

3

Вит. С

Фолиевая кислота

Вит. В₁

Вит К

Вит А

#

147

Назовите витамины, дефицит которых приводит к мегалобластической анемии:

2

Вит. С, Вит В₆

Фолиевая кислота, Вит В₁₂

Вит. А, Вит. В₁

Вит К

Никотиновая кислота

#

148

Какие продукты необходимо включить в рацион больным имеющим дефицит витаминов В₁, В₂, В₆?

1

злаковые, дрожжи, яичный желток, листовые овощи, печень.
преимущественно мясные продукты
преимущественно продукты растительного происхождения
кефир, биолакт, йогурт
преимущественно цитрусовые

#

149

Дефицит каких продуктов в рационе питания может привести к развитию цинги (гиповитаминозу С)?

3

злаковые, дрожжи, яичный желток, листовые овощи, печень
преимущественно мясные продукты, печень
преимущественно продукты растительного происхождения (зеленые овощи, цитрусовые, ягоды, шиповник, смородина и др.)
преимущественно молочные продукты
рыба и морепродукты, различные виды растительных масел, яйца

#

150

В каких продуктах витамина и провитамина А мало?

2

печень, яйца
дрожжи, хлеб, зеленые листья овощей, свекла
шиповник, морковь, горох
сыр, молоко
рыбий жир

#

151

Критерием истощения тканевых запасов железа является:

2

снижение уровня общей железо-связывающей способности (ОЖСС) менее 45 мкмоль/л
снижение уровня ферритина сыворотки ниже 10-12 мкг/л, уменьшение % насыщения трансферина железом ниже 25%
снижение количества эритроцитов и гемоглобина
уменьшение размеров эритроцитов (микроцитоз)
повышение дисфераловой сидероурии

#

152

При каких лабораторных показателях Вы вправе поставить диагноз железодефицитная анемия тяжелой степени?

3

снижение уровня гемоглобина ниже 90 г/л, гиперхромия, пойкилоцитоз
снижение уровня гемоглобина ниже 110г/л , микросфероцитоз,
снижение уровня гемоглобина ниже 70г/л, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоцитоз
снижение уровня гемоглобина ниже 100г/л, гипохромия
Снижение уровня гемоглобина ниже 130 г/л, цветовой показатель ниже 1,0

#

153

Подумайте, какой диагноз можно поставить при следующих лабораторных показателях: повышение ОЖСС (выше 63 мкмоль/л), снижение % насыщения трансферина железом менее 20%, снижение содержания железа в сыворотке крови ниже 12-14мкмоль/л

1

железодефицитная анемия
В12-дефицитная анемия
микросфероцитарная анемия
талассемия
апластическая анемия

#

154

Наличие каких клинических признаков позволяет предположить у больного наличие железодефицитной анемии?

2

кожные покровы «алебастровые», м.б. «готическое» нёбо, петехиальная сыпь
кожные покровы бледные; волосы тусклые, ногти ломкие с исчерченностью, глоссит
кожные покровы бледные с легкой или выраженной желтушностью, экхимозы
большой живот за счет гепатоспленомегалии, гемартрозы.
кожные покровы с лимонным оттенком, выраженная гепатомегалия.

#

155

В основе целиакии лежит непереносимость

4

углеводов злаков

белков животного происхождения

белков коровьего молока

белков злаков

жиров животного происхождения

#

156

Вторичная лактазная недостаточность манифестирует

1

в любом возрасте

во втором полугодии жизни

в пубертатном возрасте

в дошкольном возрасте

в младшем возрасте

#

157

Ребенку 8 мес. Мать обратилась с жалобами на периодическое дрожание подбородка, усиливающееся во время беспокойства, вздрагивания во сне. При осмотре: положительные симптомы Маслова, Люста, Хвостека. Ваш диагноз?

4

гипервитаминоз D

эпилепсия

перинатальная патология цнс

спазмофилия

рахит, острое течение

#

158

На какой срок Вы назначите лечебную диету больному с целиакией?

1

пожизненно

на 1-2 месяца

на 6 мес.

до пубертатного периода

на 1 год

#

159

Специфическая профилактика витамин-д-дефицитного рахита здоровым доношенным детям проводится препаратами витамина д в суточной дозе равной _____ ме

1

400 – 500

500 – 1000

1000 - 1500

2000 – 4000

5000

#

160

Запас железа в организме определяет показатель

3

гемоглобин

трансферрин

ферритин

гематокрит

аппоферритин

#

161

Продолжительность лечения железодефицитной анемии легкой степени тяжести составляет ____ мес.

2

2 мес.

3 мес.

5 мес.

6 мес.

1 год

#

162

В какой дозировке дают препарат железа при саплементации у доношенных детей с 6 месяцев

5

6 мг элементарного железа

8,5 мг элементарного железа

9 мг элементарного железа

11 мг элементарного железа

12,5 мг элементарного железа

#

163

К признакам железодефицитной анемии относят повышение

2

уровня сывороточного железа

железосвязывающей способности сыворотки крови

коэффициента насыщения трансферрина

уровня ферритина в крови

гемоглобина

#

164

Какой белок транспортирует железо из крови в костный мозг?

3

гемосидерин

ферритин

трансферрин

миоглобин

протопорфирин

#

165

Примером негемового железа в организме является

2

гемоглобин

ферритин

гемосидерин

миоглобин

апоферритин

#

166

Критерием развития железодефицитной анемии у детей от 6 месяцев до 5 лет по нормативам ВОЗ (по венозной крови)

является снижение гемоглобина менее ___ г/л

3

90

100

110

120

130

#

167

Для анемии тяжелой степени характерно снижение гемоглобина ниже ___ г/л

1

70

90

100

110

120

#

168

Для диагностики железодефицитной анемии необходимо определение

4

железосвязывающей способности сыворотки и общего билирубина

сывороточного железа, ферритина и общего билирубина

сывороточного железа, трансферрина и общего билирубина

сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки и ферритина

гемоглобина, эритроцитов, СОЭ

#

169

Для железодефицитной анемии в периферической крови отмечается

1

гипохромия, микроцитоз
гиперхромия, макроцитоз
ретикулоцитоз, гиперхромия
макроцитоз, ретикулоцитопения
макроцитоз, ретикулоцитоз

#

170

Какие изменения периферической крови трактуются как анемия?

3

снижение уровня гемоглобина и ретикулоцитов
снижение уровня гемоглобина и цветового показателя
снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, цветового показателя
снижение числа эритроцитов и ретикулоцитов
снижение уровня гемоглобина, тромбоцитов

#

171

К АГЛЮТЕНОВЫМ КАШАМ ОТНОСИТСЯ

4

ячневая
манная
овсяная
гречневая
перловая

#

172

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ФЕРРОТЕРАПИИ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ
ДОЗИРОВКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

3

скоростью повышения гемоглобина
факторами риска развития анемии
степенью анемии
экономическими факторами семьи
регионом проживания

#

173

ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА 1-ГО ГОДА
ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА

2

молочными кашами
мясными продуктами
овощными пюре
фруктовыми соками
злаками

#

174

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ РЕБЕНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

3

витрум бэби
мультабс
феррум-лек
пиковит
океанис-бэби

#

175

К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ХРОНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА
ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

1

бледность кожных покровов, снижение массы тела, уменьшение толщины
подкожно-жирового слоя
повышение температуры тела, бледность кожных покровов, снижение массы тела
снижение массы тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя,
повышение температуры тела
повышение температуры тела, уменьшение толщины подкожно-жирового слоя,

бледность кожных покровов
снижение массы тела, снижение тургора, появление отеков

#

176

СКРЫТАЯ ТЕТАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

3

рахита

гипервитаминоза D

спазмофилии

белково-энергетической недостаточности

паратрофии

#

177

НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

4

1,2 – 2,55

1,25 – 1,35

1,29 – 2,26

2,2 – 2,7

2,7-3,3

#

178

НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФОСФОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л

2

0,2 – 0,7

1,1 – 1,4

2,2 – 2,7

3,0 – 3,3

3,5-4,5

#

179

ЧТО ВЫСТУПАЕТ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АВИТАМИНОЗА ВИТАМИНА А?

2

ороговение и цианотичный оттенок кожи ягодиц

нарушение сумеречного зрения

болезненные трещины в углах рта

повышенная ломкость ногтей, выпадение волос

красный дермографизм

#

180

О каком заболевании можно думать, если у больного сочетаются кровоточивость десен, расшатывание и выпадение зубов, геморрагическая сыпь на коже?

2

рахит

цинга

болезнь бери-бери

пеллагра

«куриная слепота»

#

181

Рассчитайте дозировку препарата железа (в мг элементарного железа) 6-месячному ребенку с железодефицитной анемией умеренной степени. Вес ребенка 8200 гр.

2

5,5

16,4

20,4

28,2

40,2

#

182

Рассчитайте дозировку препарата железа (в мг элементарного железа) 12-месячному ребенку с железодефицитной анемией тяжелой степени. Вес ребенка 11,0 кг.

3

10 мг

22 мг

33 мг

44 мг

55 мг

#

183

Во время внутримышечного введения вакцины АКДС у ребенка 5 мес. внезапно появились явления ларингоспазма, бледность кожи, цианоз губ, «петушиный крик», остановка дыхания, напряжение всего тела с запрокинутой головой.

Аллергологический анамнез ребенка не отягощен. Перед прививкой осмотрен семейным врачом, признаков инфекционного заболевания не отмечалось.

Какой наиболее вероятный диагноз в данной ситуации?

2

анафилактический шок

спазмофилия (рахитогенная тетания)

эпилепсия

острый рахит

гипервитаминоз Д

#

184

У ребенка 8-месячного возраста после введения в рацион пшеничной, овсяной и манной каши отмечаются симптомы мальдигестии и мальабсорбции, которые длятся на протяжении месяца. Родился с весом 3200 гр., в весе прибавлял стабильно, находился в «зеленой зоне» по графикам ВОЗ, однако за последний месяц в весе прибавил лишь 100 грамм. Оцените имеющиеся данные, о каком диагнозе можно думать?

2

врожденная дисахаридазная недостаточность

целиакия – глютенная энтеропатия

транзиторная лактазная недостаточность

острый гастроэнтероколит

непереносимость белков коровьего молока

#

185

У мальчика 2-х лет после перенесенной острой респираторной инфекции снизился аппетит, появилась рвота и субфебрилитет. Мальчик пониженного питания, вялый, не интересуется окружающим, не хочет ходить. Объективно: выражена мышечная гипотония, деформации скелета (X-образные нижние конечности).

Выслушивается систолический шум, тахикардия. В крови: анемия, гипогликемия, гипокалиемия, гипофосфатемия, повышенная активность щелочной фосфатазы. В моче: полиурия, глюкозурия, гипераминоацидурия.

Оцените имеющиеся данные? О каком заболевании можно думать?

3

острый рахит период разгара

подострый рахит период разгара

синдром Дебре – де Тони – Фанкони

период остаточных явлений рахита

спазмофилия (рахитогенная тетания)

#

186

У ребенка 10 мес. В течение мая-месяца отмечается повышенная возбудимость, беспокойный сон. Вскармливание искусственное, витамин D не получал. При осмотре: повышенного питания, психомоторное развитие соответствует возрасту.

Выражены признаки рахита. Положительные симптомы Труссо, Маслова, Люста.

Уровень кальция в сыворотке крови – 1,7 ммоль/л.

Оцените имеющиеся данные? О каком заболевании можно думать?

4

спазмофилия, явная форма

острый рахит, период разгара

период остаточных явлений рахита

спазмофилия, скрытая форма.

подострый рахит, период разгара

#

187

На осмотре у 2-месячного ребенка педиатр обнаружил краниотабес, размягчение краев большого родничка, размеры которого 3,5*3,5 см, развернутую нижнюю апертуру грудной клетки, гаррисонову борозду, воронкообразную деформацию грудной клетки, распластанный живот, отмечается выраженная потливость с кисловатым запахом пота, ребенок непрерывно трет голову о подушку. Витамин Д не получает, в связи с пандемией коронавирусной инфекции самоизолировался дома, на улицу выходят редко по 10-15 минут один раз в три дня. О каком заболевании можно думать на основании описанных симптомов.

2

спазмофилия, явная форма
острый рахит, период разгара
период остаточных явлений рахита
спазмофилия, скрытая форма.
подострый рахит, период разгара

#

188

Ребенок 2-х месяцев, родился в срок с весом 3500 г. На смешанном вскармливании. В настоящее время весит 4900 г. Дайте оценку массы тела ребенка.

5

хроническое нарушение питания умеренной степени
угрожаем по хроническому нарушению питания
хроническое нарушение питания тяжелой степени
белково-энергетическая недостаточность
масса тела соответствует возрасту

#

189

Ребенок 30 дней, родился недоношенным с массой тела 2300 г. У матери гипогалактия, за первый месяц ребенок набрал 300 г. Оцените какое предположение семейного врача будет оптимальным в данной ситуации?

4

Докорм коровьим молоком
Докорм 5% манной кашей
Перевод на искусственное вскармливание коровьим молоком
Докорм адаптированными смесями+восстановление лактации у матери
Наблюдение в динамике

#

190

Мальчика 2-х лет госпитализировали по поводу уменьшения массы тела, неустойчивого стула, анорексии, которые появились после введения в рацион манной каши (с 5 месяцев).

Ребенок адинамичный, вялый, кожа бледная, сухая, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Живот вздут, напряжен, при перкуссии в верхней части живота определяется тимпанит, шум всплеска. Испражнения пенистые, светлые, зловонные. В копрограмме: нейтральный жир в большом количестве. Оцените представленные данные. Какая причина гипотрофии наиболее вероятна у ребенка?

3

врожденная лактазная недостаточность
приобретенная лактазная недостаточность
целиакия (глутеновая энтеропатия)
дисбактериоз кишечника
транзиторная лактазная недостаточность

#

191

Мальчика 2-х лет госпитализировали по поводу уменьшения массы тела, неустойчивого стула, анорексии, которые появились после введения в рацион манной каши

(с 5 месяцев). Ребенок адинамичный, вялый, кожа бледная, сухая, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Живот вздут, напряжен, при перкуссии в верхней части живота определяется тимпанит, шум всплеска. Испражнения пенистые, светлые, зловонные. В копрограмме: нейтральный жир в большом количестве.

Что является «золотым стандартом» диагностики в таком случае?

2

колоноскопия
биопсия стенки тонкого кишечника
исследование эластазы-1 в кале
дыхательный тест на H.pylori

УЗИ кишечника

#

192

Какие из перечисленных лабораторных показателей характерны для железодефицитной анемии

1

сидеропения, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия

лейкоцитопения

тромбоцитопения

появление бластов в периферической крови

лимфопения

#

193

Назовите изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у детей с тяжелой железодефицитной анемией:

4

брадикардия

диастолический шум над верхушкой, приглушенность тонов сердца

смещение границ относительной сердечной тупости во все стороны

систолический шум над верхушкой, приглушенность тонов сердца

развитие перикардита

#

194

Препараты железа могут вызывать следующие побочные эффекты:

2

головокружение

диспептические расстройства

сердцебиение

повышение температуры

одышку, тахикардию

#

195

К депо железа в организме относятся:

1

костный мозг, печень, селезенка

лимфатические узлы

вилочковая железа

кишечник

почки

#

196

Какие данные из акушерского анамнеза матери с Rh«-» фактором могут указать на возможность возникновения ГБН у новорожденного:

2

ранний гестоз

мертворожденность, мед.аборт, выкидыш

сахарный диабет

кольпит

поздний гестоз

#

197

Для оценки этапности появления желтухи применяется:

3

шкала Сильвермана

шкала Даунса

шкала Крамера

шкала Апгар

шкала Баллард

#

198

Причиной развития физиологической желтухи новорожденных является:

1

повышенное разрушение эритроцитов

аномалия строения эритроцитов

аномалия строения гемоглобина

несовместимость матери и ребенка по группам крови

несовместимость матери и ребенка по резус-фактору

#

199

Первым симптомом билирубиновой интоксикации у новорожденных детей является:

1

появление симптомов угнетения

резкое возбуждение

повышение мышечного тонуса

ригидность затылочных мышц

судороги

#

200

Главный метод лечения непрямой гипербилирубинемии:

5

интенсивная терапия

электрофорез

иммунотерапия

фитотерапия

фототерапия

#

201

При наличии симптомов сепсиса с какой комбинации антибиотиков необходимо начинать лечение:

5

меропенем и метрид

цефтриаксон и амикацин

цефотаксим и амикацин

ванкомицин и метрид

ампициллин и гентамицин

#

202

Живорожденный ребенок обязательно имеет признаки:

3

массу тела более 2500 грамм

срок гестации 38-41 недель

самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсацию пуповины

правильно сформированное телосложение

хорошо развитый подкожно-жировой слой

#

203

У ребенка на 7 сутки появилось увеличение молочных желез без воспалительных явлений и сохранилось в течение 3 недель. О каком состоянии идет речь?

3

мастит

флегмона грудной клетки

половой криз

локальный отек

абсцесс

#

204

Ребенку 5 дней. Настоящая масса-3600 г, вес при рождении-3800 г, от срочных родов, рост 52см, ОГ-36 см, ОГК-34 см. Потеря веса за 5 дней – 200 г. Тактика ведения новорожденного?

1

лечения не требуется, т.к. потеря массы физиологическая

требуется инфузионная терапия

требуется введение дополнительного питания

необходимо обследование на наличие заболеваний

следует провести пероральную регидратацию

#

205

Вакцинация новорожденного против гепатита В в родильном доме должна проводиться:

1

в первые 12 часов жизни

на 2 день жизни

на 3 день жизни

на 4 день жизни

при выписке из родильного дома

#

206

Для оценки степени тяжести асфиксии используется шкала:

1

Апгар

Балларда

Сильвермана

Дубовича

Даунса

#

207

В каком случае может развиваться гемолитическая болезнь новорожденного по Rh-фактору, если:

3

у матери Rh (+); у ребенка Rh(-)

у матери Rh (+); у ребенка Rh(+)

у матери Rh (-); у ребенка Rh(+)

у матери Rh (-); у ребенка Rh(-)

у матери Rh (+); у отца Rh(-)

#

208

Для клинической картины гемолитической болезни новорожденного желтушной формы характерно:

4

желтуха на 2-е сутки, удовлетворительное, хорошее состояние

желтуха на 2-3 сутки, гепатомегалия, геморрагический синдром

появление желтухи к концу 1-й недели, темная моча, ахоличный стул

желтуха в 1-е сутки, гепатоспленомегалия, вялое состояние

желтуха на 5-е сутки, гепатомегалия, гнойничковые высыпания

#

209

Достоверно подтвердить диагноз внутриутробной инфекции позволяет:

2

IgA

IgM

IgE

IgG

JgD

#

210

Для этиотропной терапии врожденной герпетической инфекции используют:

4

ампициллин

азитромицин

амфотерицин

ацикловир

мизопростол

#

211

Классом иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей, является:

2

IgM

IgA

IgG

IgE

IgD

#

212

При хламидийной инфекции у новорожденных наиболее эффективными являются:

3

полусинтетические пенициллины

аминогликозиды

макролиды

цефалоспорины

карбапенемы

#

213

По гестационному возрасту недоношенными считаются дети, родившиеся в срок до ___ недель:

1

37

38

39

40

41

#

214

Всемирная организация здравоохранения рекомендует длительность грудного вскармливания:

5

первые 3 месяца

3–6 месяцев

6–9 месяцев

9–11 месяцев

12–24 месяца

#

215

Артериальный (боталлов) проток соединяет:

1

легочную артерию и аорту

пупочную и нижнюю полую вены

легочную и правую подключичную артерии

аорту и левую подключичную артерии

верхнюю и нижнюю полые вены

#

216

Источник поступления эргокальциферола в организм:

2

Мясные продукты

Продукты растительного происхождения

Грудное молоко

Яичный желток

Воздействие солнечных лучей

#

217

Источником поступления холекальциферола в организм является:

4

Рисовая крупа

Гречневая крупа

Сок манго

Грудное молоко или адаптированные молочные смеси

Хлебобулочные изделия

#

218

Первое гидроксилирование провитамина D3 происходит:

3

В клетках печени

В интерстициальной ткани легких

В клетках слизистой желудка

В тубулярном эпителии

В лимфоидной ткани

#

219

Второе гидроксилирование метаболитов витамина D3 происходит:

4

В клетках головного мозга

В интерстициальной ткани легких

В клетках слизистой желудка

В тубулярном эпителии почек

В лимфоидной ткани

#

220

Действие дигидрохолекальциферола заключается:

3

- В торможении продукции IgA
- В ускорении костного созревания
- В способствовании абсорбции кальция в кишечнике
- В ускорении полового развития
- В ускорении абсорбции железа в кишечнике

#

221

Обязательным условием для развития витамин D- дефицитного рахита является:

1

- Повышение продукции паратгормона
- Повышение продукции кортизола
- Снижение продукции щелочной фосфатазы
- Потеря организмом солей фосфора
- Понижение продукции паратгормона

#

222

Витамин D -зависимые формы рахита характеризуются:

2

- Доминантным наследованием
- Рецессивным наследованием
- Полигенной обусловленностью
- Возникновением только под воздействием факторов внешней среды
- Наличием внешних признаков рахита уже при рождении

#

223

В возникновении витамин D- резистентных форм рахита ведущую роль играет:

5

- Алиментарный фактор
- Мальабсорбция
- Лечение дефицитного рахита недостаточными дозами витамина D
- Плохие социальные условия
- Тубулопатия

#

224

Для диагностики дефицитного рахита требуется определение:

3

- Уровня магния в сыворотке крови
- Содержания натрия в сыворотке крови
- Активность щелочной фосфатазы
- Активность аланинаминотрансферазы
- Активность аспаратаминотрансферазы

#

225

Терапия лечебными дозами витамина D требует контроля:

1

- Кальциурии
- Фосфатурии
- Артериального давления
- ЭКГ
- Температуры тела

#

226

Какие две незаменимые жирные кислоты ребенок получает с грудным молоком?

2

- Пальмитиновую и стеариновую
- Линолевую и альфа-линоленовую
- Капроновую и гамма-масляную
- Линолевую и стеариновую
- Пальмитиновую и капроновую

#

227

Какое из перечисленных состояний новорожденного ребенка является противопоказанием к его раннему прикладыванию к груди матери?

3

низкая масса тела при рождении
короткая уздечка языка
асфиксия
субфебрилитет

ринит

#

228

Противопоказанием к естественному вскармливанию со стороны ребенка является:

4

гиполактазия
выраженные проявления аллергического диатеза
целиакия
фенилкетонурия
муковисцидоз

#

229

Миелинизация нервных путей в основном завершается:

3

к 1 году
к 2-3 годам
к 3-5 годам
к 5-7 годам
к 7-10 годам

#

230.

Путем сжатия двумя пальцами кожи, подкожной клетчатки и мышц на внутренней стороне плеча или бедра определяют:

3

эластичность
влажность кожи
тургор тканей
ломкость сосудов
чувствительность

#

231

Снижение тургора тканей свидетельствует о:

2

остром рахите
хроническом нарушении питания
экссудативно-катаральном диатезе
железодефицитной анемии
склеродермии

#

232

При пальпации подкожно – жировой клетчатки определяют:

5

эластичность кожи
влажность кожи
ломкость сосудов
чувствительность
наличие отеков

#

233

Интенсивное кровоснабжение костной ткани у детей может способствовать:

3

развитию остеопороза
развитию остеосклероза
развитию остеомиелита
развитию деформаций костей
развитию остеомалации

#

234

При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляют:

2

шизоцитоз
анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
сфероцитоз
макроцитоз
мишеневидные эритроциты

#

235

В основе наследственного микросфероцитоза лежит дефект:

1

белковой части мембран эритроцитов
липидной части мембран эритроцитов
молекулы гемоглобина
всасывания железа
утилизации гемоглобин

#

236

Признаками гемолиза являются:

2

анемия + ретикулопения
ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина
повышение уровня прямого билирубина + геморрагии
гиперемия кожных покровов + спленомегалия
боли в животе+питехии

#

237

При «красной», «розовой», «теплой» или «доброкачественной» лихорадке кожные покровы:

1

умеренно гиперемированы, кожа может быть влажная за счет усиленного потоотделения;
кожа бледная с «мраморным» рисунком, конечности холодные;
характерные высыпания располагаются по всему телу,
характерно появление пятнисто-папулезной сыпи;
появляется экзантема;

#

238

При «белой», «бледной», «холодной» или «злокачественной» лихорадки кожные покровы:

2

умеренно гиперемированы, может быть влажная за счет усиленного потоотделения;
кожа бледная с «мраморным» рисунком, конечности холодные;
характерные высыпания располагаются по всему телу;
характерно появление пятнисто-папулезной сыпи;
появляется экзантема;

#

239

Аспирин в педиатрической практике может вызвать осложнение в виде:

1

синдрома Рея
синдрома «отмены»
из-за опасности развития агранулоцитоза
частого развития острых аллергических реакций
синдрома Кушинга

#

240

Костным признаком рахита является:

2

полиартрит
поражение метаэпифизарных зон
синовиит
артроз
спондилоартропатия

#

241

Для астеноидного телосложения характерно:

2

соответствие массы тела длине тела
дефицит массы тела по длине

избыток массы тела по длине тела
высокие показатели физического развития
низкие показатели физического развития

#

242

Аллергические заболевания у детей с экссудативно-катаральной аномалией конституции развиваются:

3

в 3 % случаев
в 5% случаев
в 25% случаев
в 70% случаев
в 90% случаев

#

243

В периоде новорожденности у детей с экссудативно-катаральной аномалией конституции характерно наличие:

1

опрелостей
недоразвития придатков кожи
септического состояния
гемолитической болезни
недоразвития надпочечников

#

244

У детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции на первом году жизни характерно выявление:

5

муковисцидоза
язвенной болезни
ревматизма
лимфопролиферативных заболеваний
тимомегалии

#

245

Лекарственные препараты в педиатрии дозируют в зависимости от:

1

возраста и массы тела ребенка
стоимости препарата
фирмы-производителя
в долях от дозы взрослого
особенностей дозирования препаратов нет

#

246

Выбор лекарственного препарата при необходимости терапии кормящей женщины определяется:

3

желанием пациентки
стоимостью препарата
проникновением препарата в грудное молоко
количеством кормлений в течение суток
лекарственные препараты при грудном вскармливании не назначают

#

247

К формированию врожденных аномалий сердца приводит воздействие тератогенных факторов на следующем сроке внутриутробного развития:

1

до 10 недель
20–25 недель
25–30 недель
30–35 недель
35–40 недель

#

248

Резкое увеличение пульсового давления является одним из симптомов:

3

артериальной гипертензии
артериальной гипотензии
недостаточности аортального клапана

стеноза аортального клапана
коарктации аорты

#

249

При дефекте межжелудочковой перегородки органический шум сердца наиболее выражен:

3

на верхушке сердца

во втором межреберье справа у грудины

в третьем-четвертом межреберье слева у грудины

на крупных сосудах шеи

в эпигастральной области

#

250

При дефекте межпредсердной перегородки систолический шум обусловлен:

4

сбросом крови через дефект межпредсердной перегородки

относительной недостаточностью митрального клапана

относительной недостаточностью трехстворчатого клапана

относительным стенозом легочной артерии

относительным стенозом устья аорты

#

251

Комплекс Эйзенменгера включает в себя:

4

дефект межпредсердной перегородки

стеноз легочной артерии

гипертрофию левого желудочка

легочную гипертензию

артериальную гипотензию

#

252

При изолированной коарктации аорты в типичном месте одной из жалоб ребенка является:

5

боли в грудной клетке при глубоком вдохе

боли в области левой лопатки, иррадиирующие в левую верхнюю конечность

боли в животе после еды

боли в пояснице при наклонах туловища

боли и слабость в ногах при ходьбе

#

253

В какую фазу течения врожденного порока сердца показано плановое оперативное лечение:

2

в фазу первичной адаптации

в фазу относительной компенсации

в фазу декомпенсации

при комплексе Эйзенменгера

сразу, при выявлении врожденного порока сердца

#

254

Наиболее грозным осложнением врожденных пороков сердца с гемодинамически значимым обогащением малого круга кровообращения является:

3

нарушение ритма сердца

артериальная гипертензия

легочная гипертензия

инсульт

ишемия миокарда

#

255

Выраженность клинической симптоматики при тетраде Фалло в большей степени зависит от:

5

площади дефекта межжелудочковой перегородки

площади дефекта межпредсердной перегородки

степени гипертрофии правого желудочка

степени декстрапозиции аорты

степени стеноза легочной артерии

#

256

Причиной атриовентрикулярной блокады сердца чаще является:

2

симпатикотония

перенесенный ранее кардит

незаращение овального отверстия

артериальная гипертензия

синусовая брадикардия

#

257

Осложнением ревматической лихорадки чаще является следующий приобретенный порок сердца:

1

недостаточность аортального клапана

недостаточность клапана легочной артерии

недостаточность трехстворчатого клапана

дефект межжелудочковой перегородки

дефект межпредсердной перегородки

#

258

Препаратом выбора для увеличения сократительной способности миокарда при застойной сердечной недостаточности у детей является:

2

коргликон

дигоксин

строфантин

фуросемид

рибоксин

#

259

Препаратом выбора для увеличения сократительной способности миокарда при острой сердечной недостаточности у детей является:

3

нитроглицерин

гидралазин

добутамин

каптоприл

солкосерил

#

260

Нефротический синдром является абсолютным показанием для назначения:

2

нестероидных противовоспалительных препаратов

глюкокортикоидов

гипоазотемических средств типа леспенефрила

гипотензивных средств типа раунатина

антибиотиков из группы аминогликозидов

#

261

Из приведенных заболеваний наибольший риск развития ХБП у детей имеет:

4

острый цистит

острый необструктивный пиелонефрит

острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

парциальная почечная гипоплазия

острый пиелит

#

262

Наиболее часто инфицирование мочевыводящих путей происходит

3

гематогенным путем

лимфогенным путем

восходящим (уриногенным) путем

половым путем

воздушно-капельным путем

#

263

Дизурия при заболеваниях почек и мочевыводящих путей является признаком:

5

гломерулонефрита

пиелита

пиелонефрита

интерстициального нефрита

цистита

#

264

Диагностическим критерием пиелонефрита, вызванного кишечной палочкой, является бактериурия (число микробных тел на мл):

5

1.000

10.000

30.000

50.000

100.000

#

265

Общий анализ мочи при остром пиелонефрите включает в себя:

3

белок 5,0 г/л

эритроциты в большом количестве

лейкоциты (нейтрофилы) в большом количестве

лейкоциты (лимфоциты) в большом количестве

эритроцитарные цилиндры

#

266

Анализ мочи по Нечипоренко при остром пиелонефрите у мальчика 5 лет характеризуется:

4

лейкоцитурией 500

лейкоцитурией 1.000

лейкоцитурией 1.500

лейкоцитурией 5.000

эритроцитурией сплошь

#

267

Проба мочи по Аддису-Каковскому при остром гломерулонефрите с нефритическим синдромом включает в себя:

5

белок 5,8 г/сутки

белок 3,0 г/сутки

лейкоциты 1,0 млн

эритроциты 0,5 млн

эритроциты сплошь

#

268

Проба мочи по Аддису-Каковскому при остром гломерулонефрите с нефротическим синдромом включает в себя:

2

белок 1,0 г/сутки

белок 5,0 г/сутки

лейкоциты 2,5 млн.

эритроциты сплошь

цилиндры сплошь

#

269

Основным методом лечения пиелонефрита в активной стадии является:

1

антибиотикотерапия

уросептическая терапия

питье минеральных вод

физеолечение

фитотерапия

#

270

В анамнезе ребенка 2 лет отмечаются преждевременные роды с массой плода менее 3 кг, наличие большой плаценты, признаки внутриутробной асфиксии, высокий уровень гемоглобина, седловидный нос, раннее появление отеочного синдрома. Какое заболевание может иметь место в данном случае?

1

врожденный нефротический синдром

вторичный нефритический синдром

нефронофтиз Фанкони

олигомеганефрония

синдром Альпорта

#

271

У ребенка 8 лет после сильного переохлаждения отмечаются жалобы на общую слабость, выраженные отеки, уменьшение количества мочи. В анализе крови: общий белок 49 г/л, СОЭ 64 мм/ч; холестерин 8,5 ммоль/л; в пробе мочи по Аддису-Каковскому белок 3,5 г/сутки. Ваш предполагаемый диагноз?

4

врожденный нефротический синдром

острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом

острый постинфекционный нефритический синдром

#

272

У ребенка 5 лет при обследовании для поступления в детский сад в показателях крови выявлены СОЭ 10 мм/ч, общий белок 70 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, мочевины 5,5 ммоль/л, креатинин 86 ммоль/л. В анализе мочи: белок 0,095 г/сутки, эритроциты до 25, лейкоциты 2-4 в поле зрения. Ваш предполагаемый диагноз?

2

врожденный нефротический синдром

острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом

острый постинфекционный нефритический синдром

#

273

У ребенка 11 лет отмечаются изменение цвета мочи в виде "мясных помоев", слабость, утомляемость, головная боль. Из анамнеза: две недели назад ребенок перенес ангину с лихорадкой. В анализе крови: анемия, СОЭ 25 мм/ч. В анализе мочи: белок 0,8 г/л, лейкоциты 4, эритроциты 50 в поле зрения. Ваш предполагаемый диагноз?

3

врожденный нефротический синдром

острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом

острый постинфекционный нефритический синдром

#

274

У мальчика 5 лет отмечается бледность кожи, отеки лица, передней брюшной стенки, голеней и стоп. АД 100/65 мм рт. ст. Олигурия. В анализе мочи: белок 5,0 г/л, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты 0 в поле зрения. О каком заболевании можно думать в данном случае?

4

быстро прогрессирующий гломерулонефрит

острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом

острое почечное повреждение

#

275

При профилактическом осмотре у девочки 10 лет выявлены изменения в моче: протеинурия – 0,4 г/сутки, эритроциты 20-25 в поле зрения. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, отеков нет. Неправильный прикус, высокое небо, брахидактилия. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД – 100/60 мм рт. ст. Дед ребенка по материнской линии страдал заболеванием почек и умер от почечной недостаточности. Какой предварительный диагноз?

3

быстро прогрессирующий гломерулонефрит

врожденный нефротический синдром

наследственный нефрит
нефрит Шенлейна-Геноха
острый постстрептококковый гломерулонефрит

#

276

Ребенок 8 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, головную боль, розовый оттенок цвета мочи. За неделю до настоящего заболевания перенес острый тонзиллит. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность лица, АД 130/90 мм. рт. ст. В общем анализе крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3,2 млн., лейкоциты 10,5 тыс., СОЭ 30 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес 1025, белок 0,99 г/л, лейкоциты 10, эритроциты 50, цилиндры гиалиновые 7-8 в поле зрения. Какая терапия показана ребенку?

2

диуретическая
гипотензивная
инфузионная
стероидная
цитостатическая

#

277

В стационар на четвертый день болезни госпитализирован ребенок 10 лет с жалобами на головную боль, утомляемость, отечность лица. В общем анализе мочи - эритроцитурия 100. АД 160/100 мм рт. ст. С какого препарата необходимо начать терапию?

5

биспролола
преднизолона
циклоспорина
циклофосфана
эналаприла

#

278

У ребенка 3-х лет, считавшегося ранее здоровым, без видимых провоцирующих факторов появились отеки на лице, туловище, голенях и стопах. Общее состояние нарушено незначительно. АД – 90/60 мм рт. ст. При обследовании выявлена протеинурия до 4 г/сутки, гипопротениемия, гиперхолестеринемия. Какая терапия показана данному ребенку?

5

антибактериальная
гипотензивная
дезинтоксикационная
цитостатическая
стероидная

#

279

У девочки 8 лет отмечаются головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, учащение и болезненность при мочеиспускании. Заболеванию предшествовало купание в холодной воде. При поступлении состояние средней тяжести, бледность, легкая пастозность век, температура 39,5°C, пальпация левой почки болезненная. Моча мутная. Какое заболевание можно предполагать в данном случае?

3

мочекаменная болезнь

острый гломерулонефрит

острый пиелонефрит

острый уретрит

острый цистит

#

280

Молозиво выделяется в (сроки):

2

1-й месяц беременности
в конце беременности
первые 7 дней после родов

первые 2 недели после родов

первый месяц после родов

#

281

Женское молоко становится зрелым:

3

в конце беременности

в первые 4-5 дней после родов

после 2-х недель после родов

с 2 месяцев после родов

сразу после родов

#

282

Первое прикладывание ребенка к груди после родов:

1

сразу после родов

через 2 часа после рождения

через 6 часов после рождения

через 12 часов

на следующий день

#

283

Для становления лактации и профилактики гипогалактии необходимо:

2

кормить ребенка по часам

кормить ребенка по его "требованию"

чередовать грудь каждое кормление

осуществлять ночной перерыв

докармливать смесью

#

284

Хорошая лактация матери зависит от:

3

размеров грудной железы и формы соска

состояния здоровья матери

частоты прикладывания к груди

соблюдения техники грудного вскармливания

гигиена молочной железы

#

285

Чем богаты цитрусовые (лимоны, апельсины, мандарины), томаты, болгарский перец?

2

витаминами группы В

витамином С

фолиевой кислотой

клетчаткой

железом

#

286

Анемии классифицируются

1

по морфологии эритроцитов

по возрастам пациентов

по полам пациентов

по времени возникновения

по количеству лейкоцитов

#

287

Гипорегенераторными являются анемии
2
гемолитическая анемия
В₁₂-дефицитные
аутоиммунная гемолитическая анемия
острые постгеморрагические
физиологическая анемия у детей до года

#

288

Гипохромия характерно для
2
апластической анемии
железодефицитной анемии
мегалоцитарных анемий
острой постгеморрагической анемии
приобретенных гемолитических анемий

#

289

Причиной мегалоцитарной анемии является:

1

дефицит витамина В₁₂
дефицит витамина В5
дефицит витамина С
дефицит железа
дефицит витамина А

#

290

Для витамин В₁₂ дефицитной анемии характерно

5

нормоцитарный тип кроветворения
микроцитарный тип кроветворения
нормальное созревание клеток
гипохромия
мегалоцитарный тип кроветворения

#

291

Для витамин В₁₂ дефицитной анемии характерно

3

нормохромия
гипохромия
гиперхромия
нормоциты
микроциты

#

292

При гемолитической анемии происходит

2

повышенное разрушение лейкоцитов
повышенное разрушение эритроцитов
повышенное разрушение тромбоцитов
повышенное разрушение агранулоцитов
повышенное разрушение гранулоцитов

#

293

Для гемолитической анемии характерно

2

нормальный уровень сывороточного железа
ретикулоцитоз
ретикулоцитопения
снижение уровня сывороточного железа
нормальный уровень билирубина

#

294

Для гемолитической анемии характерно

2

бледность кожных покров
желтушность кожных покров и склер
землинистый оттенок кожных покров
селезенка не пальпируется
увеличенные периферические лимфатические узлы

#

295

Для апластической анемии характерно

2

гемопоэтическая функция костного мозга не нарушен
полностью подавляется гемопоэтическая функция костного мозга всех трех или одного, двух ростков кроветворения.
частично подавляется гемопоэтическая функция костного мозга всех трех или одного, двух ростков кроветворения.
повышенный гемолиз эритроцитов
длительная лихорадка

#

296

Для апластической анемии характерно

2

гипохромия эритроцитов
нормохромные эритроциты
гиперхромия эритроцитов
микроциты
нормоциты

#

297

Для апластической анемии характерно

5

снижения количество только гемоглобина
снижения количество только эритроцитов
снижения количество только лейкоцитов
снижения СОЭ
панцитопения

#

298

Для апластической анемии характерно

3

увеличение лимфоузлов
увеличение селезенки
выраженная бледность кожных покров и слизистых оболочек
увеличение печени
отечность

#

299

Наиболее распространенная форма гемофилии у детей связана с дефицитом:

1

VIII фактора свертывания;
IX фактора свертывания;
XI фактора свертывания;
XII фактора свертывания.

V фактора свертывания.

#

300

У больного с иммунной тромбоцитопенией:

4

длительность кровотечения резко повышена, время свертывания изменено мало;
время свертывания резко повышено, длительность кровотечения изменена мало;
в одинаковой степени повышено и то, и другое;
и то, и другое в пределах нормы.

длительность кровотечения в норме

#

301

Длительность кровотечения 30 мин и более характерна:

1

для гемофилии;

геморрагического васкулита;

Витамин В12 дефицитной анемии

тромбоцитопатии.

апластической анемии

#

302

Увеличение времени свертывания крови до 20 мин и более характерно:

1

для гемофилии;

тромбоцитопении;

анемии;

геморрагического васкулита.

апластической анемии

#

303

Гемофилии соответствует тип кровоточивости:

3

ангиоматозный;

смешанный;

гематомный;

петехиально-пятнистый.

васкулитный

#

304

При геморрагическом васкулите проявления геморрагического синдрома связано с:

3

тромбоцитопенией;

дефицитом факторов свертывания;

патологией сосудистой стенки;

недостатком железа в крови.

тромбоцитопатией

#

305

Патогенез кровоточивости при тромбоцитопении обусловлен:

3

патологией селезенки;

дефицитом плазменных факторов свертывания;

нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза;

дефицитом витамина К.

снижением качества тромбоцитов

#

306

Для инфекционно-токсической фазы инфекционного эндокардита характерен шум:

1

«дующего» характера
«грохочущего» характера
«жужжащего» характера
«машинного» характера
«опоясывающего» характера

#

307

Основным симптомом синдрома укороченного интервала PQ является:

2

головные боли
приступы тахикардии
энурез
эпизоды брадикардии
боли в животе

#

308

Одной из основных причин миокардиальной сердечной недостаточности у новорожденных является:

2

стеноз устья аорты
асфиксия во время родов
трехпредсердное сердце
коарктация аорты
аорто-легочное соединение

#

309

Соотношение сывороточных белков и казеина в женском молоке составляет:

5

20:80
40:60
50:50
60:40
80:20.

#

310

Основным компонентом жира женского молока являются:

4

Холестерол
Фосфолипиды
Свободные жирные кислоты
Триглицериды
Насыщенные жирные кислоты

#

311

Сцеженное молоко следует:

2

хранить в термостате при температуре 37градусов С не более 3 часов
хранить в холодильнике при температуре не выше 4 градусов С не более 3-6 часов
хранить при комнатной температуре не более 1-2 часов
хранить в холодильнике при температуре не выше 10градусов С не более 5 часов
хранить в термостате при температуре 37градусов С не более 1 часа

#

312

Объем питания, который должен получать в сутки ребенок в возрасте 1 месяца и имеющий массу тела 4000 г, при расчете «объемным» методом составляет:

2

400 мл
800 мл
600 мл
500 мл
300 мл

#

313

Противопоказанием к естественному вскармливанию со стороны ребенка является:

4

гиполактазия
выраженные проявления аллергического диатеза
целиакия
фенилкетонурия
муковисцидоз;
#

314

При каком состоянии со стороны матери возможно кормление грудью?

3

открытая форма туберкулеза с бацилловыделением
ВИЧ инфекция
высев золотистого стафилококка из грудного молока
злокачественные новообразования
острые психические заболевания.
#

315

При необходимости перевода на искусственное вскармливание грудных детей с отягощенным аллергологическим анамнезом целесообразно назначить:

4

смеси на основе изолятов белка сои
смеси с высокой степенью гидролиза белка
адаптированные кисломолочные смеси
смеси с невысокой степенью гидролиза белка
козье молоко
#

316

Какое вскармливание на 1-м году жизни является наиболее адекватным для ребенка?

3

искусственное
смешанное
естественное
смешанное ближе к естественному
смешанное ближе к искусственному
#

317

Истинный круп наблюдается при:

1

дифтерии гортани
острых респираторных вирусных заболеваниях
бронхите
пневмонии
плеврите
#

318

Для инструментальной верификации целиакии проводят:

1

морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки
рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
ирригографию
колоноскопию и биопсию толстой кишки
сцинтиграфию поджелудочной железы
#

319

У 7-месячного ребенка весом 8 кг выявлена умеренная анемия. В какой дозе ему необходимо назначить препарат железа в пересчете на элементарное железо:

1

по 16 мг 1 раз в день в течение 3 месяцев
по 24 мг 1 раз в день в течение 3 месяцев
по 45 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев
по 50 мг 1 раз в день в течение 1 месяца
по 50 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев
#

320

При появлении симптомов отказа от груди следует

1

более часто прикладывать к груди;
ввести докорм молочными смесями;
допаивать ребенка;
немедленно начать кормления из бутылочки
сцеживать грудное молоко

#

321

Принципы организации грудного вскармливания на ранних этапах лактации включают

1

обучение кормящей матери навыкам кормления и ухода за грудью
обязательное допаивание
применение сосок
прикладывание ребенка к груди через 2 часа после рождения
строго регламентированный режим кормлений с первого дня жизни ребенка

#

322

В углеводах грудного молока преобладает сахар в виде

3

сахароза
мальтоза
бета-лактоза
галактоза
глюкоза

#

323

Какой суточный объем пищи необходим ребёнку в возрасте 5,5 месяцев

3

1/5 массы тела
1/6 массы тела
1/7 массы тела
1/8 массы тела
1/9 массы тела

#

324

Суточный объем питания ребенка от 2 до 4 месяцев составляет

4

1/3 часть от массы тела
1/4 часть от массы тела
1/5 часть от массы тела
1/6 часть от массы тела
1/7 часть от массы тела

#

325

Соотношение Белков:Жиров:Углеводов в питании ребенка до введения прикорма должно составлять:

5

1:1:4
1:0,7:3,7
1:2:4
1:2:3
1:3:6

#

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

1

Этиотропная фармакотерапия - это:

1

медикаментозное лечение, направленное на коррекцию или устранение причины заболевания;
представляет собой воздействие на механизм развития болезни;
проводится в тех случаях, когда не удастся воздействовать на причину или патогенез заболевания;
проводится при недостаточности естественных биологически активных веществ;
медикаментозное лечение, направленное на профилактику заболевания.

#

2

На механизм развития болезни воздействует:

4

этиотропная фармакотерапия;
симптоматическая фармакотерапия;
профилактическая фармакотерапия;
патогенетическая фармакотерапия;
ургентная терапия.

#

3

Патогенетическая фармакотерапия - это:

4

медикаментозное лечение, направленное на коррекцию или устранение причины заболевания;
представляет собой воздействие на механизм развития болезни;
проводится в тех случаях, когда не удастся воздействовать на причину или патогенез заболевания;
проводится при недостаточности естественных биологически активных веществ;
медикаментозное лечение, направленное на оказание неотложной помощи.

#

4

Объем распределения лекарственного препарата - это:

3

объем циркулирующей крови;
объем всего организма;
гипотетический объем, необходимый для распределения ЛС в концентрации, равной концентрации в плазме;
гипотетический объем мышечной и жировой ткани, способной вместить лекарственный препарат;
объем циркулирующей плазмы крови, в котором распределен лекарственный препарат.

#

5

Общий клиренс - это:

1

объем крови, который полностью очищается от ЛС в единицу времени;
мера длительности нахождения лекарственного препарата в организме;
скорость кровотока через почки;
скорость метаболизма лекарства в печени;
скорость удаления лекарств из крови в ткани.

#

6

Биодоступность - это:

3

накопление лекарственного препарата, поступившего в системный кровоток;
накопление терапевтических эффектов лекарственного препарата;
доля препарата, достигшая системного кровотока;
доля препарата, связавшегося с белками плазмы;
доля препарата, в несвязанном состоянии.

#

7

Период полувыведения - это:

1

время, за которое концентрация препарата в плазме крови уменьшается в два раза;
время, за которое эффективность препарата уменьшается в два раза;
время, за которое концентрация препарата в плазме крови повышается в два раза;
время, за которое эффективность препарата повышается в два раза;
время, за которое объем распределения уменьшается в два раза.

#

8

Площадь под фармакокинетической кривой:

3

объем плазмы, который полностью очищается от препарата в единицу времени;
сравнительная величина, показывающая различия в биодоступности различных лекарственных форм ЛС;
пропорциональна общему количеству препарата в системном кровотоке;
совпадает с максимумом действия ЛС при однократном назначении;
объем циркулирующей крови;

#

9

Клиническая фармакодинамика изучает:

3

развитие лекарственных средств;

дозы и пути введения препаратов,
особенности воздействия лекарственных средств на организм больного человека;
проблемы адаптации человека к ксенобиотикам;
особенности воздействия лекарственных средств на организм человека.

10

Полный агонист - это препарат, который:

1

дает более высокий эффект, по сравнению с другими агонистами этой же группы рецепторов;
защищает рецепторы от действия антагонистов;
заполняет весь объем распределения;
в больших дозах дает более выраженный эффект;
в малых дозах дает клинический эффект.

11

Неселективные агонисты:

2

обладают большим сродством к рецепторам, нежели селективные;
демонстрируют высокую аффинность к рецепторам различных групп;
вызывают полный блок рецепторов;
обладают более выраженной фармакологической активностью, нежели селективные;
дают более высокий эффект, по сравнению с другими агонистами этой же группы рецепторов.

12

Конкурентный антагонист - это:

3

препарат, сочетающий меньшую стоимость с большей эффективностью;
препарат, который при одинаковой эффективности оказался дешевле, чем все аналогичные средства;
препарат, блокирующее действие которого на рецепторы ослабевает в присутствии высоких концентраций агониста;
препарат, блокирующее действие которого на рецепторы не ослабевает в присутствии высоких концентраций агониста;
препарат, блокирующее действие которого на рецепторы усиливает в присутствии высоких концентраций агониста;

13

Лекарственная зависимость относится к нежелательным лекарственным реакциям:

3

типа А;
типа В;
типа С;
типа D;
типа Е.

14

Тератогенность относится к нежелательным лекарственным реакциям:

4

типа А;
типа В;
типа С;
типа D;
типа Е.

15

Фармакокинетика - это:

1

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств;
изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств;
изучение токсичности и побочных эффектов;
методология клинического испытания лекарств;
изучение взаимодействий лекарственных средств.

16

Величина биодоступности важна для определения:

1

пути введения лекарственных средств;
кратности приема;

скорости выведения;
эффективности препарата;
продолжительности лечения.

#

17

Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:

2

комплаенсом;
фармаконадзором;
фармакоэпидемиологией;
фармакоинспекцией;
хронофармакологией.

#

18

Наиболее частой нежелательной лекарственной реакцией, приводящей к летальному исходу является:

2

анафилактический шок;
желудочно-кишечное кровотечение;
агранулоцитоз;
коллапс;
нейтропения.

#

19

Лекарства преимущественно связываются в плазме с:

1

альбуминами;
глобулинами;
фибриногеном;
мукопротеинами;
трансферрином.

#

20

Что характеризует параметр «кажущийся объем распределения»:

5

скорость всасывания препарата;
скорость выведения препарата;
скорость распада препарата;
эффективность препарата;
способность препарата проникать в органы и ткани.

#

21

Более высокая концентрация препарата в плазме при сублингвальном введении, чем пероральном потому, что:

1

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму;
лекарство не связывается с белками плазмы;
лекарства не связываются с тканями;
увеличивается гидрофильность препарата;
увеличивается липофильность препарата.

#

22

Нежелательные лекарственные реакции типа А:

5

не зависят от дозы;
имеют аллергическую природу;
отсроченные;
возникают при длительном применении лекарственных средств;
встречаются часто.

#

23

Нежелательные лекарственные реакции типа В:

1

не зависят от дозы;
встречаются часто;

возникают после отмены лекарственного средства;
нет эффекта от лекарственного средства;
связаны с механизмом действия лекарственного средства;

24

Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

2

типа А;
типа В;
типа С;
типа D;
типа Е.

25

При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

5

всасывание;
распределение;
метаболизм (биотрансформация);
выведение;
механизм действия.

26

Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

3

30 мин;
1 час;
2 ч и более;
избежать нельзя;
10 часов и более.

27

Эффекты препарата, развивающиеся независимо от дозы или фармакодинамических свойств, называются:

2

токсические;
аллергические;
фармакодинамические;
фармакокинетические;
псевдоаллергические.

28

Высокий объём распределения свидетельствует:

2

о высоких концентрациях свободного препарата в плазме;
о высоких концентрациях препарата в тканях;
о высоких концентрациях связанного препарата в плазме;
о низких концентрациях препарата в тканях;
о хорошей эффективности препарата.

29

Если эффект двух лекарств превышает сумму из отдельных эффектов, то это называется:

4

антагонизм;
суммарный эффект;
аддитивный эффект;
потенцирование;
сенситизация.

30

В понятие элиминации препарата входит:

3

всасывание;
распределение;
экскреция;

связь с белком;
пресистемный метаболизм.

#

31

Что входит в понятие фармацевтическое взаимодействие:

3

вытеснение препарата из связи с белком;
ингибирование метаболизма в печени;
инактивация препаратов в инфузионном растворе;
торможение всасывания лекарств;
взаимодействие на уровне экскреции в почках.

#

32

Укажите заболевание, при котором снижается связывание препаратов с белками плазмы:

3

ишемическая болезнь сердца;
острые инфекции;
цирроз печени;
бронхиальная астма;
пневмония;

#

33

К самым безопасным для плода лекарственным средствам относятся препараты:

1

категории А;
категории В;
категории С;
категории D;
категории Х.

#

34

Абсолютно противопоказаны при беременности препараты:

5

категории А;
категории В;
категории С;
категории D;
категории Х.

#

35

Какой из факторов влияет на почечный клиренс препаратов:

3

пол;
вес;
почечный кровоток;
гипертензия;
заболевания печени.

#

36

Какие факторы приводят к ускорению метаболизма лекарственных средств:

1

курение
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина
лихорадка

#

37

Укажите, где происходит всасывание большей части лекарств:

4

в ротовой полости;
в пищеводе;
в желудке;
в тонком кишечнике;
в толстом кишечнике;

#

38

При заболеваниях печени увеличивается период полувыведения:

3

дигоксина;
гентамицина;
теофиллина;
преднизолона;
ванкомицина;

#

39

Какой из препаратов вызывает ощелачивание мочи:

4

аскорбиновая кислота
ацетилсалициловая кислота;
тиазидные диуретики;
бикарбонат натрия;
эуфиллин.

#

40

Селективность действия лекарственного вещества зависит от:

5

периода полувыведения;
способа приема;
связи с белком;
объема распределения;
дозы.

#

41

При патологии почек возникают следующие изменения фармакокинетики лекарств, кроме:

5

нарушения почечной экскреции;
увеличения концентрации препаратов в плазме;
уменьшения связывания с белками плазмы;
увеличения $T_{1/2}$;
уменьшения биодоступности.

#

42

Хронический прием алкоголя приводит к:

3

увеличению абсорбции лекарств;
увеличению объема распределения лекарств;
замедлению метаболизма в печени;
снижению почечной экскреции;
снижению $T_{1/2}$.

#

43

При использовании тиазидных диуретиков может возникнуть:

4

гиперкалиемия;
гинекомастия;
синдром Рейно;
подагра;
гипогликемия.

#

44

Укажите антибиотик, вызывающий диарею, обусловленную прокинетическим действием:

1

эритромицин;
амоксциллин;
цефтриаксон;
гентамицин;
ванкомицин.

#

45

Развитие недостаточности какого витамина можно ожидать при длительном приеме пероральных контрацептивов:

5

вит. А;
вит. В1;
вит. В2;
вит. С;
фолиевой кислоты.

#

46

Назначение какого витамина при беременности может приводить к порокам развития у ребенка:

1

вит. А;
вит. В1;
вит. В2;
вит. С;
вит. РР.

#

47

Укажите наиболее ранний симптом передозировки сердечных гликозидов:

3

рвота;
гинекомастия;
потеря аппетита;
гиперкалиемия;
тахикардия;

#

48

Укажите, какой из нижеперечисленных эффектов не характерен для верапамила:

3

гепатотоксичность;
отрицательный инотропный эффект;
тахикардия;
АV-блокада;
запоры.

#

49

Выберите гемодинамические эффекты нифедипина:

4

отрицательное инотропное действие, уменьшение ЧСС;
повышение сердечного выброса, снижение ЧСС;
увеличение ЧСС, дилатация венул;
увеличение ЧСС, дилатация артериол;
отрицательный хронотропный эффект;

#

50

Какой из препаратов вызывает снижение активности ренина плазмы:

4

празозин;
гипотиазид;
эналаприл;
метопролол;
нифедипин.

#

52

Какое свойство отличает каптоприл от эналаприла:

2

способность вызывать дилатацию артериол;
зависимость всасывания от приёма пищи;
отсутствие влияния на углеводный обмен;
возникновение побочного эффекта в виде кашля;
отсутствие влияния на липидный обмен;

#

53

Какой препарат вызывает синдром отмены:

2

нифедипин;
пропранолол;
каптоприл;
гипотиазид;
лозартан.

#

54

Какой из препаратов даст наименьшие колебания артериального давления в течение суток:

2

нифедипин;
амлодипин;
верапамил;
нифедипин-ретард SR;
фелодипин.

#

55

Укажите факторы, повышающие гипотензивное действие каптоприла:

2

низкая активность ренина плазмы;
гипонатриемия;
повышенное содержание катехоламинов;
гипернатриемия;
гиперкалиемия.

#

56

Приёмом какого препарата под язык можно купировать эпизоды подъёма АД:

1

каптоприл;
гипотиазид;
атенолол;
рамприл;
фуросемид.

#

57

Какой нежелательный эффект возникает сразу после внутривенного введения клофелина:

2

нарушения ритма;
кратковременное повышение АД;
резкое снижение АД;
AV-блокада;
тахикардия.

#

58

Выберите вазодилататор, не вызывающий тахикардии:

1

эналаприл;
празозин;
нифедипин;
пропранолол;
нитропруссид натрия.

#

59

Чем объясняется быстрый эффект фуросемида внутривенно при гипертоническом кризе:

3

диуретическим действием;
натрийуретическим действием;
дилатацией артерий и вен;
снижением уровня ренина;
активацией РААС;

#

60

Какой побочный эффект β - блокаторов усиливается при сочетании с тиазидными диуретиками:

1

атерогенное действие;
гипокалиемия;

снижение функции почек;
отрицательное хронотропное действие;
отрицательное инотропное действие.

#

61

Выберите препарат, купирующий тахикардию, вызванную артериальными вазодилататорами:

2

верапамил
метопролол
дилтиазем
дигоксин
нифедипин
#

62

Какой препарат вызывает задержку жидкости при длительном приеме:

4

эналаприл;
амлодипин;
бисопролол;
клонидин;
лозартан.
#

63

Какой препарат противопоказан при гипертоническом кризе с выраженной тахикардией:

3

клонидин;
каптоприл;
нифедипин;
эналаприл;
верапамил.
#

64

Какой препарат не следует назначать при сниженной функции почек:

4

фозиноприл;
фуросемид;
нифедипин;
гипотиазид;
амлодипин.
#

65

Какой положительный эффект вызовет сочетание нифедипина с метопрололом:

1

устранение тахикардии;
усиление положительного инотропного действия;
усиление седативного эффекта;
улучшение антиаритмических свойств;
устранение отеков;
#

66

Чем объясняется развитие тахикардии при приеме артериальных вазодилататоров:

2

повышением активности ренина;
повышением активности симпатoadреналовой системы;
симпатолитическим действием;
холинолитическим действием;
холиноблокирующим;
#

67

Какой препарат вызывает наиболее быстрый гипотензивный эффект при сублингвальном приеме:

1

нифедипин;
каптоприл;
клофелин;

атенолол;
фуросемид;

#

68

Действие клонидина обусловлено:

2

блокадой ν_1 – рецепторов;
активацией центральных α_2 -рецепторов;
блокадой β_1 - и β_2 -рецепторов;
блокадой постсинаптических α_1 -рецепторов;
активацией β_1 -рецепторов;

#

69

Одним из гипотензивных механизмов в - блокаторов является:

1

снижение активности ренина плазмы;
блокада ангиотензиновых рецепторов;
торможение сосудодвигательного центра;
активация центральных α_2 -рецепторов;
блокада АПФ.

#

70

К какому эффекту приводит одновременное назначение нифедипина и празозина:

3

увеличению сосудистого сопротивления;
усилению задержки жидкости;
усилению тахикардии;
гиперлипидемии;
гипергликемии.

#

71

Чем обусловлено действие лозартана:

4

блокадой β_1 -рецепторов
активацией центральных α_2 -рецепторов
ингибированием АПФ
блокадой ангиотензиновых рецепторов
блокадой синтеза ренина

#

72

Почему сердечные гликозиды не вызывают увеличения потребления кислорода миокардом:

2

усиливают силу сокращений
снижают ЧСС
замедляют АВ-проведения
вызывают увеличение диуреза
улучшают диастолическое расслабление

#

73

Какой салуретик имеет максимальный калийуретический эффект?

3

этакриновая кислота (урегит);
фуросемид;
гидрохлортиазид (гипотиазид);
спиронолактон (верошпирон);
триамтерен.

#

74

Какой из режимов дозирования верошпирона является наиболее эффективным при ХСН:

2

доза, разделенная на 2 приёма;
вся доза утром однократно;
доза, разделенная на 3 приёма;
через день;
1 раз в неделю.

#

75

Укажите состояние, повышающее чувствительность к сердечным гликозидам:

3

применение антацидов;
застойный гастрит;
пожилой возраст;
гипонатриемия;
асцит.

#

76

При каком ритме сердца повышается эффект сердечных гликозидов?

2

синусовая тахикардия;
мерцательная тахикардия;
мерцательная брадикардия;
мерцательная нормосистолия;
синусовая брадикардия.

#

77

Какой из диуретиков действует в восходящем отделе петли Генле?

3

гидрохлоротиазид (гипотиазид);
спиронолактон (верошпирон);
фуросемид;
триамтерен;
индапамид.

#

78

Какой из перечисленных ингаляционных препаратов в меньшей степени всасывается в системный кровоток:

1

ипратропия бромид;
сальбутамол;
фенотерола гидробромид (беротек);
бекламетазон дипропионат(бекламетазон);
флутиказон пропионат (флутиказон);

#

79

Синдром “запирания” может развиваться при использовании следующих препаратов:

5

преднизолона;
эпинефрина;
ипратропия бромид;
аминофиллина;
 β_2 – адреностимуляторов;

#

80

При одновременном назначении передозировать аминофиллин можно:

с ципрофлоксацином;
фенобарбиталом;
рифампицином;
пенициллином;
азитромицином.

#

81

Какой препарат, назначенный вместе с преднизолоном, способствует развитию аритмий:

2

ипратропия бромид;
гидрохлоротиазид (гипотиазид);
калия и магния аспарагинат;
хлоропирамин;
сальбутамол.

#

82

К базисным средствам для лечения бронхиальной астмы относится:

1

ингаляционные глюкокортикостероиды;
В₂-адреномиметики;
мембраностабилизаторы;
муколитики;
теофиллины.

#

83

Для какого препарата характерны бронхоспазм, дисфония и осиплость голоса:

1

бекламетазон дипропионат(бекламетазон);
ипратропия бромид;
фенотерола гидробромид (беротек);
формотерол;
аминофиллин.

#

84

Селективно стимулирует в₂ – адренорецепторы:

1

формотерол;
флутиказон;
ипратропия бромид (атровент);
бекламетазон дипропионат (бекламетазон);
теофиллин.

#

85

Беродуал – это:

2

фенотерол + будесонид;
фенотерол + ипратропия бромид;
будесонид + формотерол;
бекламетазон + ипратропия бромид;
сальбутамол + ипратропия бромид.

#

86

При ингаляции какого препарата часто развивается кандидоз полости рта:

3

ипратропия бромид;
динатрия хромогликата;
бекламетазон дипропионат (бекламетазон);
сальбутамол;
фенотерола гидробромид (беротек);

#

87

Универсальным стимулятором адренергической системы является:

5

аминофиллин;
сальметерол;
фенотерола гидробромид (беротек);
сальбутамол;
эпинефрин.

#

88

Серетид – это:

4

эфедрин + теофиллин;
теофиллин + этилендиамин;
будесонид+ фенотерол;
флютиказон + сальметерол;
сальбутамол + ипратропия бромид;

#

89

Какой из препаратов может привести к повышению артериального давления:

4

аминофиллин;

ипратропия бромид;
фенотерол;
преднизолон;
будесонид.

90

Для профилактики бронхиальной астмы лучше использовать:

4
холинолитики;
симпатомиметики;
антигистаминные лекарственные средства;
ингаляционные глюкокортикостероиды;
теофиллины.

91

Хромогликат натрия является препаратом выбора у больных с:

4
тяжёлой формой бронхиальной астмы
неаллергической формой астмы
аспириновой астмой
атопической бронхиальной астмой
астмой физического усилия

92

При интермиттирующем течении atopической бронхиальной астмы назначение кромоглициевой кислоты целесообразно:

4
при появлении первых симптомов;
за 2-3 дня до ожидаемого обострения;
за 1-2 недели до ожидаемого обострения;
за 3-4 недели до ожидаемого обострения;
при приступах.

93

К побочным эффектам кетотифена относится:

2
бронхоспазм после приёма препарата;
сонливость;
нарушение сна и раздражительность;
раздражение слизистой оболочки дыхательных путей;
раздражение слизистой желудка.

94

Трёхкомпонентная схема для эрадикации *H. Pylori* включает:

2
фамотидин+омепразол+ амоксициллин;
омепразол+амоксициллин+кларитромицин;
фамотидин+ амоксициллин+ кларитромицин;
омепразол+ де-нол+фамотидин;
омепразол + амоксициллин + линкомицин.

95

К побочным эффектам, требующим отмены ингаляционных кортикостероидов, относится:

4
развитие кандидоза полости рта;
дисфония;
спорадический кашель после ингаляции;
возникновение бронхоспазма после ингаляции;
сухость во рту.

96

Какой из перечисленных препаратов максимально угнетает секрецию соляной кислоты:

4
фамотидин;
ранитидин;

мизопростол;
омепразол;
атропин.

97

Какой из перечисленных препаратов способствует эрадикации *H. pylori*:

3

азитромицин;
фамотидин;
кларитромицин;
линкомицин;
гентамицин.

#

ПСИХИАТРИЯ

1.

Какой раздел психиатрии занимается исследованием закономерностей проявлений психических расстройств, этиологических и патогенетических факторов, лежащих в основе распознаванием и лечением психических болезней?

1

Частная психиатрия
Общая психопатология
Организационная психиатрия
Социальная психиатрия
Военная психиатрия

#

2.

Укажите одну из нижеперечисленных задач психиатрии:

3

Изучение основных направлений психологии
Организация экстренной медицинской помощи населению
Разработка методов лечения психических расстройств
Сортировка пострадавших при чрезвычайных ситуациях
Изучение морфологических изменений при заболеваниях

#

3.

Какой из разделов психиатрии занимается вопросами определения вменяемости и дееспособности?

3

Социальная психиатрия
Частная психиатрия
Судебная психиатрия
Военная психиатрия
Детская психиатрия

#

4.

Какая область психиатрии изучает общественные явления, имеющие отношение к психическому здоровью и общественные меры профилактики психических расстройств?

3

Биологическая
Возрастная
Социальная
Общая
Судебная

#

5.

Какая область психиатрии занимается вопросами психических расстройств у людей пожилого и старческого возраста?

2

Нозологическая
Гериатрическая
Психосоматическая
Специфическая
Биологическая

#

6.

На приеме у семейного врача девушка, которую привезли родственники. Они сообщили, что два года назад она перенесла операцию на головном мозге после тяжелой ЧМТ, полученной в автоаварии. Родственники сообщили, что в течение последней недели пациентка стала плохо спать, злобная, раздражительная. Так же они сообщили, что она стала "видеть своего умершего дядю". Какова причина развития психического расстройства в данном случае?

1

Экзогенная

Эндогенная

Соматогенная

Психогенная

Генетическая

#

7.

Какой из вышеперечисленных терминов используется, когда психическое расстройство связано с воздействием физических факторов:

1

Органическое

Когнитивное

Невротическое

Психогенное

Личностное

#

8.

На приеме у семейного врача мужчина 45 лет с установленным ранее диагнозом "Шизофрения". Известно, что отец пациента лечился в психиатрическом стационаре с тем же диагнозом. Какова причина развития психического расстройства в данном случае?

2

Экзогенная

Эндогенная

Соматогенная

Психогенная

Конституциональная

#

9.

Определите расстройство, которое возникает в результате воздействия психогенного фактора:

4

Шизофрения

Умственная отсталость

Маниакальный эпизод

Расстройство адаптации

Бредовое расстройство

#

10.

Какое расстройство имеет наследственную предрасположенность?

1

Шизофрения

Ипохондрия

Деменция

Делирий

Агорафобия

#

11.

Какое из нижеперечисленных психических расстройств относится к эндогенным?

3

Ипохондрическое расстройство

Расстройства адаптации

Биполярное аффективно расстройство

Специфическое расстройство личности

Алкогольная зависимость

#

12.

Определите психическое расстройство, которое относится к экзогенным:

2

Умственная отсталость

Наркотическая зависимость

Биполярное аффективное расстройство

Острая реакция на стресс

Шизофрения

#

13.

Какое из нижеперечисленных психических расстройств принято относится к психогенным?

2

Биполярное аффективное расстройство

Соматизированное расстройство

Шизотипическое расстройство

Алкогольная зависимость

Расстройство личности

#

14.

На приеме у семейного врача пациента 45 лет жалуется на боли в правом подреберье, запоры, вспыльчивость, бессонницу с кошмарными сновидениями, постоянное напряжение и неспособность расслабиться. С ее слов состояние связано с проблемами в семье (брак на грани распада). Симптоматика имеет преимущественно причину:

4

Соматогенную

Экзогенную

Эндогенную

Психогенную

Конституционально-генетическую

#

15.

Показанием для недобровольной госпитализации в специализированный психиатрический стационар является:

5

Желание больного

Просьбы родственников

Непонятность диагноза

Неопрятный вид

Суицидальные идеи

#

16.

Пациентка 36 лет в течение последних 6 месяцев жалуется на приступы страха, сопровождающихся слабостью, онемением конечностей, снижением АД, нарушения засыпания. Такие приступы возникают внезапно, вне связи с какими-либо событиями, длятся около 30 минут и проходят самостоятельно. Частота приступов в последнее время – один раз в сутки обычно в ночное время. Консультация и обследование у невропатолога (включая ЭЭГ) патологии не выявило. Вынуждена бросить работу, поскольку в любое время боялась возникновения приступа. Наиболее вероятный диагноз:

1

Паническое расстройство

Эпилепсия

Шизофрения

Ипохондрия

Шизоаффективное расстройство

#

17.

На приеме у кардиолога пациент 38 лет жалуется на слабость, одышку при малейшей физической нагрузке в течение последних 2 лет. Убежден, что у него последствия инфаркта миокарда, приводит обширные доказательства из данных интернета и медицинской литературы. С его слов состояние ухудшилось, когда несколько лет назад у него на глазах скончался знакомый от инфаркта миокарда. Спустя короткое время аналогичные симптомы появились и у него. Обследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы значимых отклонений не выявило, однако, это его не убедило, продолжает консультироваться и обследоваться у различных специалистов.

4

Биполярное аффективное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство

Параноидное расстройство личности

Ипохондрическое расстройство

Органическое бредовое расстройство

#

18.

Пациентка К. 29 лет на приеме у семейного врача предъявляет жалобы на тахикардию, гипергидроз, одышку, перепады артериального давления, ощущение «предобморочного состояния». Два года назад была свидетельницей случая, когда идущему впереди мужчине внезапно стало плохо, он упал, прохожие не сразу обратили внимание. В бессознательном состоянии его увезла машина скорой помощи. При направленном расспросе выявляется, что резкое

ухудшение состояния наблюдается всякий раз перед выходом из дома, при столкновении и большим скоплением людей. Появился страх потерять сознание на улице, когда никого из близких рядом не будет.

1

Агорафобия

Соматизированное расстройство

Паническое расстройство

Ипохондрическое расстройство

Социофобия

#

19.

У больного Т. 46 лет на протяжении последних нескольких лет во время профилактических осмотров врачи выявляют неопределенные жалобы в области желудка, периодические боли в области сердца, одышку, не связанные с физическим нагрузками, слабость, запоры, метеоризм, тахикардию. При этом симптоматика неоднократно менялась по локализации и степени выраженности. Специальное инструментальное и лабораторное обследование соматических расстройств не выявляло. Сам больной специально к врачам не обращался, считая свое состояние не столь нарушенным. Беспокоят лишь постоянные неопределенные опасения и хроническое внутреннее напряжение.

3

Изолированная фобия

Соматизированное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство

Ипохондрическое расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство

#

20.

Больной Г. 43 лет доставлен в психиатрический стационар из отделения токсикологии ГКБСП 4 после попытки суицида (выпил большое количество таблеток). Жалобы при поступлении: слабость, заторможенность, сниженное настроение, высказывает мысли о никчемности своего существования, идеи виновности, греховности, считает, что он является обузой для всей семьи, поскольку более в течение уже почти 15 лет. Из анамнеза подобные периоды депрессии наблюдались несколько раз, длительностью до полугода. В то же время отмечает, что были также и периоды повышенной активности, когда в течение нескольких недель успевал сделать многое, очень мало спал (2 часа в сутки), был многоречив и считал, что может многое изменить «в этом мире».

2

Диссоциальное расстройство личности

Биполярное аффективное расстройство

Хроническое бредовое расстройство

Генерализованное тревожное расстройство

Параноидная шизофрения

#

21.

Родственники пациента 30 лет, обратились к семейному врачу за советом. Сообщили, что с детства он был замкнутым, близких друзей не имел. В течение года стал подозрительным, целыми днями сидел один в комнате, закрыв окна шторами и дверь на ключ. Во время консультации держится настороженно. Лишь после длительной беседы рассказал, что «соседи систематически следят», «они являются членами какой-то шайки и хотят физически расправиться». В анамнезе ЧМТ, интоксикаций не было. Всегда был физически здоровым. Какова причина психического расстройства у данного пациента?

4

Экзогенная

Соматогенная

Экзогенно-органическая

Эндогенная

Психогенная

#

22.

У пациента, перенесшего ранее тяжелую ЧМТ, внезапно возникло злобно-тоскливое настроение. Он сказал, что все окружающие плохо к нему относятся, набросился с ножом на соседа, жестоко избил жену и ребенка. Это состояние прошло так же внезапно, как и появилось. Какова причина психического расстройства у данного больного?

2

Психогенная

Экзогенная

Эндогенная

Генетическая

Соматогенная

#

23.

Укажите термин, которым обозначается аффективно-поведенческая реакция, возникающая в ответ на действие стрессора и проявляющаяся беспокойством, тревогой, двигательной активностью:

3

Активация

Апраксия

Ажитация

Ангедония

Агрипния

#

24.

Симптомы стойкого выпадения психических функций, утраты каких-то звеньев психической деятельности вследствие болезни, называются:

2

Резидуальными

Негативными

Позитивными

Кататоническими

Бредовыми

#

25.

Какой из ниже представленных симптомов относится к негативным психическим симптомам?

2

Тревога

Абулия

Гипербулия

Кататония

Галлюцинации

#

26.

На приёме у семейного врача женщина 27 лет, имеющая среднее специальное образование. Жалуется на нарушение сна, чувство страха, тревоги. Известно, что ранее она обращалась к врачу-психиатру, который назначил ей психотропные препараты. На вопрос, почему она не соблюдала рекомендации врача, ответила: "эти препараты вредны для здоровья, они как наркотики. Они из меня точно сделают больную". Какая из нижеперечисленных причин, наиболее вероятно, могла привести к вышеописанному поведению больной?

2

Недостаточная образованность пациентки

Стигматизация психотропных препаратов

Ухудшение соматического состояния от приема психотропных препаратов

Нарушение суждений пациентки, вследствие психического расстройства

Сомнение пациентки в компетентности врача

#

27.

На приёме у семейного врача мужчина 40 лет с просьбой обследовать его на наличие симптомов шизофрении, в связи с тем, что несколько недель у него жил приятель, у которого имеется данное расстройство, и он считает, что «мог заразиться». Какая из наиболее вероятных причин могла привести к возникновению данной ситуации?

1

Негативные мифы о психических расстройствах

Наличие психического расстройства у обратившегося мужчины

Высокий уровень психиатрической грамотности населения

Активная борьба со стигматизацией на государственном уровне

Боязнь заразить других родственников

#

28.

Одним из основных методов диагностики психических расстройств является:

4

Электроэнцефалографический

Инструментальный

Лабораторный

Наблюдение за поведением пациента

Генетический

#

29.

Основным методом диагностики психических расстройств является:

1

Метод расспроса

Лабораторная диагностика
Электроэнцефалография
Морфологическое исследование
Генетический анализ

#

30.

Одним из важных методов диагностики в психиатрии, особенно в случае малоcontactных пациентов является метод:

2

Сбора анамнеза
Наблюдения за поведением
Катамнез
Лабораторный
Инструментальный

#

31.

На приеме у врача психиатра мужчина 20 лет в сопровождении родственников. С их слов, в течение двух лет ничем не занимается, окружающему безучастен. В последнее время родственники заметили, что он «разговаривает сам с собой», смеется без повода, иногда отказывается от еды. Обвинил брата в том, что он что-то подмешивает ему. При беседе утверждает, что у него «всё хорошо», отрицает, что слышит «голоса», хотя временами что-то шепчет. Какая наиболее вероятная форма поведения у пациента?

3

Аггравация
Симуляция
Диссимуляция
Деграция
Дезаггравация

#

32.

Мужчина 35 лет настоял на госпитализацию в психиатрическое отделение. Жалуется на плохую память. Утверждает, что стал бестолковым, забывает куда положил свои вещи. Не может сложить однозначные цифры, заявляя, что «это тяжело» для него, путает палату. В то же время, в отделении, предоставленном сам себе, общается с интеллектуально сохранными больными, читает газеты, грамотно комментирует прочитанное пациентам. Вскоре поступила информация о том, что на него возбуждено уголовное дело о мошенничестве. Каким термином можно обозначить такую форму поведения?

5

Дезаггравация
Диссимуляция
Аггравация
Ажитация
Симуляции

#

33.

Преувеличение имеющейся симптоматики больным обозначается понятием:

3

Симуляция
Диссимуляция
Аггравация
Ажитация
Астенизация

#

34.

Определите вид психиатрической помощи, который будет оказан пациенту, впервые обратившемуся на прием к врачу-психиатру по месту жительства?

2

Диспансерная
Консультативная
Стационарная
Полустационарная
Скорая психиатрическая

#

35.

Какая наиболее вероятная тактика семейного врача при наличии у пациента симптомов психического расстройства невротического «амбулаторного» уровня?

5

Сразу направить на консультацию к психиатру
Выписать психотропные препараты
Направить на госпитализацию в психиатрический диспансер
Сразу направить на психологическое тестирование
Определить диагноз и дать рекомендации по лечению
#

36.

На приеме у семейного врача больной с явными признаками тяжелого психического расстройства. Какую наиболее правильную тактику должен при этом выбрать семейный врач?

3

Назначить психотропные препараты
Направить на консультацию к психологу
Направить на консультацию к психиатру
Оповестить о состоянии больного по месту работы
Провести психологическое тестирование

#

37.

При каких расстройствах необходимо провести инструментальные методы обследования (ЭЭГ, КТ, МРТ)?

4

Невротических расстройствах
Аффективных расстройствах настроения
Специфических расстройствах личности
Органических психических расстройства
Расстройствах адаптации

#

38.

При каком расстройстве ЭЭГ-обследование дает наиболее убедительные результаты

1

Эпилепсия
Шизофрения
Анорексия
Агорафобия
Дисморфомания

#

39.

При каком психическом расстройстве фактор наследственной предрасположенности имеет наибольшую значимость

4

Агорафобии
Деменции
Ипхондрии
Шизофрении
Нервной анорексии

#

40.

Пациентка 45 лет перенесла несколько ЧМТ, но продолжала работать инженером. Не стала справляться со своей работой, снизилась память, стала рассеянной, ворчливой, раздражительной, не может сконцентрироваться. После осмотра психиатра была направлена на медико-социальную экспертную комиссию для решения вопроса о трудоспособности. Какое обследование необходимо провести пациентке для определения наличия и тяжести нарушений психических функций для решения этого вопроса?

5

Электроэнцефалографию
Реэнцефалографию
Компьютерную томографию
Сканирование головного мозга
Психологическое тестирование

#

41.

Определите метод исследования, который используется для диагностики расстройств сна:

2

Допплерография
Полисомнография
Электронейромиография
Краниография
Рентгенография

#

42.

На приеме мальчик 13 лет с мамой. Она рассказала, что мальчик время от времени поднимается в ночное время и бродит по квартире. В это время он может даже открыть запертую дверь, выйти на улицу. При попытке уложить в постель оказывает бессмысленное сопротивление, становится агрессивным, не откликается на имя. Утром жалуется на головную боль, о случившемся ничего не помнит. В раннем возрасте у мальчика были редкие эпилептические приступы. Последние 2—3 года ухудшилась память и успеваемость в школе. Какое исследование необходимо сделать в первую очередь?

5

Магнитно-резонансную томографию

Электроэнцефалографию

Резонансную томографию

Компьютерную томографию

Электроэнцефалографию

#

43.

Больной среди ночи внезапно встает с постели и с открытыми глазами, с отсутствующим выражением лица ходит по комнате, открывает шкафы, ящики столов, перебирает вещи, как будто что-то ищет. Однажды в таком состоянии открыл окно, залез на крышу и ходил по краю без всяких признаков страха. Родственники сообщают, что попытки разбудить больного в этом состоянии ни к чему не приводят, контакт с ним невозможен. Сам больной о своих ночных похождениях ничего не помнит. Какое из ниже предложенных обследований является необходимым для больного?

1

Электроэнцефалография

Краниография

Магнитно-резонансная томография

Консультация невролога

Спинно-мозговая пункция

#

44.

Какой нормативный правовой документ регулирует права пациентов при оказании им психиатрической помощи?

1

Закон КР "О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании"

Приказ Министерства Здравоохранения КР о психиатрической помощи

Закон КР "Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике"

ППКР "Об утверждении нормативных правовых актов в области здравоохранения"

Закон КР "О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике"

#

45.

В каком году был принят Закон КР "О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании"?

4

В 1996 году

В 1997 году

В 1998 году

В 1999 году

В 2000 году

#

46.

Мужчина 35 лет был доставлен родственниками на прием к семейному врачу в связи с суицидальной попыткой. От беседы больной категорически отказывается: «оставьте меня». Какая тактика врача является наиболее правильной?

1

Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар

Отпустить пациента домой, назначить антидепрессанты

Провести с пациентом беседу, оказать психологическую поддержку

Взять от больного обещание, что он ничего с собой не сделает

Провести беседу с родственниками, отпустить с ними домой

#

47.

В каком случае информация о пациенте, содержащая врачебную тайну, может быть выдана врачом-психиатром или психиатрическим учреждением?

2

По запросу родственников пациента

По запросу следственных органов

По запросу с места работы пациента

По запросу супруга / супруги

По запросу с домоуправления

#

48.

Лечение пациента в психиатрическом стационаре при добровольной госпитализации осуществляется:

1

- С согласия пациента
- По заявлению соседей
- С согласия родственников
- По решению врача
- По просьбе работодателя

#

49.

Какой критерий характерен для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

5

- Нарушение сна
- Нарушение характера
- Приступы панических атак
- Расстройства влечений
- Опасность в отношении себя

#

50.

Госпитализация пациента с психическим расстройством в недобровольном порядке производится:

1

- По определению суда
- По заявлению милиции
- По заявлению соседей
- По заявлению родственников
- При наличии инвалидности

#

51.

Больная 40 лет, месяц назад перестала справляться с работой, делала ошибки, была задумчивой, тревожной. Стала считать себя преступницей, просила прощения у родителей. Заявляла, что плохая мать. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе повреждения. Отказывалась от еды. Часто жаловалась на боли в сердце. Какая тактика семейного врача будет наиболее правильной?

5

- Проконсультировать у невролога
- Собрать подробный субъективный анамнез
- Обследовать у кардиолога
- Назначить амбулаторное лечение
- Госпитализировать в психиатрический стационар

#

52.

Больная 40 лет, месяц назад перестала справляться с работой, делала ошибки, была задумчивой, тревожной. Стала считать себя преступницей, просила прощения у родителей. Заявляла, что плохая мать. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе повреждения. Отказывалась от еды. Часто жаловалась на боли в сердце. Какое из ниже перечисленных показаний для госпитализации в психиатрический стационар является наиболее вероятным для данной больной?

1

- Представляет опасность в отношении себя
- Представляет опасность в отношении окружающих
- Отмечается психотическая симптоматика
- Не справляется с работой
- Необходимость сменить обстановку

#

53.

Больная 35 лет, месяц назад перестала справляться с работой, делала ошибки, была задумчивой, тревожной. Стала считать себя преступницей, просила прощения у родителей. Заявляла, что плохая мать. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе повреждения. Отказывалась от еды. Часто жаловалась на боли в сердце. На основании какого документа врач госпитализирует больную в психиатрический стационар?

2

- Соответствующей статьи УК КР?
- Закона «Об оказании психиатрической помощи и гарантиях при её оказании»
- Соответствующей статьи Конституции КР
- Приказа МЗ КР
- Этического кодекса психиатра

#

54.

На прием к семейному врачу привезли больного в состоянии психомоторного возбуждения, который утверждает, что «должен возглавить страну, провести срочные реформы в экономике». Он отказывается от беседы, заявляет, что «все вокруг мешают» ему. Говорит быстро, перебивает всех. При попытке остановить его, кричит, пытается ударить. Угрожал родным и соседям. Какова тактика семейного врача

4

Провести амбулаторное лечение

Уговорить больного лечь в психиатрический стационар

Дать рекомендации родным по взаимодействию с пациентом

Провести недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар

Назначить нейролептики и анксиолитики

#

55.

На прием к семейному врачу был доставлен больной, родственники которого сообщили, что он в течение последнего месяца постоянно злоупотребляет алкоголем. В последнее время ночами не спит, испытывает страх, заявляет, что ночами на крышу прилетают инопланетяне, которые зовут его с собой. Днем же он спокоен, даже пытается что-то делать по дому. Какова тактика семейного врача является наиболее вероятной?

1

Направить больного на стационарное лечение в наркологический диспансер

Направить больного на лечение в психиатрическую больницу

Дать советы родственнику по взаимодействию с пациентом

Назначить психотропные препараты

Рекомендовать амбулаторное лечение

#

56.

Согласно Закона КР «О психиатрической помощи и гарантиях прав при её оказании» больной с психическим расстройством, поступивший в психиатрический стационар в недобровольном порядке, подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации, в течение:

4

24 часов

36 часов

48 часов

72 часов

76 часов

#

57.

Случай фиксации пациента с психическим расстройством - привязывание широкими матерчатыми ремнями к кровати за руки и ноги, фиксируется в специальном журнале и делается по назначению лечащего врача, и делается не более:

2

1 часа

2 часов

3 часов

4 часов

6 часов

58.

К допустимым мерам физического стеснения в психиатрии относятся:

3

Привязывание к креслу

Смирительные рубашки

Мягкая фиксация

Заворачивание в мокрую простыню

Укладывание в спальный мешок

#

59.

Женщина 35 лет, после суицидальной попытки была доставлена на прием к семейному врачу. Известно, что несколько дней назад были похороны сына. На приеме неподвижна, сидит, уста-вившись в одну точку. Не плачет. Держится за сердце. С трудом отмечает на вопросы. Считает себя виновной в смерти сына. Такое состояние длится более месяца. Просит отпустить домой. Говорит, что дома осталось двое детей. Обещает, что так больше делать не будет. Какова тактика врача?

4

Назначить антидепрессанты

После беседы отпустить, взяв от больной обещание

Направить в неврологическое отделение

Направить в психиатрический стационар
Обратиться к больной, чтобы она подумала о других детях

#

60.

Больной 37 лет. На приеме в сопровождении родственников, которые сообщили, что испытывает страх. Озирается по сторонам. Заявляет, что какие-то мужчины в черном угрожают его убить. Ночью не спал, видел, как по дому бегают серые мыши, слышал стук в окно, крики о помощи. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, озирается по сторонам. Какова тактика семейного врача?

5

Назначить нейролептики и отпустить домой

Направить на прием к психотерапевту

Направить на прием к невропатологу

Направить на амбулаторное психиатрическое лечение

Направить на стационарное психиатрическое лечение

#

61.

Больная 35 лет, на приеме у семейного врача в связи с выраженными диспепсическими расстройствами, потерей веса на 5 кг. При обследовании никакой патологии со стороны пищеварительной системы не выявлено, традиционное лечение диспепсических расстройств неэффективно. Обращает на себя внимание повышенная тревожность, нарушение сна, сниженный фон настроения, сезонный характер обращений (осень-весна). Какова тактика семейного врача?

2

Углубленное инструментальное исследование

Направить на консультацию к психиатру

Рекомендовать амбулаторное лечение

Направить на консультацию к гастроэнтерологу

Направить на консультацию к неврологу

#

62.

На прием к семейному врачу обратился больной 52-х лет. Жалуется на боли в области живота. Со стороны внутренних органов патологии не выявилось, в крови и мочи патологических изменений не обнаружено. В процессе беседы удалось установить, что боли появляются вне зависимости от приема пищи, всегда в одно и то же время, когда начинает работать ОРТ канал TV. Заметил, что это диктор телевидения воздействует на него, так как она все время ему подмигивает, направляет на него лучи и вызывает боли в животе. Какова тактика семейного врача?

4

Направить на консультацию к неврологу

Рекомендовать родственникам больного постоянно наблюдать за ним

Назначить лечение нейролептиками

Направить на стационарное психиатрическое лечение

Рекомендовать амбулаторное лечение

#

63.

Больного 33-х лет на прием к семейному врачу привели его родственники. Больной предъявляет жалобы на урчание в животе, боли в желудке, неприятный привкус во рту. Возникновение указанных симптомов связывает с воздействием на него каких-то особых лучей, считает, что это ведут спец. службы. Ощущения впервые возникли около месяца тому назад. Утверждает, что ощущает "лучи под кожей, воздух в животе, перемещение частей кишечника", видит в кишечнике каких-то "паразитов". Какова тактика семейного врача?

4

Направить на обследование в соматический стационар

Назначить нейролептики

Рекомендовать наблюдение родственников

Направить на стационарное психиатрическое лечение

Направить на амбулаторное психиатрическое лечение

#

64.

Больной 42 лет. Известно, что довольно хорошо помнит прошлую жизнь, но очень плохо события 2—3-летней давности, почти не запоминает текущие события. Легко умиляется, плачет, когда смотрит фильмы о детях. При разговоре с врачом переходит от доброжелательного тона к угрожающему, от смеха к слезам. При жизненных затруднениях быстро теряется. С привычной работой стал справляться плохо, делает много ошибок. Известно, что два года назад перенес черепно-мозговую травму. Какова тактика семейного врача?

2

Направить на стационарное психиатрическое обследование

Направить на амбулаторное обследование к врачу-психиатру

Дать рекомендации родственникам больного по взаимодействию с пациентом

Консультировать у врача-невролога

Направить на экспериментально-психологическое обследование

#

65.

Какой основной фактор, который определяет степень решимости пациента или окружающих обратиться за психиатрической помощью?

1

Тяжесть психических нарушений

Молодой/детский возраст пациента

Высокий образовательный уровень

Культуральная принадлежность

Подострое начало заболевания

#

66.

Какой из ниже перечисленных психических симптомов чаще всего способствует решимости родственников больного с психическим расстройством обратиться за психиатрической помощью?

3

Нарушение сна, аппетита

Сенестопатии

Агрессивное поведение

Чувство страха, тревоги

Сниженное настроение

#

67.

Длительная фиксация больного в состоянии психомоторного возбуждения может привести к следующим осложнениям:

1

Пролежням, пережатию крупных нервных стволов и сосудов

Привести к потере сознания

Привести к развитию гипоксии

Привести к смерти больного

Привести к депрессии

#

68.

Какой из ниже представленных ответов является наиболее вероятным по отношению заключения семейного врача о состоянии психического здоровья больного с психическим расстройством?

2

Оно носит окончательный характер

Оно носит предварительный характер

Оно является основанием для ограничения его прав и свобод

Оно является основанием для предоставления ему льгот

Оно является основанием для определения степени инвалидности

#

69.

Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения или его прекращения принимается:

2

Родственниками больного

Комиссией врачей-психиатров

Законным представителем больного

По заявлению больного

Только его лечащим врачом

#

70.

Какое наиболее вероятное показание для отмены диспансерного наблюдения за больным, страдающим психическим расстройством?

1

Значительное стойкое улучшение его психического состояния

Отказ больного от наблюдения

Постановление суда

Постановление прокурора

Протест адвоката

#

71.

К особенностям диспансерного наблюдения за больным, страдающим психическим расстройством, относится:

2

Установление наблюдения за больным с его согласия

Регулярные осмотры врачом-психиатром
Оказание психиатрической помощи больному на дому
Контроль за его соматическим состоянием
Контроль за его личной жизнью

#

72.

Кто наиболее вероятно решает вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения за больным, страдающим психическим расстройством?

1

Комиссия врачей-психиатров
Комиссия ВКК (врачебно-консультативная комиссия)
Зав. диспансером
Лечащий врач
Психолого-психиатрическая комиссия

#

73.

Больная была выписана из психиатрического стационара, где она более одного месяца лечилась по поводу психотической симптоматики: бредовых идей воздействия, «открытости мыслей», комментирующих галлюцинаций. Была выписана из отделения с диагнозом: шизофрения, параноидная форма. Под каким наблюдением она будет находиться?

2

Амбулаторным
Диспансерным
Принудительным
Поликлиническим
Условным

#

74.

Какое из ниже перечисленных мероприятий относится к первичной психопрофилактике?

4

Раннее лечение психических расстройств
Предупреждение инвалидности
Раннее выявление психических расстройств
Предупреждение психических расстройств
Диспансеризация больных с психическими расстройствами

#

75.

Система мероприятий, которые направлены на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания, называется:

2

Третичной профилактикой
Вторичной профилактикой
Первичной профилактикой
Социальной профилактикой
Психокоррекционной профилактикой

#

76.

Система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях, при котором используется правильное использование лекарственных и других средств, применяют лечебную и педагогическую коррекцию и систематическое использование мер адаптации, называется:

2

Первичной профилактикой
Третичной профилактикой
Вторичной профилактикой
Психокоррекционной профилактикой
Социальной профилактикой

#

77.

Всеобъемлющий процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека, называется:

1

Психосоциальной реабилитацией
Психокоррекционной реабилитацией
Психологической реабилитацией
Психиатрической реабилитацией
Психотерапевтической реабилитацией

#

78.

Важным результатом психокоррекционной работы с больным, страдающим психическим расстройством, является:

1

- Реадаптация его к условиям социума
- Повышение его интеллектуального уровня
- Повышение его финансовой грамотности
- Повышение его политической грамотности
- Адаптация его к новой работе

#

79.

Раздел психиатрии, представляющий собой новую организацию медицинской и реабилитационной помощи людям, страдающим психическими расстройствами, с акцентом на, поддержке социального функционирования вместо длительного пребывания в психиатрической больнице (изолированно от социального окружения), называется:

3

- Коммунальной психиатрией
- Общественной психиатрией
- Социальной психиатрией
- Психотерапией
- Социальной терапией

#

80.

Результатом психосоциальной работы с больным, страдающим психическим расстройством является:

3

- Повышение его социальной компетентности
- Уменьшение его дискриминации и стигмы
- Реинтеграция (возврат) его в общество
- Повышение их автономии
- Создание социальной сети (круга его общения).

#

81.

При депрессии на прием семейного врача наиболее часто попадают пациенты с:

1

- Легкой депрессией
- Дистимией
- Умеренно выраженной депрессией
- Тяжелой депрессией без психотической симптоматики
- Тяжелой депрессией с психотической симптоматикой

#

82.

К признакам соматизации депрессии относят следующие симптомы, кроме

3

- утяжеление симптомов в утренние часы
- расстройства сна
- снижение аппетита и потеря веса тела
- появление суицидальной настроенности
- стойкие запоры и дискинезии
- двигательная заторможенность

#

83.

Среди расстройств сна для депрессии наиболее характерными являются

3

- нарушения засыпания
- полная потеря сна
- ранние пробуждения (на 2 и более часов раньше, чем обычно)
- тревожные сновидения с прерывистым сном
- сомнамбулизм

#

84.

По критериям МКБ-10 при легкой и умеренной депрессии симптоматика должна сохраняться на протяжении не менее

4

- Нескольких часов
- Нескольких дней
- 1 недели
- 2 недель

Месяца

#

85.

Депрессия в практике семейного врача обычно

4

Такие пациенты сразу направляются к психиатру

как правило, лечится достаточно легко рациональной психотерапией

требует применения электросудорожной терапии

требует использования антидепрессантов

должна носить комплексный характер, включая витамины и народные средства

#

86.

Пациенты с тревожно-фобическими расстройствами на приеме семейного врача

3

Обычно не встречаются

Обращаются крайне редко

Обращаются достаточно часто

Должны обязательно направляться к психиатру

Требуется вызов скорой психиатрической бригады

#

87.

Одним из клинических вариантов тревожно-фобических расстройств по МКБ-10 является

1

Агорафобия

Ипохондрия

Эпилепсия

Дистимия

Канцерофобия

#

88.

Основным диагностическим критерием панического расстройства являются

1

Панические атаки

Депрессия

Ипохондрия

Агорафобия

Навязчивости

#

89.

При генерализованном тревожном расстройстве главным симптомом является

3

Конкретные фобии

Ипохондрия

Хроническая тревога

Бредовые расстройства

Расстройства сознания

#

90.

При смешанном тревожно-депрессивном расстройстве симптоматика

4

Связана с конкретными стрессовыми событиями

Носит конституционально-генетический характер

Характеризуется глубоким уровнем психических расстройств

Носит нефиксированный характер

Носит периодически повторяющийся характер

#

91.

На приеме семейного врача пациентка 30 лет жалуется на усиленные сердцебиения, слабость, потливость, чувство жара, головные боли, появляющиеся всякий раз перед выходом из дома. Опасается, что может случиться «сердечный приступ». Анализы и инструментальные методы диагностики ничего существенного не выявили. Состояние можно обозначить как

4

Ипохондрическое расстройство

Соматизированное расстройство

Паническое расстройство

Агорафобия

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

#

92.

В течение длительного времени у пациента разнообразные жалобы со стороны различных органов и систем, объективными методами не подтверждающиеся. Тем не менее, постоянно обращается к различным специалистам, проходит различные обследования, посещал народных целителей. Облегчения своего состояния за последние 2 года не почувствовал. Вероятнее всего речь идет о:

3

Агорафобии

Паническом расстройстве

Соматизированном расстройстве

Ипохондрическом расстройстве

Бредовом расстройстве

#

93.

На приеме семейного врача пациент утверждает, что у него рак желудка. Прочитал много литературы по этой теме. Отрицательное заключение консультации онколога его не переубедила. Требует назначить соответствующее лечение, пока не «прошли сроки своевременного вмешательства. Наиболее вероятный диагноз

2

Соматизированное расстройство

Ипохондрическое расстройство

Паническое расстройство

Изолированная фобия

Бредовое расстройство

#

94.

В течение длительного времени пациента беспокоят боли, которые могут менять локализацию, интенсивность. Обычные анальгетики боль не купируют. Обследования и консультации у различных специалистов не обнаруживали причину болевого синдрома. Состояние можно обозначить как

5

Ипохондрическое расстройство

Соматизированное расстройство

Соматоформная вегетативная дисфункция

Генерализованное тревожное расстройство

Хроническое соматоформное болевое расстройство

#

95.

Бессонница неорганической природы обычно рассматривается как

1

Психогенно обусловленная неудовлетворенность качеством сна

Проявление органического мозгового дефекта

Симптом, сопровождающий боль при соматических заболеваниях

Ранний симптом шизофрении

Ранний симптом болезни Альцгеймера

#

96.

Нервная анорексия связана

2

Отсутствием аппетита при различных соматических заболеваниях

С искаженными представлениями об идеальном весе

Является проявлением дисморфофобического бреда

С диспептическими расстройствами

Свидетельствует об интоксикации

#

97.

Умственная отсталость обычно

4

Возникает при неблагоприятных условиях социализации

Носит прогрессирующий характер

Всегда связана с генетической предрасположенностью

Носит врожденный или рано приобретенный характер

При соответствующем лечении может сглаживаться

#

98.

При легкой умственной отсталости коэффициент развития интеллекта составляет

2

80-70 баллов

69-50 баллов

35-49 баллов

20-34 балла

0-19 баллов

#

99.

Умственная отсталость обычно

5

Обычно встречается среди мальчиков

Компенсируется легко методами педагогической коррекции

Хорошо лечится медикаментозно

Носит всегда конституционально-генетический характер

Лечению не поддается

#

100.

Лица с умственной отсталостью обычно

4

Всегда не способны к самостоятельной адаптации

Нуждаются в длительном лечении

Всегда помещаются в специализированные интернаты

Нуждаются в мерах социальной реадaptации

Нежизнеспособны из-за врожденных дефектов развития

#

101.

К женщине 26 лет на дом родные вызвали врача ЦСМ, так как она целые дни проводит в однообразной позе, сидит, низко опустив голову, или лежит в постели; движения крайне замедлены, выражение лица скорбное. Стремление к деятельности отсутствует. Присутствуют суицидальные мысли. Настоящее и будущее видятся мрачными и безысходными. Такое состояние продолжается более месяца. Какой из нижеперечисленных препаратов показан при данной симптоматике?

3

Рisperидон

Карбонат лития

Флуоксетин

Хлорпромазин

Диазепам

#

102.

В отделении психиатрической больницы женщина 30 лет. Оживлена, глаза блестят, танцует и поет. Поверх халата, надела пеструю кофту, украшенную ярким бантом. Волосы в беспорядке, губы ярко накрашены, глаза подведены. Взяв врача под руку, начинает громко с ним разговаривать. В отделении вмешивается во все дела, не дает никому покоя. Какой наиболее вероятный диагноз у пациентки?

5

Специфическое расстройство личности

Биполярное аффективное расстройство

Шизоаффективное расстройство

Расстройство адаптации

Маниакальный эпизод

#

103

Женщина 40 лет в сопровождении родственников на приеме у семейного врача. Они рассказали, что месяц назад перестала ходить на работу. Говорила, что она преступница, просила прощения у родителей. Заявляла, что она плохая мать. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе повреждения, отказывалась от еды. Часто жаловалась на головные боли и боли в сердце. Какая тактика семейного врача будет наиболее правильной?

3

Направить на консультацию к неврологу

Собрать подробный субъективный анамнез

Направить на консультацию к психиатру

Направить на консультацию к кардиологу

Назначить амбулаторное лечение

#

104

Пациентка 42 лет, находится 3-й раз в психиатрическом стационаре. Каждый раз жалуется на утрату чувств к близким, что очень мучительно. Укоряет себя в неблагоприятных поступках, в неправильной жизни, требует суда над собой, наказания. Также бывает раздражительность, чувство тоски и неудовольствия, даже агрессия против окружающих и самой себя; чувство отращения к жизни. Просит помочь, пока с собой что-нибудь не сделала «как в прошлый раз». Препарат из какой группы наиболее показан пациентке?

3

Анксиолитиков (транквилизаторов)

Антипсихотиков (нейролептиков)

Антидепрессантов

Нормотимиков

Гипнотиков (снотворных)

#

105

Определите наиболее правильную тактику семейного врача при наличии у пациента симптомов психического расстройства невротического «амбулаторного» уровня?

2

Сразу направить на консультацию к психиатру

Самостоятельно определить диагноз и дать рекомендации по лечению

Направить на госпитализацию в психиатрический стационар

Вызвать скорую психиатрическую бригаду

Назначить препараты из группы нейролептиков

#

106

жите страх каких ситуаций наиболее характерен агорафобии:

#

107

жите какой из нижеперечисленных страхов

#

108

куперения и страха глубины фобий:

#

жите жаров в среднем продолжительность

109

жесточайшей атаки?

Пациентка – служащая банка – рассказывает, что моет руки столько раз, сколько прикасается к деньгам, хотя осознаёт, что это не нужно так часто делать. Как называется этот симптом?

5

бывания в сумерках

Бредовая идея

заболевания инфекцией

Галлюцинации

понижения зрения

Сенестопатии

понижения слуха

Деперсонализация

запаха в самолёте

Компульсии (навязчивые действия)

2 часов

#

дня

110

На приеме у терапевта мужчина 28 лет с жалобами на усиленное сердцебиение, колющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, потливость, слабость, затрудненное дыхание. Указанные жалобы наблюдаются в течение 6 месяцев и возникают в ситуации большого скопления незнакомых людей. Стараются избе-

гать подобных ситуаций. Какой наиболее вероятный диагноз у пациента?

1

Паническое расстройство

Агорафобия

Социальная фобия

Ипохондрическое расстройство

Диссоциативное расстройство

#

111

Подросток 13 лет с высоким интеллектом, без усилий справляющийся со школьной программой, отказывается ходить в школу, т.к. панически боится вызова к доске из-за того, что при этом покраснеет. Какое расстройство у мальчика?

3

Агорафобия

Изолированная фобия

Социальная фобия

Расстройство личности

Шизофрения

#

112

Определите признак, характерный для диссоциативных расстройств:

5

- Возникают на фоне органической патологии
- Возникают обычно в детском и подростковом возрасте
- Возникают в течение 6 месяцев после тяжелого катастрофического стресса
- Имеют постепенное незаметное начало и окончание
- Возникают внезапно после стресса, так же внезапно заканчиваются

#

113

Женщина 43 лет часто обращается к врачам ЦСМ к различным специалистам с жалобами на разнообразные постоянно меняющиеся по локализации и интенсивности, неприятные ощущения и боли. В большом количестве употребляет лекарства в поисках «эффективных» средств, вопреки запретам врачей. Какое расстройство у пациентки?

4

- Соматоформная вегетативная дисфункция
- Хроническое соматоформное болевое расстройство
- Диссоциативное расстройство
- Соматизированное расстройство
- Ипохондрическое расстройство

#

114

Пациент 38 лет, жалуется на признаки «рака желудка». Объективные методы обследования и консультации хирурга, онколога патологии не выявили. Тем не менее, продолжает поиск консультантов, новые обследования, просит семейного врача назначить химиотерапию. Вероятнее всего речь идет о:

1

- Ипохондрическом расстройстве
- Соматизированном расстройстве
- Диссоциативном расстройстве
- Шизофрении
- Биполярном аффективном расстройстве

#

115

У мужчины 28 лет, несколько месяцев назад появились внезапные приступы удушья с тахикардией и гипергидрозом. ЭЭГ патологии не выявило. Длительность приступов около получаса, затем они спонтанно проходят. Объективные обследования признаков соматической патологии не выявили. Корректный диагноз можно сформулировать как:

5

- Динамический нарушения мозгового кровообращения
- Атипичное течение бронхиальной астмы
- Ипохондрическое расстройство
- Органическое бредовое расстройство
- Паническое расстройство

#

116

Определите какой из нижеперечисленных признаков наблюдается при нервной анорексии:

4

- Органическое повреждение центра голода в головном мозге
- Выраженные соматические нарушения верхнего отдела ЖКТ
- Отказ от пищи по бредовым мотивам
- Отказ от приема пищи в связи с искаженным образом тела
- Расстройство восприятия в виде вкусовых галлюцинаций

#

117

Выберите из нижеперечисленных утверждений наиболее верное определение булимии. Булимия, как симптом - это:

4

- Отсутствие аппетита
- Склонность к поеданию несъедобных вещей
- Один из вариантов расстройства личности
- Патологическая прожорливость
- Нарушение восприятия

#

118

К расстройствам сна неорганической природы относятся диссомнии, которые представляют собой:

4

- Нарушения сна при шизофрении
- Нарушения сна при мании

Нарушения сна при наркозависимости
Первично психогенные нарушения сна
Вторично психогенные нарушения сна

#

119

На приеме у врача невролога мужчина 58 лет жалуется врачу на повышенную сонливость, долгий период пробуждения при достаточной продолжительности сна на протяжении последних месяцев. Неврологической и соматической патологии не выявлено. С каким предварительным диагнозом пациент направлена врачом-неврологом на консультацию к психотерапевту?

3

Первичная инсомния
Парасомния неорганической природы
Гиперсомния неорганической природы
Апноэ сна
Каталепсия

#

120

К врачу ЦСМ обратилась женщина 30 лет, в связи с нарушением сна, аппетита, настроения после того, как на работе обвинили в краже. Особо беспокоят эпизоды страшных сновидений: видит монстров, каких-то существ, которые гонятся за ней, она пытается спастись, но при этом не может двигаться. Наутро подробно рассказывает содержание сновидений. Какое расстройство у этой женщины?

2

Ночные ужасы
Ночные кошмары
Гиперсомния
Каталепсия
Первичная инсомния

#

121

Солдат 18 лет доставлен из воинской части. Повторно отмечен эпизод ночного хождения по казарме. Наутро отрицал наличие такого поведения, дал реакцию, что его «разводят». Какое обследование рекомендовал провести психиатр в процессе консультирования для уточнения диагноза?

3

Экспериментально-психологическое
Электрокардиографическое
Электроэнцефалографическое
Реоэнцефалографическое
Компьютерную томографию

#

122

Укажите в каком возрасте в основном выявляется умственная отсталость легкой степени:

2

В младенческом
В младшем школьном
В среднем школьном
В молодом
В зрелом

#

123

В МКБ 10 умственная отсталость классифицирована на четыре степени на основании показателей интеллектуального коэффициента (ИК). Какая степень умственной отсталости соответствует ИК 35-49 баллов?

2

Легкая
Умеренная
Тяжелая
Глубокая
Атипичная

#

124

Мать привела на прием к психотерапевту девочку 14 лет. С детства любила поесть сладкое. Последнее время «полнота» стала вызывать депрессивные реакции. Часто смотрелась в зеркало. Мать заметила, что девушка перестала есть мучные и жирные блюда, незаметно выбрасывает их, стала худеть. При осмотре вес составляет 41 кг при росте 170 см. На замечания реагирует агрессивно. Какое расстройство у девочки?

4

Соматоформное расстройство

Диссоциативное расстройство
Расстройство личности
Нервная анорексия
Шизотипическое расстройство

#

125

Отказ от приема пищи при нервной анорексии связан:

1

Со страхом «ожирения»
С гормональными нарушениями
Со специфическим расстройством личности
С бредовой симптоматикой
С органическим повреждением головного мозга

#

126

Кардинальным симптомом при нервной булимии согласно критериям МКБ-10 принято считать:

2

Признаки острой интоксикации ПАВ
Чрезмерная озабоченность проблемой контроля веса тела
Признаки гормональной недостаточности
Ментальная ретардация
Органическое повреждение коры головного мозга

#

127

Сексуальные дисфункции как правило:

4

Имеют за собой органические нарушения в мочеполовой системе
Носят врожденный характер
Характерны только для мужского пола
Носят приобретенный характер по психогенным причинам
Характерны только для специфических расстройств личности

#

128

В МКБ 10 умственная отсталость классифицирована на четыре степени на основании показателей интеллектуального коэффициента (ИК). Какая степени умственной отсталости соответствует коэффициент интеллекта 50-69 баллов?

1

Легкая
Умеренная
Тяжелая
Глубокая
Атипичная

#

129

Основными методами работы с лицами с ментальной ретардацией являются:

1

Мероприятия по социальной реадaptации
Массивная терапия современными ноотропными препаратами
Назначение транквилизаторов
Использование методов дезинтоксикации
Оформление направления в закрытые спецучреждения

#

130

Умственная отсталость обычно:

3

Носит приобретенный характер
Связана исключительно с хромосомными aberrациями
Часто связана с патологическими родами
Носит стрессогенный характер
Возникает после 5 лет, после того как формируется характер ребенка

#

131

Среди причин возникновения ментальной ретардации наименее частыми являются:

4

Родовые травмы
Патология вынашивания плода

Повреждения мозга ребенка в первые три года жизни
Наследственными фето- и энзимопатии
Перенесенный токсоплазмоз в период вынашивания
#

132

Укажите какие знания и навыки могут получить лица с умеренной умственной отсталостью:

3

Обучаемы по общеобразовательной программе
Обычно способны к независимому проживанию
Ограниченно усваивают навыки самообслуживания
Могут освоить необходимые навыки для чтения, письма, счета
Усваивают простые профессиональные навыки при организации надзора

#

133

В психиатрическом детском стационаре находится на обследовании мальчик 8 лет. С раннего возраста отстает в развитии. Себя не обслуживает, речь из нескольких слов, крайне скудная. Нуждается в уходе, в поведении импульсивен, не знает возраста, адреса проживания, имен родителей. Какая наиболее вероятная степень умственной отсталости у мальчика?

4

Атипичная
Легкая
Умеренная
Тяжелая
Глубокая

#

134

Мальчик 5 лет, страдает недержанием мочи и кала, возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Не осмысляет окружающего, не дифференцирует близких. Может продуцировать лишь однообразные движения и нечленораздельные звуки. Какая степень умственной отсталости у мальчика?

5

Задержка психического развития

Легкая
Умеренная
Тяжелая
Глубокая

#

135

На приеме у педиатра мальчик 4-х лет с родителями. Жалобы: до сих пор не говорит, издает нечленораздельные звуки. Равнодушен к родителям. Неуклюж, не проявляет интереса к новым игрушкам, вещам, противится к посещениям новых мест, бурно протестует, кричит. Инструкции не выполняет. Заключение сурдолога: слух в норме. Какое расстройство у мальчика?

2

Шизофрения
Детский аутизм
Деменция
Эпилепсия
Умственная отсталость

#

135

В случаях выявления наличия проблем химической зависимости в сферу профессиональной компетенции семейного врача должно входить:

2

Диагностика и лечение подобного рода больных
Вопросы первичной профилактики аддиктивных проблем
Назначение медикаментозной терапии
Проведение дезинтоксикации
Обращение в органы правопорядка

#

136

Укажите содержание этилового спирта в крови при легкой степени алкогольного опьянения:

2

0,3 - 1,0 г/л
0,5 - 1,5 г/л
1,0 - 2,0 г/л
1,5 - 3,0 г/л

2,0 - 4,0 г/л

#

137

Подросток 14 лет, употребляющий периодически гашиш, почувствовал, что части его тела стали непропорциональными, руки и ноги стали короткими, а голова огромной. Посмотрев на себя в зеркало, быстро успокоился, но стоило отойти, как эти ощущения возникли опять. Какое расстройство у этого подростка?

3

Псевдогаллюцинации

Истинные галлюцинации

Расстройство схемы тела

Метамофозии

Сенестопатии

#

138

При умеренной степени острой алкогольной интоксикации концентрация составляет:

2

0,01-0,03 промилле (г/л)

0,3-1,5

1,5- 3,0

3,0-5,0

5,0-7,0

#

139

В МКБ-10 к психоактивным веществам относят следующие, за исключением:

1

Средства для наркоза

Спиртосодержащие напитки

Табачные изделия

Канабиоиды

Производные опийного мака

#

140

В наркологическое отделение доставлен мужчина. 40 лет нарядом патрульно-постовой службы (затеял конфликт в учреждении общественного питания с администратором). Отмечается выраженная дискоординация, дизартрия, агрессивность; речь громкая, скандированная; выраженный запах спиртного. Концентрация алкоголя в крови 3,0 промилле. Определить состояние, которое наблюдается у пациента:

3

Алкогольный делирий

Легкая алкогольная интоксикация

Умеренная алкогольная интоксикация

Тяжелое алкогольное опьянение

Патологическое опьянение

#

141

Определите из нижеперечисленных признаков, наиболее характерный для состояния опийной интоксикации. Больной обычно:

3

Возбужден, испытывает прилив сил

Полностью оторван от реальности и неконтактен

Малоподвижен, погружен в грезы

Склонен к развитию судорожного синдрома

Раздражителен, дисфоричен

#

142

При острой интоксикации психоактивными веществами (ПАВ) из группы психостимуляторов в поведении пациента преобладающими являются:

5

Заторможенность, миорелаксация

Галлюцинаторно-бредовая симптоматика

Раздражительность, дисфория

Отчетливые вегетативные нарушения

Возбуждение, чувство бодрости, активности

#

143

При острой интоксикации психоактивными веществами (ПАВ) из группы галлюциногенов преобладающими в клинической картине являются:

3

Раздражительность, дисфория

Бредовая симптоматика

Разнообразные расстройства восприятия

Прилив сил, ощущение бодрости

Заторможенность, сонливость

#

144

Метаалкогольные психозы обычно:

2

С особо массивным употреблением спиртных напитков

Связаны с воздействием на головной мозг продуктов неполного распада алкоголя

Могут возникать только у мужчин

Наблюдаются преимущественно в молодом возрасте

Наблюдаются при сочетании алкогольной зависимости с эпилепсией

#

145

Все расстройства рубрики F 1 имеют?

1

экзогенные причины

эндогенные причины

психогенные причины

смешанные причины

связаны исключительно с наследственностью

#

146

Химическая зависимость возникает

3

обычно вследствие стресса

связана с органическим поражением ЦНС

при приеме психоактивных веществ

только у наследственно предрасположенных лиц

только у лиц с молодого возраста

#

147

Психоактивные вещества (ПАВ)

2

имеют только растительное происхождение

ранее обозначались как наркотические и токсические вещества

имеют только синтетическое происхождение

широко используются в медицинских целях

не вызывают изменение толерантности организма

#

148

Психоактивные вещества обладают следующими свойствами

5

изменяют толерантность организма

прием их, как правило, сопровождается эйфорией

приводят к неспособности контролировать прием

могут формировать состояние отмены

их прием можно легко прекратить волевыми усилиями

#

149

Табачные изделия в МКБ-10 включены в перечень психоактивных веществ

4

курение считается только «дурной привычкой»

нет, поскольку курение очень распространено

включены, но не во всех странах мира

курение считается одним из видов химической зависимости

нет, поскольку курение не дает эйфоризирующий эффект

#

150

Злоупотребление алкоголем не считается вариантом химической зависимости

1

алкогольная зависимость один из наиболее частых вариантов
нет, злоупотребление алкоголем является лишь «дурной привычкой»
нет, поскольку спиртные напитки продаются в продуктовых магазинах
злоупотребление алкоголем – это только культуральная особенность
алкоголь при правильном употреблении полезен для организма

#

151

Алкоголь при приеме в основном образом всасывается?

3

в ротовой полости
в полости желудка
в тонком кишечнике
в толстом кишечнике
все зависит от количества

#

152

Метаалкогольные психозы включают?

3

алкогольный делирий
алкогольный галлюциноз
алкогольную деменцию
алкогольный паранойд
алкогольную энцефалопатию

#

153

Самыми распространенными вариантами химической зависимости в нашей республике являются?

4

алкогольная зависимость
табакокурение
опиоидная зависимость
употребление кокаина
употребление гашиша

#

154

При опийной зависимости:

3

могут использоваться такие медицинские средства как промедол, морфин и т.п.
героин является одним из вариантов опиоидов
ее легко можно купировать в специализированном стационаре
наиболее выражено и болезненно состояние отмены
отчетливо выражена дисфория и возбуждение при острой интоксикации

#

155

Состояние отмены при опийной зависимости:

2

обычно протекает пофазно
может возникать уже с начальных этапов употребления
возникает только на второй стадии зависимости
сопровождается выраженными миалгиями
сопровождается выраженными диспепсиями

#

156

Гашиш (анаша, банг, черес и др.)

1

повсеместно произрастает на территории республики
может производить синтетическим способом
крайне редко встречается на территории республики
его употребление носить чисто культуральный характер
является наркотиком «нового поколения» синтетиков

#

157

Гашиш обычно употребляют

3

в виде курения в чистом виде или в смеси с табаком
может добавляться в национальные блюда в ряде стран
обычно используется внутривенное введение
употребляется внутрь в виде жидкого экстракта
может употребляться с использованием кальяна (чилима, джоза, кальян и др.)

#

158

В МКБ-10 выделяются следующие психические расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ (ПАВ)

3

острая интоксикация ПАВ
синдром зависимости
промежуточная стадия
психотическое расстройство
состояние отмены

#

159

Синдром зависимости является осевым в наркологии и включает ряд критериев

4

выраженная потребность в приеме, носящая компульсивный характер
нарушение способности контролировать прием ПАВ
изменение толерантности организма к ПАВ
возникновение зависимости с самого начала приема ПАВ
формирование физиологического состояния отмены
продолжение приема, несмотря на очевидность вредных последствий

#

160

Физиологическое состояние отмены включает по МКБ-10 (ранее обозначавшийся как абстинентный синдром) следующие критерии

4

продолжительный период регулярного употребления психоактивными веществами (ПАВ) в анамнезе
отчетливые данные о снижении или прекращении приема после длительного употребления
специфичное для каждого ПАВ сочетание соматовегетативных и психических симптомов
обязательное сочетание с признаками органического дефекта головного мозга
состояние нельзя объяснить независимым от ПАВ иным соматическим или психическим расстройством

#

161

Больной 32 лет, обратился с жалобами на стойкие нарушения сна, выраженную тревогу с двигательным возбуждением («не могу найти себе места, кажется, что сейчас случится что-то страшное»), летучие боли в брюшной полости колющего характера. Из анамнеза в течение длительного времени жалуется на тревогу, по поводу чего семейный врач назначил таблетированный диазепам. Принимал его в течение многих месяцев, но в последние два месяца назначенная врачом доза тревогу не снимала, самостоятельно стал увеличивать дозировки до 6 таблеток в сутки. Врач перестала выписывать рецепты и в последние несколько дней препарат не принимал. Диагноз:

4

Эмоционально-лабильное расстройство личности
Паническое расстройство
Параноидная шизофрения
Химическая зависимость, состояние отмены
Генерализованное тревожное расстройство

#

162

Больной П. 28 лет доставлен на прием в сопровождении брата. Жалуется на выраженные боли в мышцах спины и верхнего плечевого пояса. Постоянно чихает, жалуется на насморк и состояние озноба. При осмотре выраженные пилomotorные рефлексы («гусиная кожа»), следы многочисленных инъекций на локтевых сгибах. Больной напряжен, дисфоричен, требует назначения внутривенного диазепама для облегчения своего состояния (с его слов ранее это ему помогало). При осмотре зрачки расширены, гусиная кожа, озноб, небольшое повышение АД, температуры нет. Определить состояние:

1

Состояние отмены опиоидов
Острая интоксикация каннабиноидами
Диссоциальное расстройство личности
ОРВИ
Ипохондрический бред

#

ФТИЗИАТРИЯ

1

Эпидемический порог (показатель заболеваемости ТБ, свидетельствующий об эпидемии ТБ), установленный ВОЗ для ТБ является:

3

100 заболевших ТБ на 100 000 населения

60 - 90 заболевших на 100 000 населения

50 заболевших на 100 000 населения

20 заболевших на 100 000 населения

10 заболевших на 100 000 населения

#

2.

Через какое время от момента инфицирования МБТ возникает положительная реакция на туберкулин?

3

1-2 недели

3-5 недель

6-8 недель

10-12 недель

более 12 недель

#

3.

Плановое обследование на ВИЧ должно быть предложено

1

всем больным туберкулезом

пациентам с неблагоприятным течением туберкулеза на фоне контролируемой химиотерапии

пациентам с сочетанием двух и более локализаций туберкулеза

в случае принадлежности больного туберкулезом к группам риска (ПИН, работники секс-индустрии, водители-дальнобойщики, военнослужащие и т.д.)

при течении туберкулезного процесса у взрослого пациента по типу первичного

#

4.

Положительная реакция на пробу Манту свидетельствует:

3

О заболевании туберкулезом

О необходимости госпитализации пациента в стационар

Об инфицированности и иммунном ответе на введение вакцины БЦЖ

О заразной форме туберкулеза

О необходимости незамедлительной химиопрофилактики

#

5.

Интервал между постановкой пробы Манту и прививкой БЦЖ должен составить

1

Не менее 3 –х дней и не более 2 недель

Не менее 2-х дней и не более 2 недели

Не менее 1 недели и не более 1-го месяца

Не менее 2 недель и не более 1 месяца

Можно провести в один день

#

6.

Определение: полилекарственно – устойчивый (ПЛУ) –ТБ:

2

Случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам, одновременной устойчивостью к изониазиду и рифампицину

Случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам, или более за исключением одновременной устойчивости к изониазиду и рифампицину

Случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью к изониазиду

Случай с бактериоскопически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам

Случай с подтвержденной клинически устойчивостью к рифампицину

#

7.

Туберкулезный процесс в фазе распада, это:

1

Расплавление очага с прорывом в бронх

Расплавление очага с прорывом в каверну

Расплавление очага с прорывом в плевру

Расплавление очага с прорывом в средостение

Казеозное расплавление ткани

#

8.

Женщина 30 лет, страдает первичным бесплодием, в детстве наблюдалась у фтизиатра ЦСМ по поводу выража туберкулиновых реакций. Рентгенологически в верхушках легких обнаружены очаговые тени. При УЗИ выявлена патология в придатках. Из исследований является приоритетным:

2

Бронхоскопия

Исследование выделений из влагалища на микобактерии туберкулеза

Рентгенография органов брюшной полости

Рентгеноскопия органов грудной полости

КТ органов малого таза

#

9.

Больной А., 40 лет, поступил с жалобами на повышение температуры тела до 39° С, боль в грудной клетке справа, малопродуктивный кашель, слабость, быструю утомляемость, потливость, одышку в покое. В течение месяца отмечает нарастание вышеуказанных симптомов. Две недели назад обратился в ЦСМ по месту жительства, где получал терапию антибиотиками широкого спектра по поводу внебольничной пневмонии. Состояние не улучшалось, температура тела 38,6. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Отмечается притупление перкуторного звука ниже угла лопатки справа. Рентгенологически - ниже 4 ребра справа определяется гомогенное интенсивное затемнение. Купол диафрагмы и наружный синус не дифференцируется. Больному была проведена плевральная пункция. Удалено около 1 л прозрачной жидкости. Анализ плевральной жидкости: мезотелий, единичные макрофаги, нейтрофилы — 3%, лимфоциты — 97%. В мокроте не обнаружены МБТ. Какой диагноз можно предположить на основании полученных данных?

2

Мезотелиома плевры.

Экссудативный плеврит.

Параконкротный плеврит.

Эмпиема плевры.

Цирротический туберкулез плевры.

#

10.

На прием к терапевту направлен больной с жалобами на длительный кашель, с выделением небольшого количества слизистой мокроты, общую слабость, плохой аппетит. На рентгенограмме ОГК обнаружены инфильтративные изменения в верхней доле правого легкого. Какой дополнительный метод исследования необходимо применить в первую очередь для этиологического подтверждения диагноза?

1

Хpert МТВ/RF

Общий анализ крови

Фибробронхоскопию

Проба Манту с 2 ТЕ ППД - Л

Микроскопия мазка на КУБ

#

11.

Больной 45 лет, при обращении к семейному врачу жалуется на субфебрильную температуру тела на протяжении последних 3-х недель, сухой кашель, общую слабость, потливость. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, периферические лимфатические узлы при пальпации не увеличены. Перкуторно над легкими отмечается ясный легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. В общем анализе крови: лейкоциты - $13,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 20 мм/час. Какое дополнительное исследование необходимо в первую очередь назначить больному для установления диагноза?

2

Фибробронхоскопию

Обзорную рентгенограмму ОГК

Компьютерную томографию легких

Иммунограмму

Линейная томография легких

#

12.

Мужчина 57 лет недавно вернулся из мест лишения свободы, у него длительный кашель, заядлый курильщик, но в последние 2 недели беспокоит повышение температуры тела, озноб по вечерам. Объективно: больной пониженного питания. В легких хрипов нет. При исследовании мокроты методом микроскопии на КУБ и Хpert МТВ/RF на ДНК комплекса МБТ - результаты тестов отрицательные. На обзорной рентгенограмме ОГК – выраженных изменений нет.

Какой диагноз можно предположить на основании этих данных?

2

Туберкулез легких

ОРВИ

ХОБЛ

Интерстициальная пневмония

Злокачественный процесс верхних дыхательных путей

#

13.

Диаскинтест, инновационный внутрикожный тест, назовите одно преимущество перед внутрикожной пробой Манту:

5

Вызывает иммунную реакцию только на вакцину БЦЖ

Вызывает иммунную реакцию на нетуберкулезные микобактерии

Вызывает иммунную реакцию на вирулентные МБТ и на нетуберкулезные МБТ

Оценивает активность туберкулезного процесса

Оценивает эффективность лечения ТБ

#

14.

Тактика врача ПМСП при подозрении на ТБ у ребенка с кашлем, при отрицательном результате мазка мокроты и GeneXpertMTB/RIF и имеющихся изменений на рентгенограмме

2

Назначить пробную противотуберкулезную терапию, диагноз неясен

Назначить антибиотики широкого спектра действия на 7 – 10 дней

Туберкулез исключить, направить к пульмонологу

Наблюдать в динамике, назначить посев на МЖИТ 960

ОРВИ, симптоматическая терапия

#

15.

Дифференциальную диагностику ТБ периферических лимфатических узлов в первую очередь проводится с:

2

Злокачественными опухолями

Неспецифическими лимфаденитами

Мононуклеозом

Поствакцинальными лимфаденитами

Профессиональными пылевыми заболеваниями

#

16.

Больной К. 11 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, похудание, субфебрильную температуру. Обследован по поводу контакта с больным ТБ родственником. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — 15 мм. При исследовании промывных вод желудка МБТ не обнаружены. На обзорной рентгенограмме ОГК — тень корня левого легкого расширена, деформирована, наружный контур размытый, неровный, в верхней доле левого легкого определяется фокусная тень 1,5x2,5 см в диаметре, средней интенсивности, однородная, с размытыми контурами.

Какой диагноз можно предположить на основании этих данных?

2

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

Первичный туберкулезный комплекс

Очаговый туберкулез легких

Туберкулема легких

Туберкулезная интоксикация

#

17.

Какое наиболее частое осложнение может наблюдаться при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у детей?

3

Легочное кровотечение

Образование каверны

Бронхолегочное поражение

Легочно-сердечная недостаточность

Туберкулез бронха

#

18.

Пациент Н., 20 лет. Ранее ТБ не болел. Жалобами на кашель с мокротой, субфебрильную температуру тела по вечерам, слабость, потливость. Микроскопия мазка мокроты на КУБ отрицательная. Xpert MTB/RIF обнаружил ДНК МБТК, чувствительные к рифампицину. На обзорной рентгенограмме ОГК в верхней доле правого лёгкого на уровне I-III ребер определяется неомогенное затемнение с участками просветлений. В S1 левого лёгкого - единичные мелкие кальцинированные очаги. Корни лёгких структурны, в левом корне - включения кальцинатов. Синусы свободны. Установите клинический диагноз и определите схему лечения:

4

Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (-). 2HRZE/4HR.

Туберкулема верхней доли правого легкого, МБТ (+). 3 HRZE/4 HR.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе кальцинации. МБТ (+). 3 HRZE/4 HR.

Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ (-). 2 HRZE/4 HR.

Кавернозный туберкулез справа, МБТ (+). 2 HRZE/4 HR.

#

19.

Пациентка З., 20 лет. Ранее ТБ не болела. Жалобы на слабость, субфебрильную температуру по вечерам. При исследовании мокроты в двух порциях КУБ не обнаружены. На обзорной рентгенограмме ОГК в верхней доле правого лёгкого, в пределах S1-S2 определяются единичные малоинтенсивные и средней интенсивности очаги, размерами около 1 см, с нечёткими контурами, с тенденцией к слиянию. Корни лёгких структурны, синусы свободны. Ваш диагноз?

1

Очаговый туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе инфильтрации, МБТ (-)

Внебольничная верхнедолевая пневмония справа

Периферическая карцинома S1 -2-левого лёгкого

Инфильтративный туберкулез в /доли правого легкого МБТ (-)

Туберкулема верхней доли правого легкого МБТ (-)

#

20.

Пациент Д., 20 лет. Жалобы на резкую слабость, повышение температуры до 39,0°C, кашель с мокротой, одышку, отсутствие аппетита. Общее состояние тяжелое. Из анамнеза известно, что в 12 лет больной перенес туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. В крови – лейкоц. $-9,0 \times 10^9$ /л, п- 6%, СОЭ-35 мм/час. МБТ в мокроте не найдены. На обзорной рентгенограмме ОГК на протяжении легочных полей обнаружена двусторонняя симметричная мелкоочаговая диссеминация. Очаги слабой интенсивности с нечеткими контурами. В корнях обеих легких имеются петрификаты.

Какая клиническая форма туберкулеза обнаружена у больного?

3

Диссеминированный туберкулез (подострая форма).

Диссеминированный туберкулез (хроническая форма).

Милиарный туберкулез легких

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов с двусторонним обсеменением

Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения

#

21.

Пациент Ж., 37 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 39 °С, кашель с выделением слизистой мокроты, боль в грудной клетке справа, похудел на 8 кг. В течение недели получал антибиотики широкого спектра, но положительного эффекта не было. Объективно: отмечается притупление перкуторного звука в межлопаточной области, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. На обзорной рентгенограмме ОГК определяются изменения в виде множественных полиморфных очагов, больше в верхних отделах легких. Общий анализ крови: Лейк. - 13.2×10^9 /л, СОЭ - 45 мм/час. Какой диагноз наиболее вероятен?

1

Диссеминированный туберкулез

Карциноматоз легких

Двусторонняя очаговая пневмония

Саркоидоз

Силикоз

#

22.

Пациент К., 43 лет, в течение 3 лет при ежегодном обследовании у терапевта в общем анализе мочи постоянно обнаруживалась лейкоцитурия, микрогематурия. Периодические боли в поясничной области больной связывал с физическими нагрузками. В последнее время отмечает повышенную потливость, утомляемость, небольшую потерю веса. Неспецифическая терапия без эффекта. Врач ГСВ направил больного к урологу. Симптом поколачивания слабо положительный справа. При внутривенной урографии: функция левой почки сохранена, справа снижена. Отмечается деформация чашечек, расширение чашечно-лоханочной системы справа, стриктура и расширение мочеточника справа.

Какой диагноз более вероятен?

1

Туберкулез правой почки

Острый пиелонефрит

Нефроптоз

Киста правой почки

Правосторонний гломерулонефрит

#

23.

Туберкулез легких, который клинически характеризуется выраженными симптомами интоксикации, грудными симптомами, постоянным бактериовыделением. Рентгенологически характеризуется наличием фиброзной каверны, развитием фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани, наличием очагов бронхогенного отсева различной давности, пневмосклероза, эмфиземы, бронхоэктазов, является по форме:

3

Кавернозным
Инфильтративным
Фиброзно - кавернозным
Диссеминированным
Цирротическим

#

24.

Формой туберкулеза легких, характеризующейся быстрым прогрессированием с образованием многочисленных полостей распада или гигантских каверн, тяжелым клиническим течением, выраженной интоксикацией и дыхательной недостаточностью, является:

4

Инфильтративный туберкулез легких
Диссеминированный туберкулез легких
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких
Казеозная пневмония
Цирротический туберкулез легких

#

25.

Ребенку К., 2 года 1 мес., приглашена на плановую туберкулиновую пробу Манту. Со слов мамы девочка перенесла ОРВИ месяц назад, на сегодня состояние удовлетворительное. Через какое время после выздоровления можно провести туберкулиновую пробу?

2

1 месяц
2 месяца
3 месяца
6 месяцев
1 год
#

26.

Больной М., 42 года. ТБ выявлен при прохождении профосмотра, выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого лёгкого в фазе распада, МБТ (-). Состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 23. В легких справа в верхних отделах – единичные влажные хрипы после покашливания, на высоте вдоха. По остальным органам без особенностей. В крови: ускоренная СОЭ – 28мм/час без других отклонений. Сопутствующих ТБ заболеваний нет. В прошлом ТБ не болел, ПТП не получал. Микроскопия мазка мокроты на КУБ – отр. Xpert MTB/RIF - устойчивость к рифампицину. GenoTypeMTBDRplus - устойчивость к изониазиду и рифампицину. VASTEC MGIT- устойчивость к HREZ. Какой тип больного (случай ТБ) и какой вид резистентности МБТ?

1

Новый случай, первичная резистентность, МЛУ
Новый случай, вторичная резистентность, МЛУ
Рецидив, первичная резистентность, МЛУ
Ранее леченый, вторичная резистентность, ПЛУ
Новый случай, поли - лекарственная устойчивость

#

27.

Больной А, 30 лет в течение последних 1,5 мес. отмечает непостоянную температуру до 37,2°C по вечерам, кашель с мокротой, слабость. Самостоятельно лечился дома. Состояние ухудшалось - стала нарастать одышка, появился кашель с прожилками крови. На обзорной ОГК, справа от верхушки до 3 ребра, определяются многочисленные очаговые тени разной интенсивности и величины, местами сливающиеся в крупные фокусные тени. Слева от верхушки до 4 ребра — массивная воспалительная инфильтрация в виде неомогенного фокуса, многочисленные участки просветления, полиморфные очаговые тени. Год назад у пациента выявлен ВИЧ – инфекция, отказался от АРТ. Тактика лечения:

3

Одновременно начать лечение ТБ и ВИЧ – инфекции
Сначала начать лечение ТБ, а затем подключить АРТ в течение 2 – 8 недель от начала противотуберкулезного лечения
Сначала начать лечение ТБ и профилактическую терапию котримоксазолом, затем подключить АРТ в течение 2 – 8 недель от начала противотуберкулезного лечения
Сначала начать лечение ВИЧ - инфекции, а затем – лечение ТБ

Лечение ТБ

#

28.

Рентгенологически: справа легкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счет прослойки воздуха. В легочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слипанию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей. Предположите наиболее вероятный диагноз:

2

Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония

Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада. Спонтанный пневмоторакс справа.

Очаговый туберкулез верхних долей легких в фазе инфильтрации и распада. Экссудативный плеврит справа.

Метастатический рак легких. Спонтанный пневмоторакс справа.

Грибковое поражение легких

#

29.

Пациентка К., 10 лет, споткнулась и упала на левую ногу. Повреждений кожных покровов не было, и на следующий день ребенок чувствовал себя хорошо. Через месяц у девочки появились боли в паховой области слева, хромота и субфебрилитет. При осмотре: атрофия мышц левого бедра, активные движения в левом тазобедренном суставе ограничены. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л - папула 22мм. Рентгенография левого тазобедренного сустава: сужение суставной щели, эрозия в области вертлужной впадины слева. На обзорной рентгенограмме ОГК патологии не выявлено. Какой диагноз можно предположить на основании этих данных?

3

Остеомиелит

Травма тазобедренного сустава

Туберкулезный коксит

Туберкулезный омаритрит

Артрит тазобедренного сустава

#

30.

Солдат, срочной службы, направлен к физиатру с жалобами на постоянные боли в пояснице, повышение температуры до 37,2°C и слабость в нижних конечностях. Контакт с больным ТБ не установлен. Локально: при пальпации остистых отростков грудного и поясничного отделов позвоночника отмечается болезненность и сглаженность поясничного лордоза. На рентгенограмме ОГК без особенностей. Какой метод исследования является наиболее информативным для туберкулезного спондилита?

2

Рентгено - томография

Компьютерная томография

Рентгенография в 2 - х проекциях

Магнитно-резонансная томография

Рентгенография с контрастированием

#

31.

На приеме у педиатра мама с 4-х месячным ребенком, с жалобами на увеличенный лимфоузел над ключицей слева. Лимфоузел размером около 30 мм, безболезненный, не спаян с окружающей тканью, мягкой консистенции. В левом плече определяется рубчик от вакцинации БЦЖ. Состояние ребенка удовлетворительное, симптомов интоксикации нет. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л – инфильтрат размером 7 мм. После консультации физиатра был выставлен диагноз: Поствакцинальный лимфаденит.

Выберите какое из действий будет целесообразно провести доктору данному ребенку?

5

Удаление лимфоузла

Пункция лимфоузла

Химиопрофилактика

Наблюдать в динамике

Противотуберкулезная терапия

#

32.

На приеме у физиатра пациентка 19 лет, работает горничной. При прохождении медосмотра выяснилось, что год назад проходила лечение по поводу туберкулезного спондилита L3-4. Тест на ВИЧ дал положительный результат. Рентгенологически: корни легких расширены за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов. Дополнительно проведена бронхоскопия: туберкулезный эндобронхит, в просвете правого главного бронха обнаружены 2 свищевых отверстия. Микроскопически в промывных водах бронхов обнаружены КУБ 1+.

Предположите, какая форма ТБ вероятнее всего у пациентки:

5

Бронхонодулярный свищ

Туберкулез бронхов

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
Туберкулезный эндобронхит
Осложненный вариант туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

#

33.

Больная С., 21 года в течение двух недель отмечает слабость, сонливость, раздражительность, потерю аппетита, субфебрилитет. Также отмечается непостоянная головная боль без четкой локализации, не снимаемая анальгетиками, рвота, не связанная с приемом пищи, без предшествующей тошноты. Семейный врач выставил диагноз «ОРВИ, средней степени тяжести». На фоне проводимого лечения состояние больной резко ухудшилось: нарастала интенсивность головной боли, температура повысилась до 39 °С, стали отмечаться спонтанно возникающие и быстро исчезающие красные пятна на лице и груди. Появились менингеальные симптомы, расширение зрачка, расходящееся косоглазие. В ликворе цитоз – 200 клеток (нейтр. – 10%, лимф. – 90%), хлориды – 70 ммоль/л, сахар – 0,6 ммоль/л, белок – 1,2 г/л. Какой диагноз можно предположить у больного?

1

Туберкулезный менингит (базиллярная форма)
Эпидемический цереброспинальный менингит
Туберкулезный менингит (цереброспинальная форма)
Менингит вирусной этиологии
Менингит не ясного генеза

#

34.

На приеме у педиатра, мальчик 12 лет с жалобами на боли и припухлость в левом коленном суставе, кашель более 1 месяца, похудание, повышение t до 38 С. Бабушка болеет ТБ около полугода. Состояние относительно удовлетворительное, ИМТ 15 кг/м². На передней поверхности левого колена отмечаются припухлость, красноватые пятна, умеренно болезненные. Пальпируется шейные, подчелюстные лимфатические узлы, диаметром 0,2-0,3мм, мягковатой консистенции, умеренно болезненные. На рентгенограмме ОГК: корни легких расширены за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

Решите, какой метод диагностики вы назначите в первую очередь?

3

Ультразвуковое исследование коленного сустава
Рентгеноскопию органов грудной клетки
Рентгенография коленных суставов в 2 - х проекциях
Компьютерную томографию органов грудной клетки
Рентгенографию обеих коленей в прямой проекции

#

35.

У больного Xpert MTB/RIF выявил устойчивость МБТ к рифампицину, GenoTypeMTBDRplus - устойчивость к изониазиду и рифампицину.

Какой еще быстрый молекулярный метод исследования необходимо применить для адекватного выбора режима лечения:

1

GenoTypeMTBDRsl
Посев на твердую среду Левенштейна – Йенсена
Посев на агаровую среду
LAM – тест
ВАСТЕС MGIT 960

#

36.

В дифференциальной диагностике казеозной пневмонии с крупозной пневмонией, какое обследование является наиболее важным?

3

Анамнез заболевания и данные объективного обследования
Данные бронхоскопии
Исследование мокроты на МБТ
Рентгенологические данные
УЗИ легких

#

37.

У ребенка 11 лет на пробу Манту с 2 ТЕ – инфильтрат 16 мм в диаметре. В десятилетнем возрасте реакция Манту была отрицательная. 6 месяцев назад ребенок имел контакт с больным открытой формой туберкулеза легких. Жалобы на слабость, плохой аппетит, раздражительность, быструю утомляемость. Кожные покровы бледные, чистые, мышечный тургор удовлетворительный. Периферические лимфатические узлы множественные, 2-3 размера, мягко-эластической консистенции. В легких и других внутренних органах патологических изменений не выявлено. Гемограмма: Л – 9000, п-8, с-57, э-5, лимф- 24, м-6, СОЭ – 20 мм/ч. На рентгенограмме органов грудной клетки – норма. Поставьте диагноз.

2

ТБ периферических лимфоузлов

Ранняя туберкулезная интоксикация

Хроническая туберкулезная интоксикация

Малая форма ТБ внутригрудных лимфоузлов с туберкулезной интоксикацией

Неспецифическая интоксикация

#

38.

Пациент О., 18 лет. Жалобы на повышенную температуру тела, сухой кашель, одышку. Ранее туберкулезом не болел, контакт отрицает. Рентгенограмма органов грудной клетки: слева в нижних отделах определяется гомогенное затемнение с верхним косым уровнем по ходу 4 ребра. Средостение смещено вправо. Хpert МТВ/RIF-ДНК МБТ обнаружен, R чувств. Микроскопия мокроты 2х-кратно результат отрицательный. Фтизиатром был выставлен диагноз: Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии слева, МБТ (-). Назначьте схему лечения:

3

2HRZES/ 1HRZE / 5HRE

3HRZES/5HRE

2HRZE/4HR

3HRZE/6HR

2HRZES/1HRZE/5HR

#

39.

У пациента Д., 53-х лет, установлен диагноз очагового туберкулеза S1 левого легкого. Рентгенологически: единичные малоинтенсивные очаги, с нечеткими контурами, местами слившиеся, на их фоне участок просветления размером 0,5 см. Жалуется на периодическое повышение температуры тела до 37,0°C. Объективно без патологии. Анализ крови в пределах нормы. Какая фаза процесса обнаружена у больного?

1

Инфильтрации и распада.

Уплотнения.

Обызвествления.

Фаза обсеменения.

Фаза распада

#

40.

Пациент П., 22-х лет. При очередном флюорографическом обследовании обнаружены изменения в верхней доле правого легкого: затемнение неоднородной структуры, с участками просветления. Жалуется на незначительный кашель с мокротой. Объективно патологии не обнаружено. Анализ крови: Лейк. $-8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ-30 мм/час. В мокроте обнаружены КУБ. Установлен диагноз туберкулеза. Какая клиническая форма туберкулеза легких обнаружена у больного?

2

Цирротическая

Инфильтративная

Фиброзно-кавернозная

Очаговая

Казеозная пневмония.

#

41.

Пациентка Х., 22 лет, доставлена в инфекционную больницу с жалобами на нарастающую головную боль, рвоту, повышенную возбудимость, задержку стула, анорексию. При осмотре температура тела 38,5°C. Заболела 14 дней назад, когда появилась слабость, быстрая утомляемость, снижение интереса к окружающему, сонливость, потеря аппетита, непостоянная головная боль, субфебрильная температура, 2 дня назад – светобоязнь, непереносимость шума, легкое косоглазие, сглаженность носогубной складки. Была произведена спинномозговая пункция: белок 2,5 ммоль/л, плеоцитоз 500 клеток в 1 мм, сахар 1,5 ммоль/л, хлориды 97 ммоль/л, через 24 ч выпала паутинообразная сетка фибрина, в ликворе люминесцентной микроскопией обнаружены единичные МБТ.

Какое утверждение более правильно:

1

Туберкулезный менингит, период раздражения. Поражение III, IV, VII пар черепно-мозговых нервов

Туберкулезный менингоэнцефалит, терминальный период, Поражение III, IV, VII пар черепно-мозговых нервов

Туберкулезный менингит, продромальный период. Поражение III, VI, VII пар черепно-мозговых нервов

Туберкулезный менингит, терминальный период, III, VI, VIII пар черепно-мозговых нервов

Туберкулезный менингоэнцефалит, период раздражения, Поражение III, VI, VIII пар черепно-мозговых нервов

#

42.

Медсестра К.О. работает более 5 лет в противотуберкулезном учреждении, где находятся и лечатся больные ТБ легких, МБТ+. Ежегодно проходит медосмотр. Дата последнего медосмотра 10.05.2022. Заключение: здорова. Последний месяц периодически беспокоит кашель и небольшая слабость.

Ваша тактика

1

Медработник с предполагаемым ТБ обязан пройти медицинское обследование на ТБ

Может продолжать работу без обследования на ТБ

Можно основываться на заключении медосмотра от 10.05.2022, допуска к работе и продолжать работать.

Без обследования на ТБ назначить противотуберкулезную, неспецифическую антибиотикотерапию.

Госпитализировать для уточнения диагноза

#

43.

Сотрудники противотуберкулезного отделения после рабочего дня хранят респираторы в специальных бумажных пакетиках около УФБО (ультрафиолетовый бактерицидный облучатель)

Правильно ли соблюдается хранение респираторов?

3

Правильность хранения респираторов не нарушена, хранить их можно около УФБО.

Правильность хранения респираторов не нарушена т.к. респираторы находятся в специальных бумажных пакетиках.

Неправильное хранение. Необходимо избегать воздействия УФБО на респираторы т.к. это может привести к повреждению структуры фильтра.

Правильное хранение, воздействие УФБО на респираторы дезинфицирует.

Неправильное хранение, можно было открыто оставить респираторы, чтобы они хорошо проветривались.

#

44.

Старшая мед.сестра М., 5 лет стаж работы. Работает на одной ставке в отделении, где находятся больные с МЛУ-ТВ. Из-за неудобства ношения респиратора постоянно пользуется хирургической маской.

Можно ли в данном отделении мед работникам пользоваться хирургической маской?

1

Мед работникам надо пользоваться респиратором класса защиты не ниже FFP2 или N95, а пациенты хирургической маской. В данном случае медсестра нарушает правила инфекционного контроля.

Мед работники и пациенты могут пользоваться маской или респиратором класса защиты не ниже FFP2 или N95.

Респиратором пользуется только больные, в данном случае медсестра не нарушает правила инфекционного контроля.

Можно находиться без маски.

Можно пользоваться антисептиком и находиться без респиратора.

#

45.

Пациентка М, 40 лет, обратилась к семейному врачу с жалобами на кашель в течение 3 недель, периодическое повышение температуры тела до 37-38°C, снижение аппетита, общую слабость, дискомфорт в груди. Больная самостоятельно принимала амоксициллин в течение недели, без улучшения. По направлению семейного врача сделана рентгенограмма органов грудной клетки, на которой - негетерогенное затемнение в верхней доле правого легкого. Каковы дальнейшие действия семейного врача?

2

Собрать мокроту для посевов на питательные среды.

Собрать мокроту на Xpert MTB/Rif и на 2-х кратную бактериоскопию

Назначить другой антибактериальный препарат.

Направить на консультацию фтизиатра

Направить на КТ ОГК

#

46.

Пациент, 34 года, обратился к семейному врачу с жалобами на кашель с мокротой слизистого характера в течение 1 месяца, похудение, слабость. По алгоритму диагностики ТБ была сдана мокрота на Xpert MTB/Rif. Через какое время будет готов результат Xpert MTB/Rif?

1

2 часа

72 часа

10 дней.

2 месяца

6 месяцев

#

47.

Ребенок И., 4 года, состоит на учете по ВИЧ. Недавно был в контакте с дядей, у которого выявили активную форму туберкулеза. Пациент был обследован: сделана проба Манту - 7 мм. Оцените результат пробы Манту.

1

Положительный

Отрицательный

Сомнительный

Слабоположительный

Слабо отрицательный

#

48.

Ребенок С., 1.5 года, была обследована по поводу туб. контакта с сестрой с активной формой туберкулеза легких, МБТ (-). Рубчик БЦЖ 4 мм. Проба Манту 12 мм. На рентгенограмме органов грудной клетки и компьютерной томограмме патологии не выявлено.

Какой метод диагностики позволит выявить инфицирована ли данная пациентка?

2

Vactec MGIT 960

Диаскинтест

Микроскопия желудочного смыва

Микроскопия мазка из зева

Xpert MTB/Rif

#

49.

Ребенок Ж., 4 года, обследован по поводу туб. контакта с мамой, у которой выявили активный туберкулез легких, МБТ(+). Рубчик от БЦЖ- 3 мм. Проба Манту - 15 мм. Влажный кашель, мокроту ребенок заглатывает из – за чего невозможно собрать мокроту для лабораторного исследования. На рентгенограмме органов грудной клетки отмечается неомогенное затемнение в нижней доле правого легкого. Корни легких расширены, не структурны.

Какой экспресс-метод тестирования на ТБ можно применить для выявления МБТ у данного ребенка?

3

Диаскинтест

QuantiFERON-TB

Stool Xpert тест

Микроскопия мазка мокроты

Vactec MGIT 960

#

50.

Пациентка Ж., 32 года, обратилась к семейному врачу с жалобами на кашель с мокротой в течение месяца, затем присоединились боли в груди, одышка при малейшей физической нагрузке. В легких справа в нижних отделах дыхание не проводится, хрипов нет. Сделана рентгенограмма органов грудной клетки - справа в верхней доле отмечается небольшой фокус инфильтрации, также на уровне 5 межреберья справа косая гомогенная тень. Направлена на УЗИ синуса справа - свободная жидкость объемом 1000 мл. Произведена пункция плевральной полости справа, эвакуировано около 800 мл соломенно-желтого экссудата. Пунктат отправлен на Хайн-тест 1.0 и посева в системе Vactec MGIT 960 и на среде Левенштейна-Йенсена.

Через какое время врач получит результаты МЖИТ?

2

3 дня

2 недели

2 месяца

4 месяца

6 месяцев

#

51.

Основные эпидемиологические показатели туберкулеза

2

Инфицированность, заболеваемость, абациллирование

Заболеваемость, болезненность, смертность

Заболеваемость, закрытие каверн, болезненность

Болезненность, смертность, инфицированность

Абациллирование, закрытие каверн, перевод из активной группы а неактивную

#

52.

Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще всего подвергаются:

1

Дети младшего возраста

Дети 10 - 12 лет и подростки

Молодые люди до 39 лет

Лица среднего возраста (40-59лет)

Пожилые люди (60 лет и старше)

#

53.

Назовите один из основных методов выявления больных туберкулезом, при обращении в общую лечебную сеть

4

Сбор эпидемиологического анамнеза

Общий анализ крови

Бактериологическое исследование мокроты на БК

Трехкратная бактериоскопия мокроты на БК

Рентгено-томография легких

#

54.

Больная С., 22 лет, мед.сестра противотуберкулезного диспансера. Заболела остро: повысилась температура тела до 38 гр., появился озноб, ночные поты, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, боль в правой половине грудной клетки, одышка. По поводу правосторонней пневмонии в течение 15 дней лечилась ампициллином. Температура снизилась до субфебрильных цифр, однако, в правом легком под ключицей продолжали выслушиваться средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. В этой же зоне перкуторно определялось укорочение легочного звука.

Гемограмма: Л-11000, э-2, п-13, с-56, л-17, м-12, СОЭ – 22 мм /час. Реакция Манту с 2 ТЕ – инфильтрат 12 мм. В мокроте микроскопией обнаружены МБТ. Рентгенологически в правом легком от верхушки до II ребра определяется неправильной формы ограниченное затемнение 4 x 5 см., неомогенной структуры, средней интенсивности с нечеткими контурами с просветлением в центре (2x2 см) и очагами малой интенсивности вокруг затемнения. В корнях петрификаты. На правой боковой рентгенограмме указанные затемнения локализируются в зонах 1 – 2 сегментов. Поставлен диагноз Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +

Назовите сроки контроля лечения для данного случая ТБ

1

Сроки контроля: в конце: 2 (3) месяца от начала лечения, в начале 5 месяца и в конце лечения – в начале 6 месяца.

Сроки контроля: в конце 2 (3) месяца от начала лечения, в конце 5 месяца и в конце лечения – в конце 6 месяца.

Сроки контроля: в конце 3(4) месяца от начала лечения, в начале 5 месяца и в конце лечения – в начале 6 месяца.

Сроки контроля: в конце 3(4) месяца от начала лечения, в конце 5 месяца и в конце лечения – в конце 8 месяца.

Сроки контроля: в конце 3(4) месяца от начала лечения, в конце 5 месяца и в конце лечения – в начале 8 месяца.

#

55.

К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление:

3

100 заболевших на 100000 населения

60-90 заболевших на 100000 населения

50 заболевших на 100000 населения

20 заболевших на 100000 населения

10 заболевших на 100000 населения

#

56.

Кратность флюорографического обследования декретированных контингентов населения на туберкулез

2

Не реже 2 раз в год

Не реже 1 раза в год

Не реже 1 раза в 2 года

Не реже 1 раза в 3 года

Не реже 1 раза в квартал

#

57.

Назовите основные свойства L-форм БК, имеющие клиническое и эпидемиологическое значение

3

Авирулентность

Лекарственная устойчивость

Персистенция и реверсия

Полиморфизм

Изменчивость

#

58.

Метод прямой бактериоскопии обязательно применяется при

5

Длительном субфебрилитете

Длительной лихорадке

Кашле более трех месяцев

Кашле более двух месяцев

Кашле более двух-трех недель

#

59.

Обследование мокроты на БК методом бактериоскопии 2-3-хкратно показано следующим больным:

1

Со следующими симптомами: кашель с выделением мокроты 2-3 нед и более, боли в груди, кровохарканье, лихорадка, потеря массы тела.

Находящимся в контакте с больным туберкулезом

Страдающими тяжелыми сопутствующими заболеваниями

С "выражом" туберкулиновых проб

Перенесшим в прошлом туберкулез

#

60.

Какие воспалительного характера изменения в органах и тканях являются типичными при туберкулезе?

4

Неспецифические

Параспецифические

Продуктивные

Казеозные

Экссудативные

#

61.

Что является основой структуры туберкулезного бугорка?

5

Альтерация

Гигантские клетки Пирогова-Лангханса

Макрофаги

Лимфоциты

Казеоз

#

62.

По характеру морфологических проявлений, при инфильтративном туберкулезе следующий тип воспаления

2

Альтеративный

Экссудативный

Подуктивный

Смешанный

Казеозный

#

63.

При казеозной пневмонии морфологически преобладает следующий тип воспалительной реакции

2

Экссудативный

Альтеративный

Пролиферативный

Зависит от локализации

Зависит от вида МБТ

#

64.

Туберкулинодиагностика - это метод ...

3

Подтверждения активного туберкулезного процесса

Выявления остаточных посттуберкулезных изменений

Ранней диагностики туберкулеза

Диагностики ХНЗЛ

Иммунопрофилактики туберкулеза

#

65.

Что из себя представляет туберкулин?

3

Убитые микобактерии туберкулеза

Ослабленные микобактерии туберкулеза

Продукт жизнедеятельности микобактерий туберкулеза

Бульон с микобактериями туберкулеза

L-формы микобактерий туберкулеза

#

66.

Цель постановки внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ?

2

Для определения активности туберкулезного процесса

Для ранней диагностики туберкулеза у детей и подростков

Для определения эффективности лечения

Для определения локализации процесса

Для определения группы учета

#

67.

"Вираз" туберкулиновой реакции – это

2

Появление впервые положительной реакции на пробу Манту связанная с вакцинацией БЦЖ

Впервые положительная проба не связанная с вакцинацией БЦЖ

Нарастание положительной пробы Манту на 3мм

Переход положительной туберкулиновой пробы в отрицательную

Положительная проба Коха с 20ТЕ

#

68.

Подкожная проба Коха используется для:

4

Своевременного выявления туберкулеза

Выявления поствакцинальной аллергии

Отбора лиц на ревакцинацию

Дифференциальной диагностики

Лечения больных активным туберкулезом

#

69.

Вакцина БЦЖ представляет собой

3

Продукт жизнедеятельности живых туберкулезных палочек

Особый штамм живых, ослабленных атипичных микобактерий

Особый штамм живых, ослабленных типичных микобактерий туберкулеза

Особый штамм живых, ослабленных L-форм микобактерий туберкулеза

Продукт жизнедеятельности убитых туберкулезных палочек

#

70.

Абсолютные противопоказания к ревакцинации БЦЖ

2

Поствакцинальная аллергия

Инфекционная аллергия (туберкулезная)

Аллергический отек кожи

Аллергический дерматит

Экссудативный диатез

#

71.

Назовите осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ

2

Бронхоаденит

Региональный лимфаденит

Скрофулодерма

Гнойно-некротическая реакция кожи

Линейный рубец

#

72.

Доза вакцины БЦЖ, используемая для вакцинации и ревакцинации

2

0,0005мг

0,05мг

0,01мг

0,1мг

0,005мг

#

73.

Длительность проведения химиопрофилактики туберкулеза

4

3 мес.

4 мес.

5 мес.

6 мес.

1 год

#

74.

Какая мера профилактики ТБ является наиболее эффективной в современной эпидемиологической обстановке в Кыргызстане?

1

Своевременное лечение и абациллирование в/в больных с положительным мазком мокроты

Химиопрофилактика

Иммунопрофилактика

Санитарная профилактика

Дезинфекция очага тубинфекции

#

75.

В каких сегментах наиболее часто локализуется туберкулезный процесс в легких?

4

В 3 сегменте

В 4 сегменте

В 5 сегменте

В 1-2-ом сегментах

В 9 сегменте

#

76. Заболевания и состояния, дающие на Р-грамме синдром легочных диссеминаций

3

Саркоидоз I ст.

Инфильтративный туберкулез легких

Саркоидоз II ст.

Очаговый туберкулез легких

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

#

77.

Заболевания и состояния, дающие на Р-грамме синдром кольцевидных теней.

2

Первичный туберкулезный комплекс

Деструктивный туберкулез легких

Подострый диссеминированный туберкулез

Экссудативный плеврит

Бронходулярный свищ

#

78.

Какой из методов рентгенологических обследований позволяет определить локализацию процесса по долям и сегментам?

5

Компьютерная томография

Срединная томография

Электрорентгенография

Бронхоскопия

Рентгенография в прямой и боковой проекциях

#

79.

Заболевания туберкулезной этиологии, дающие на Р-грамме синдром затемнения.

3

Туберкулома

Туберкулез внутригрудных лимфоузлов

Инфильтративный туберкулез

Туберкулез бронхов

Спонтанный пневмоторакс

#

80.

Противопоказания для оперативного лечения больных туберкулезом?

1

Двухсторонний, распространенный туберкулез легких

Легочное кровохарканье

Туберкулема легкого с распадом, БК-

Кавернозный туберкулез легких

Ограниченный инфильтративный туберкулез легких

#

81.

Укажите основной рентгенологический признак инфильтративного туберкулеза, облегчающий дифференциальную диагностику с острой пневмонией

4

Локализация в нижней доле правого легкого

Неоднородная структура затемнения

Дорожка к корню

Очаги бронхогенного обсеменения в легких

Реакция плевры

#

82.

Назовите наиболее достоверный признак, который будет свидетельствовать в пользу инфильтративного туберкулеза при проведении дифференциальной диагностики с неспецифической пневмонией

2

Однократное обнаружение БК в мокроте

Обнаружение БК в мокроте не менее двух раз

Положительная клиническая динамика в результате проведения химиотерапии

Положительная рентгенологическая динамика - полное рассасывание инфильтрации в течение 2-4 нед.

Положительная клиническая динамика в результате проведения лечения неспецифическими АБП

#

83.

Неблагоприятный исход инфильтративного туберкулеза

2

Формирование туберкулемы

Образование каверны

Ателектаз

Формирование рубцово-склеротических изменений в легких

Легочные кровотечения

#

84.

Чем опасна туберкулезная каверна?

5

Фиброзом

Ателектазом

Определением в легких шума трения плевры

Аспирационной пневмонией

Выделением МБТ

#

85.

Варианты заживления каверны при благоприятном исходе

3

Санитарная каверна

Бронхиальный свищ

Формирование рубца

Формирование ложной туберкулемы

Переход в фиброзно-кавернозный туберкулез легких

#

86. Какой вид заживления каверны считается наиболее благоприятным?

3

Цирроз легкого

Плеврит

Формирование линейного или звездчатого рубца

Санитарная каверна

Туберкулома

#

87.

Какой диагностический метод исследования наиболее достоверный при дифф. диагностике деструктивных форм туберкулеза и неспецифических полостных образований в легких?

3

Рентгенологический

Цитологический

Бактериоскопический

Бронхологический

Пробное лечение

88.

Что является наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких?

4

Поражение бронхов

Иммунодефицитное состояние больных

Неспецифическое осложнение бронхолегочной системы

Прогрессирование туберкулезного процесса

Легочное кровохарканье

#

89.

Исходом не леченного кавернозного туберкулеза является

4

Линейный рубец

Звездчатый рубец

Цирротический рубец

Фиброзно-кавернозный туберкулез

Келоидный рубец

#

90.

Какой перкуторный симптом наиболее характерен для больных плевритом?

2

Симптом Потенжера-Воробьева

Симптом линии Дамуазо-Соколова

Симптом Винтриха

Амфорическое дыхание

Симптом Кораньи

#

91.

Врачебная тактика при выявлении экссудативного плеврита у лиц молодого возраста

1

Консультация фтизиатра

Консультация хирурга

Консультация онколога

Боковая рентгенограмма легких

Срединная томограмма легких

#

92.

Заражение туберкулезом костей и суставов происходит в результате

1

Проникновения МБТ по кровеносным и лимфатическим сосудам

Проникновения МБТ ликворогенным путем

Проникновения МБТ по контакту

Проникновения МБТ по бронхам

Проникновения МБТ смешанным путем

#

93.

К осложнениям туберкулезного спондилита относятся

5

Казеозный очаг в позвонке

Секвестр

Сужение межпозвонковых дисков

Поражение смежного позвонка

Параличи, парезы

#

94.

У больного туберкулезом мочевыводящей системы может развиваться осложнение, приводящее к летальному исходу:

3

Микроцистис

Нефролитиаз

ХПН

Абсцесс в области поясницы

Стриктура мочеточника

#

95.

При какой клинической форме туберкулеза легких наиболее часто применяется хирургический метод лечения?

5

Первичный туберкулезный комплекс
Диссеминированный туберкулез легких с распадом
Инфильтративный туберкулез с распадом
Очаговый туберкулез легких с распадом
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

#

96.

У ребенка 14 лет при профилактическом флюорографическом обследовании выявлено расширение корня левого легкого. На обзорной рентгенограмме и срединной томограмме легких просвет основного бронха не дифференцируется, контуры его нечеткие, выпуклые. Предположительный диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Какое исследование надо проводить обязательно для уточнения диагноза?

3

Микроскопия мазка мокроты
Stool expert MTB/RIF
КТ внутригрудных лимфатических узлов.
МРТ внутригрудных лимфатических узлов
Общий анализ крови

#

97.

Больной К., 60 лет, страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в течение последних 8 лет. Недавно стал замечать частый неустойчивый стул, отечность в области лодыжек. Отеки не зависят от времени суток и носят стойкий характер. Мочегонные дают нестойкий и кратковременный эффект. На рентгенограмме в правом легком в верхней доле гигантская каверна с массивными фиброзными изменениями в окружающей ткани, очагами отсева в нижележащие отделы правого легкого и верхушку слева. Сердце носит характер «легочного», в анализе крови умеренная анемия (Hb 115 г/л), лейкоциты 10×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы 7%), СОЭ 45 мм/ч. В анализе мочи: белок 0,33%, гиалиновые цилиндры. В анализе мокроты МБТ+. Каким осложнением ФКТ можно объяснить жалобы больного?

3

Хроническая легочно-сердечная недостаточность
Туберкулез почек
Амилоидоз внутренних органов
Нефролитиаз
Пиелонефрит

#

98.

Больной К., 32 лет, в течение 4 лет страдает сахарным диабетом с компенсированным течением. При профилактическом рентгенографическом обследовании органов грудной клетки справа определяются округлой формы образование диаметром 0,5 см с четкими контурами, неоднородной структуры вследствие наличия участков обызвествления и эксцентрично расположенного серповидного просветления с единичными мелкими очагами по периферии. Микроскопически в мокроте МБТ не определяются, при динамическом наблюдении динамики изменений в легких в течение 3 месяцев не отмечается.

Какому заболеванию соответствуют выше приведенные данные?

1

Туберкулома легких в фазе распада
Аспергилома легких
Доброкачественная фиброма легких
Периферический рак легкого в фазе распада
Очаговый туберкулез легких в фазе распада

#

99.

Больной И., 30 лет, 3 года назад лечился по поводу инфильтративного ТБ легких, считался выздоровевшим. В настоящее время в течение 4 месяцев беспокоит слабость, утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты. Самостоятельно принимал дома ампициллин, отхаркивающие средства. Состояние не улучшилось. Усилился кашель, поднялась температура тела до 37,7 гр. При обследовании в городском тубдиспансере: температура субфебрильная, боли в нижнем отделе левой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно ниже угла левой лопатки укорочение легочного звука, там же везикуло-бронхиальное дыхание, немногочисленные влажные средне-пузырчатые хрипы. В мокроте бактериоскопическим методом обнаружены МБТ.

Рентгенологически в 6-ом сегменте левого легкого определяется кольцевидная тень 4x3 см с широкой стенкой, имеющей четкие внутренние и нечеткие наружные контуры вокруг очага бронхогенной диссеминации. После 3-х месяцев лечения по стратегии ДOTS, больной жалоб не предъявляет. Рентгенологически диаметр кольцевидной тени остается прежним, но стенка ее стала тонкой, очаговые тени уплотнились и уменьшились.

Как классифицировать этот случай туберкулеза по рекомендации ВОЗ ?

4

Новый случай
Ранее леченый случай
Неблагоприятный исход
Рецидив
Прерванное лечение

#

100.

Больная А., 26 лет, 2 месяца назад родила здорового ребенка. Заболела остро неделю назад: резко повысилась температура до 39 – 42 С, появился мучительный сухой кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, одышка, резкая слабость. Об – но: общее состояние тяжелое, разлитой диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразной формы, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над легкими тимпанический звук, аускультативно – бронхиальное дыхание, ЧД – 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия – 100 ударов в 1 мин. В мокроте МБТ не обнаружены. Общий анализ крови: Эр. – 3,8; гем– 110; л-9000, п-7; м-8; СОЭ – 54 мм/ч. Живот при пальпации умеренно болезненный. На коже живота сыпь. Рентгенологически – густое равномерное высыпание мелких, однотипных, не резко очерченных мелких очагов в обоих легких. Каков ваш диагноз?

2

Брюшнотифозная пневмония
Милиарный туберкулез легких
Милиарный карциноматоз легких
Туберкулезный сепсис
Грибковое поражение легких

#

101.

Самым опасным в эпидемиологическом отношении является:

4

бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
скудный бактериовыделитель при контакте с любыми возрастными группами
бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при наличии удовлетворительных условий жизни
бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
скудный бактериовыделитель, пациент с МЛУТБ

#

102.

Заражение человека туберкулезом чаще происходит:

2

аэрогенным и трансплацентарным путем
алиментарным и аэрогенным путем
контактным и аэрогенным путем
алиментарным и трансплацентарным путем
контактным и трансплацентарным путем

#

103.

Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще подвергаются:

1

дети первых двух лет жизни
дети до 10-11 лет и подростки (12-16 лет)
молодые люди до 39 лет
лица среднего возраста 40-59 лет
пожилые люди (60 лет и старше)

#

104.

"Суперинфекция" при туберкулезе – это

1

заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм
заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования
заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем
заболевание, вследствие сочетания ТБ и гепатита
заболевание, вследствие системных процессов

#

105.

"Эндогенная реинфекция" - это

1

активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции

возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции

первичное инфицирование организма микобактерией

проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм

#

106.

Наибольшую опасность для окружающих представляет

1

больной с инфильтративным туберкулезом без распада, БК+ в мокроте определяется методом бактериоскопии

больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, БК+ в мокроте определяется методом посева

больной с фиброзно-кавернозным туберкулезом, БК+ в мокроте выявляется только методом посева

больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, БК- в мокроте, определяется ДНК МБТ молекулярно-генетическим методом

больной с очаговым туберкулезом, БК- в мокроте определяется методом бактериоскопии

#

107.

Больного с симптомами бронхита, у которого в мокроте повторно обнаружены БК, но на рентгенограмме и томограмме легких и органов средостения изменения не обнаружены

3

необходимо взять на учет как бациллярного больного и назначить ему лечение в амбулаторных условиях

необходимо взять на учет по 0-й группе и наблюдать

необходимо госпитализировать в клинику для бронхологического обследования и лечения

необходимо провести курс неспецифической антибактериальной терапии и повторить исследование мокроты

необходимо срочно госпитализировать и провести оперативное лечение

#

108.

Вакцинация и ревакцинация БЦЖ осуществляется

1

работниками общей медицинской сети

работниками СЭС

врачами фтизиопедиатрами

врачами фтизиатрами

акушерами в роддоме

#

109.

Препарат, которым проводится вакцинация и ревакцинация против туберкулеза - это

3

вакцина ППД-Л

альтотуберкулин Коха

вакцина БЦЖ

стандартный туберкулин

изониазид

#

110.

Вакцины БЦЖ вводятся

5

внутри и интраназально

внутримышечно

накожно

подкожно

внутрикожно

#

111.

После правильно проведенной вакцинации и ревакцинации БЦЖ на коже остается

2

пятно

рубец

звездчатый рубец

келлоидный рубец

рубец-очаг

#

112.

Вакцинация БЦЖ проводится

5

постовой медсестрой

врачом-педиатром

фтизиопедиатром

пульмонологом

специально обученной медсестрой (вакцинатором)

#

113.

Вакцинация БЦЖ здоровых новорожденных проводится

3

на 5-7-й день жизни

на 1-е сутки жизни

на 4-е сутки жизни

на 10-12-й день жизни

на 1-м месяце жизни

#

114.

Послевакцинальный знак формируется

3

на 3-м месяце

на 6-м месяце

к 1-му году

ко 2-му году

к 5-му году

#

115

Туберкулез внутригрудных лимфоузлов наиболее часто осложняется

1

поражением крупных бронхов

возникновением ателектаза

бронхолегочным поражением

гематогенной и бронхогенной диссеминацией

распадом легочной ткани

#

116.

Химиотерапия туберкулеза - это

3

метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ

метод воздействия на возбудителя заболевания

метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ

ведущий метод лечения туберкулеза

метод профилактики туберкулеза

#

117.

Самая частая форма костно-суставного туберкулеза - это

1

туберкулезный спондилит

туберкулез тазобедренного сустава

туберкулез коленного сустава

туберкулезный синовит

туберкулез головки плечевой кости

#

118.

Наиболее частый исход казеозной пневмонии при медикаментозном лечении

1

переход в фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез

переход в очаговый туберкулез

переход в туберкулему

фиброз, рубцевание

летальный исход

#

119.

Локальные проявления туберкулезной инфекции чаще всего выявляются у детей

3

в кровеносной системе

в кроветворной системе

в лимфатической системе

в бронхиальной системе

в спинномозговой жидкости

#

120.

При защите организма человека от туберкулезной инфекции преобладают

2

гуморальный фактор иммунитета

клеточный фактор иммунитета

клеточно-гуморальный фактор иммунитета

система комплемента

факторы свертывания крови

#

121.

Спинномозговая жидкость может иметь ксантохромный характер:

3

при гнойном менингите

при серозном менингите

при туберкулезном менингите

в норме

при вирусном энцефалите

#

122.

Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза чаще встречается при:

4

очаговом туберкулезе

кавернозном туберкулезе

милиарном туберкулезе

фиброзно-кавернозном туберкулезе

туберкуломе легких

#

123.

Понятие "экзогенная суперинфекция" включает

2

проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм

проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм

повторное проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм

проникновение инфекции из очагов Гона в легких

первое инфицирование организма микобактерией

#

124.

Лица с остаточными изменениями ранее перенесенного туберкулеза

3

заболевают туберкулезом реже населения, не имеющего на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений

одинаково часто заболевают, как и население, не имеющее остаточных туберкулезных изменений

в несколько раз чаще заболевают туберкулезом по сравнению с лицами, не имеющими на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений

не заболевают туберкулезом, потому что сформировали иммунитет

остаются бактериовыделителями на всю жизнь

#

125.

Первичный туберкулез" - это

3

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

первичный туберкулезный комплекс

заболевание, возникшее вскоре после инфицирования

заболевание ранее инфицированных лиц

первичная туберкулезная интоксикация

#

126.

Легочная локализация первичного туберкулеза - это

3

очаг Гона

легочный туберкулез, протекающий с поражением внутригрудных лимфатических узлов
легочный туберкулез, возникший вскоре после инфицирования микобактериями туберкулеза
туберкулез периферических лимфатических узлов
первичная туберкулезная интоксикация

#

127.

Вторичные формы туберкулеза - это

3

туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста

легочная локализация туберкулеза

заболевание, возникшее через некоторое время после инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации
незаживших очагов первичного инфицирования и характеризующееся преимущественно органным поражением

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

легочная локализация туберкулеза с обязательным поражением других органов

128.

5

Какие из этих антибактериальных препаратов относятся к резервным (по схеме ВОЗ)?

Рифампицин

Изониазид

Этамбутол

Пиразинамид

Офлоксацин

#

129.

2

Обнаружение в легком при морфологическом исследовании очага уплотнения легочной ткани размером 2*3 см (представленного при микроскопическом исследовании обширной инфильтрацией, клеточными элементами со скоплениями нейтрофилов и лимфоцитов), соответствует

очаговому туберкулезу легких в фазе инфильтрации

инфильтративному туберкулезу

туберкулезе легкого

цирротическому туберкулезу

первичному туберкулезному комплексу

#

130.

Обнаружение в ткани легкого при морфологическом исследовании крупного очага казеозного некроза размером 2*4 см, в центре которого имеется полость, выполненная жидкими казеозными массами, отграниченного от окружающей легочной ткани фиброзной капсулой, соответствует

2

инфильтративному туберкулезу в фазе распада

туберкулезе легкого в фазе распада

кавернозному туберкулезу

очаговому туберкулезу в фазе распада

диссеминированному туберкулезу в фазе распада

#

131.

Обнаружение в легком полости, размером 2*2 см с гладкими, слегка шероховатыми стенками, толщиной 0.2-0.3 см, по периферии которой имеются единичные очаги осумкованного казеоза, размером 0.1-0.2 см и бугорки, соответствует

2

инфильтративному туберкулезу легких в фазе распада

кавернозному туберкулезу легкого

фиброзно-кавернозному туберкулезу легких

очаговому туберкулезу

диссеминированному туберкулезу

#

132.

При морфологическом исследовании легкого под утолщенной плеврой обнаружена полость размерами 4*8 см со стенками толщиной до 0.6-0.8 см, внутренняя поверхность которой покрыта местами грязно-серыми массами, а местами - розовая блестящая 0.2 до 0,5 см соответствует

3

инфильтративному туберкулезу легких в фазе распада
кавернозному туберкулезу легких
фиброзно-кавернозному туберкулезу легких
очаговому туберкулезу
диссеминированному туберкулезу

#

133.

При патоморфологическом исследовании легких обнаружено множество мелких (до 0.2-0.3 см) однотипных бугорков сероватого цвета, выступающих над плоскостью разреза; гистологически - бугорки состоят из скопления эпителиоидных клеток. Это соответствует

3

очаговому туберкулезу легких
хроническому диссеминированному туберкулезу легких
милиарному туберкулезу легких
фиброзно-кавернозному туберкулезу легких
туберкулема легкого

#

134.

В настоящее время у больных с вновь выявленным туберкулезом легких чаще всего обнаруживается

2

очаговая форма туберкулеза
инфильтративная форма туберкулеза
диссеминированная форма туберкулеза
туберкулема легкого
цирротический туберкулез

#

135.

Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

2

наличием очага в легких, увеличением периферических лимфоузлов и положительной пробой Манту с 2ТЕ
наличием очага в легких, увеличением внутригрудных лимфоузлов и лимфангитом
наличием очага в легком, симптомов интоксикации и МБТ в мокроте
наличием очаговых теней в легком длительным субфебрилитетом и «виражом» туберкулиновых проб, наличием каверн и фиброзными изменениями в легочной ткани

#

136.

Туберкулины – это

1

препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных лиц
препараты, позволяющие выявить только инфицирование
специфичные аллергены
препараты, содержащие тела «убитых» микобактерий
входят в вакцину БЦЖ

#

137.

Формирование кальцинатов в лимфатическом узле при заживлении первичного туберкулезного комплекса зависит

3

от характера проведенного лечения
от величины лимфатического узла
от выраженности казеозного некроза в лимфатическом узле
от наличия или отсутствия осложнений процесса
от способа диагностики туберкулеза

#

138.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - это

4

туберкулез органов дыхания с обязательным поражением внутригрудных лимфатических узлов
туберкулез первичного периода с поражением внутригрудных лимфатических узлов
туберкулез с локализацией во внутригрудных лимфатических узлах
заболевание туберкулезом первичного или вторичного периода инфекционного процесса, основной локализацией которого является поражение внутригрудных лимфатических узлов
остаточное явление после туберкулинодиагностики

#

139.

Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

1

мелкий

средний

крупный

полиморфный

гигантский

#

140.

Исходами при благоприятной динамике острого милиарного туберкулеза легких являются

1

полное рассасывание

уплотнение

кальцинация

развитие фиброзно-склеротических изменений

звездчатые рубцы

#

141.

Очаговый туберкулез легких – это

4

туберкулезный процесс ограниченной протяженности

туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной при выявлении и торпидным течением

туберкулезный процесс, характеризующийся наличием очаговых изменений в верхних и средних отделах легких

туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной, торпидным течением, скудным бактериовыделением, а также наличием очаговых изменений в легких разного генеза и давности с локализацией в одном или обоих легких в пределах одного-двух сегментов

туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной, торпидным течением, скудным бактериовыделением, а также наличием крупных очаговых теней в легких разного генеза с локализацией в одном легком в пределах одной доли

#

142.

Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются

1

малыми размерами

средними размерами

значительными размерами

образуются гигантские каверны

полиморфные полости

#

143.

Основной метод исследования при диагностике туберкулезного менингита:

1

люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МБТ

клинический с изучением особенностей течения заболевания

многократные исследования мокроты на МБТ

данные неврологического статуса

МРТ головного мозга

#

144.

Облаковидный инфильтрат характеризуется

1

клиническими признаками пневмонии

клиническими симптомами бронхита

отсутствием клинических проявлений

болями на стороне поражения

повышением температуры тела

#

145.

Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисцисурита являются

3

неоднородный неправильный фокус с очагами

неоднородный участок затемнения с очагами

неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами

однородный участок затемнения с очагами

однородный треугольной формы участок затемнения с очагами

#

146.

При эффективном лечении казеозной пневмонии чаще формируется

4

участок пневмоцирроза

пневмосклероз с очагами

множественные туберкулемы

цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез

группа очагов

#

147.

Туберкулема легкого представляет собой

3

очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани

очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления

очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением

клеточных элементов туберкулезной гранулемы

очаг во внутригрудных лимфатических узлах

опухоль в легком после перенесенного туберкулеза

#

148.

Проникновению противотуберкулезных химиопрепаратов в очаг инфекции при туберкулезе препятствует

3

перифокальное воспаление

специфическая грануляционная ткань

фиброзная капсула

клеточное звено иммунитета

казеозные массы

#

149.

Характерные клетки для туберкулезной гранулемы:

4

фибробласты

гистиоциты

фибробласты и гистиоциты

клетки Пирогова-Ланганса

клетки Березовского-Штернберга

#

150.

Характер рентгенологической картины при очаговом туберкулезе:

4

фокусные тени в верхней доле легкого

множественные очаги в верхних и средних отделах с обеих сторон

участок уплотнения легочной ткани со смещением трахеи

единичные очаговые тени в 1м – 2 м сегменте с одной или обеих сторон

множественные каверны и диссеминации в другие органы

#

151.

Для трансформации "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный требуется около

4

6-12 месяцев

12-18 месяцев

около 18-24 месяцев

около 3-4 лет

более 5 лет

#

152.

Рентгенологические признаки, характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

4

полость неправильной формы, с неровными очертаниями, с наличием перифокальной реакции

тонкостенные множественные полости с уровнем жидкости в одном из легких

полость с неравномерной толщиной стенки, внутренняя стенка неровная, выраженная реакция со стороны корня легкого

полость с толстыми фиброзными стенками с уменьшением объема легкого и наличием очагов отсева в окружающей легочной ткани

тонкостенные полости без выраженной перифокальной реакции, расположенные симметрично в обоих легких

#

153.

Распространенность поражения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще

4

не превышает одного сегмента легкого

не превышает двух сегментов легкого

не превышает трех сегментов легкого

захватывает долю легкого и более

захватывает трахею и гортань

#

154.

Каверны при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще обнаруживаются

3

во 2-м сегменте легкого

в 1-2-м сегментах легкого

в 1-2-6-м сегментах легкого

в 1-3-6-10-м сегментах легкого

во 2-3-6-4-5-м сегментах легкого

#

155.

Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания

1

обильное и постоянное

обильное, периодическое

скудное и постоянное

скудное, периодическое

больной с отрицательным мазком на МБТ

#

156.

Основным критерием затихания вспышки инфекционного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких будет

3

исчезновение симптомов интоксикации

прекращение положительной динамики в рентгенологической картине заболевания

прекращение бактериовыделения

отсутствие кашля более 3 недель

улучшение самочувствия

#

157.

Цирротический туберкулез – это

1

инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких, низкой активностью специфического воспаления и нарушением со стороны функции внешнего дыхания и гемодинамики легких

туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом

массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии, с полостями распада, при сохранении активности инфекционного процесса

полости распада в легких, сопровождающиеся кровотечением

несколько крупно-фокусных теней размером 4-5 см

#

158.

Основным признаком, указывающим на активность специфического процесса при цирротическом туберкулезе, является

3

интоксикация

кровохарканье или легочное кровотечение

обнаружение микобактерий туберкулеза

эффект от специфического лечения

повышение температуры тела

#

159.

В понятие "начальные проявления первичной туберкулезной инфекции" входит

5

инфицирование микобактериями туберкулеза

"малые формы" первичного туберкулеза

первичный туберкулезный комплекс в фазе инфильтрации

параспецифические реакции, туберкулезная интоксикация

ранний период первичной туберкулезной инфекции, туберкулезная интоксикация

#

160.

Ведущим клиническим синдромом, характерным для первичного инфицирования, является

2

лихорадка

синдром интоксикации

дефицит веса

параспецифические реакции

увеличение печени и селезенки

#

161 .

Ведущий путь проникновения возбудителя в организм ребенка при первичном инфицировании

2

алиментарный

аэрогенный

трансплацентарный

контактный

гемоконтактный

#

162 .

Применение химиопрепаратов при туберкулезной интоксикации направлено

4

на лимфаденоидную гиперплазию

на параспецифические изменения

на малые специфические изменения

на микобактерии туберкулеза

на казеозный некроз

#

СТОМАТОЛОГИЯ

1

Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении:

3

диспансеризации населения

плановой санации полости рта

эпидемиологического стоматологического обследования

профилактических осмотров

профилактических мероприятий

#

2

Родители должны начинать чистить детям зубы с возраста:

5

1 года

2 лет

3 лет

6 лет

сразу после прорезывания первого временного зуба

#

3

Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

2

очень мягкую

мягкую

средней жесткости

жесткую

очень жесткую

#

4

При чистке зубов зубная щетка должна охватывать зубы:

2

1-1,5 рядом стоящих

2-2,5 рядом стоящих

одного сегмента

половины зубного ряда

размер рабочей части не имеет значения

#

5

Обязательными компонентами всех зубных паст являются:

3

соединение фтора

экстракты лекарственных растений

абразивные вещества

витамины

солевые добавки

#

6

Суперфлоссы – это зубные нити:

4

невоощенные

воощенные

ароматизированные

пропитанные раствором фторида

с утолщением

#

7

При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону:

1

кислую

щелочную

нейтральную

не изменяется

вариабельно

#

8

Местным фактором риска возникновения кариеса является:

2

высокое содержание фторида в питьевой воде

неудовлетворительная гигиена полости рта

сопутствующие соматические заболевания

низкое содержание фторида в питьевой воде

использование высокоабразивных средств гигиены

#

9

Эндогенным методом фторид профилактики кариеса является:

2

покрытие зубов фторлаком

прием таблеток фторида натрия

полоскания фторидосодержащими растворами

аппликации фторидосодержащими растворами

использование фторсодержащих зубных паст

#

10

Реминерализующую терапию рекомендуется проводить при:

1

кариесе в стадии пятна

среднем кариесе

глубоком кариесе

осложненном кариесе

пародонтите

#

11

Наиболее частой причиной возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является:

4

наследственность
заболевание матери в период беременности
заболевания ребенка на первом году жизни
хронический периодонтит временного моляра
неудовлетворительная гигиена полости рта

12

Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

2

наследственность
наличие микробного налета
вредные привычки
подвижность зубов
наличие эндокринной патологии

13

Основным методом профилактики катарального гингивита является:

1

рациональная гигиена полости рта
сбалансированное питание
полоскание полости рта растворами фторида
санация полости рта
избирательное шлифование зубов

14

Вестибулярное прорезывание верхних постоянных клыков встречается при:

2

укороченной уздечке верхней губы
недостатке места в зубном ряду
множественном кариесе
флюорозе
гингивите

15

Несмыкание фронтальных зубов у детей 2-3 лет может быть обусловлено:

3

нарушением жевания
неправильной осанкой
сосанием соски
прорезыванием зубов
бруксизмом

16

Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:

3

гипоплазия эмали
флюороз
раннее удаление временных зубов
гингивит
средний кариес

17

Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5-летнего ребенка

2

признак аномалии
признак нормального развития
не имеет диагностического значения

18

С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску – пустышку детям старше:

2

6 месяцев

1 года

2 лет

3 лет

5 лет

#

19

Смена зубов происходит в возрастной период с (лет):

3

3 до 6

4 до 10

6 до 12

8 до 14

7 до 15

#

20

Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:

1

игры

урока

беседы

лекции

рекламы

#

21

ВОЗ рекомендует проводить национальное эпидемиологическое стоматологическое обследование один раз в:

4

1 год

2 года

3 года

5 лет

10 лет

#

22

Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:

1

распространенностью стоматологического заболевания

интенсивности стоматологического заболевания

стоматологической заболеваемостью населения

уровнем стоматологической помощи населению

качеством стоматологической помощи населению

#

23

При проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения по методике ВОЗ используется набор инструментов:

2

зеркало, стоматологический зонд, пинцет

зеркало, пародонтальный зонд, пинцет

стоматологический зонд, пинцет, экскаватор

зеркало, стоматологический зонд, пародонтальный зонд

стоматологический зонд, пинцет, экскаватор

#

24

При очищении вестибулярных и оральных поверхностей зубов стандартным методом чистки зубов движения головки зубной щетки совершается в направлении:

1

вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)

вертикальном (от режущего края или жевательной поверхности к десне)

горизонтальном (вправо – влево, вперед – назад, параллельно десне)

головка зубной щетки совершает круговые движения против часовой стрелки

направление не имеет значения

#

25

Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

1

стакане рабочей частью вверх

стакане рабочей частью вниз

фуляре

пластиковой упаковке

дезинфицирующем растворе

#

26

Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

3

1 мин

2 мин

3 мин

5 мин

10 мин

#

27

Гигиенические зубные пасты содержит в своем составе:

1

абразивные компоненты

солевые добавки

экстракты лекарственных растений

фториды

пирофосфаты

#

28

Время, в течение которого целесообразно использовать жевательную резинку после приема пищи, составляет (минут):

2

1-5 мин

5-10 мин

20-30 мин

более 1 часа

неограниченно

#

29

Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:

1

6-7 нед

8-9 нед

10-16 нед

17-20 нед

21-30 нед

#

30

К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее:

4

2 зубов

4 зубов

6 зубов

8 зубов

10 зубов

#

31

Врожденный сифилис в полости рта может проявляться в виде:

2

узелков синюшного цвета, выделяющих казеозное содержимое

папул овальной или округлой формы

пузырей и эрозий с фестончатыми краями

эрозий округлой формы, покрытых фибринозным налетом

твердого шанкра

#

32

К возможному осложнению операции удаления только временного зуба (в отличие от постоянного) относится:

2

вывих соседнего зуба

травма зачатка зуба

перелом челюсти

вывих височно – нижнечелюстного сустава

кровотечение

#

33

Наиболее частая локализация переломов нижней челюсти по типу «зеленой ветки»:

2

угол

мышцелковый отросток

подбородочный отдел

средняя треть тела

верно 3) и 4)

#

35

Наиболее информативным методом диагностики перелома челюстей является:

3

реография

электромиография

рентгенография

ЭОД

пальпация

#

36

Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

2

стрептококком в сочетании со стафилококком

палочкой Коха

кишечной палочкой в сочетании со стафилококком

стрептококком

верно 3) и 4)

#

37

Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:

2

антибактериальной терапии

хирургической терапии в полном объеме

десенсибилизирующей терапии

противовоспалительной терапии

верно 1) и 4)

#

38

Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно – лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

4

15,14,24,25

45,44,34,35

16,26

46,36

13,23,33,43

#

39

Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:

3

всегда удаляется

всегда сохраняется

очень редко (при наличии показаний) удаляется

никогда не удаляется

удаляется по настоянию родителей

#

40

Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

4

околоушных слюнных желез

подъязычных слюнных желез

поднижнечелюстных слюнных желез

малых слюнных желез

верно 1) и 2)

#

41

Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

3

подъязычных
поднижнечелюстных
околоушных
малых слизистой оболочки полости рта
верно 1) и 2)

#

42

Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

2

хроническом рецидивирующем паротите
остром эпидемическом паротите
калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
паротите новорожденных
верно 1) и 3)

#

43

Макродентией называется:

3

уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
увеличение размера зубов
тесное расположение зубов
наличие сверхкомплектного зуба

#

44

Микродентией называется:

1

уменьшение размера зубов
отсутствие зубов
высокое расположение зубов
нарушение цвета зубов
неправильное положение зубов

#

45

Физиологические виды прикусов:

1

ортогнатия, бипрогнатия, прямой, физиологическая прогения, опистогнатия
глубокий, открытый
глубокий перекрестный
перекрестный, прогнатия
прогения, прогнатия

#

46

Патологические виды прикусов:

3

физиологическая прогения, опистогнатия
ортогнатия, бипрогнатия
прогнатия, прогения, глубокий, открытый, перекрестный
ортогнатия, прямой
физиологическая прогения, прямой

#

47

Электромиография - это

5

регистрация движений нижней челюсти
регистрация движений височнонижнечелюстного сустава
исследование гемодинамики пародонта
исследование лимфообращения
функциональный метод исследования состояния мышц на основе регистрации биопотенциалов

#

48

При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:

4

2-4 дня

11-12 дней

1-2 месяца

4-6 месяца

1-2 года

#

49

Ведущим методом лечения новообразований у детей является:

3

лучевая терапия

химиотерапия

хирургический

комбинированный

гормонотерапия

#

50

Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

3

клинический

контрастная рентгенография

эхография

пункция

томография

#

51

Противопоказанием для микроволновой терапии височно-нижнечелюстного сустава у детей является:

3

наличие инородного тела

артроз ВНЧС

выраженный отек, заболевания глаз

болевого синдром

острый артрит

#

52

Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:

5

аллергия к местному анестетику

хронический пиелонефрит

ОРВИ

болезнь Дауна

врожденный порок сердца в стадии декомпенсации

#

53

У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием к операции на уздечке языка является:

3

затрудненный прием пищи

глоссоптоз

недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти

нарушение речи

верно 1) и 2)

#

54

Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции:

2

приема пищи

речи

сосания

мочеиспускания

верно 1) и 3)

#

55

Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:

2

уплощение фронтального отдела нижней челюсти

локальный пародонтит

дефект речи

диастема

#

56

Врожденная расщелина верхней губы формируется в период развития эмбриона человека на:

1

3-6 неделе

11-12 неделе

13-14 неделе

16-18 неделе

во второй половине эмбриогенеза

#

57

Истинной доброкачественной опухолью является:

2

эозинофильная гранулема

гигантоклеточный эпулис

травматическая костная киста

фиброзная дисплазия

ангиодисплазия

#

58

Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:

1

морфологического исследования послеоперационного материала

пункционной биопсии

макроскопии послеоперационного материала

эхографии

компьютерной томографии

#

59

Клиническими признаками, сходными и обострением хронического остеомиелита, характеризуется:

1

саркома Юинга

остеогенная саркома

фиброзная дисплазия

херувизм

синдром Олбрайта

#

60

Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

3

щеки

верхней губы

нижней губы

кончика языка

нижней поверхности языка

#

61

Шины, фиксирующие фрагменты челюсти при переломах, у детей рекомендуется снимать не ранее чем через:

4

одну неделю

две недели

три недели

четыре недели

шесть недель

#

62

Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

2

трех лет

пяти лет

семи лет

восьми лет

десяти лет

#

63

Кератопластические средства при лечении ОГС целесообразно назначать в период:

5

латентный

продромальный

катаральный

высыпания

угасания

#

64

Частота обработки полости рта при молочнице:

3

каждый час

перед едой

сразу после каждого приема пищи

только перед сном

через 1-1,5 часа после еды

#

65

Клинические проявления при молочнице:

3

пустулы, толстые соломенно – желтые корки

эрозии округлой формы, покрытые фиброзным налетом

творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка

эрозии неправильных очертаний

пузыри

#

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПАНАТОМИЯ

1

Задней стенкой подмышечной впадины являются

2

подлопаточная мышца

широчайшая мышца спины

надостная и подостная мышцы

большая круглая мышца

передняя верхняя зубчатая мышца

#

2

Ветви подмышечной артерии в области грудного треугольника

2

глубокая артерия плеча

латеральная грудная артерия

медиальная грудная артерия

нижняя грудная артерия

наивысшая грудная артерия

#

3

Какая часть капсулы плечевого сустава наименее укреплена

1

задняя

верхняя латеральная

передняя

нижняя медиальная

наружная

#

4

Лигатуры на подмышечную артерию накладывают несколько выше уровня отхождения а. Subscapularis

1

ниже уровня отхождения а. subscapularis

на любом уровне

на уровне нижнего края малой грудной мышцы

на уровне первого ребра

на уровне большой грудной мышцы

#

5

При гнойно-воспалительном процессе подмышечной впадины затек не распространяется

5

в дельтовидную область

в лопаточную область

переднее ложе плеча

в заднее ложе плеча

в подключичную область

#

6

В какую вену впадает медиальная подкожная вена руки

3

подмышечная вена

подключичная вена

плечевая вена

наружная яремная вена

внутренняя яремная вена

#

7

Какой нерв на передней поверхности нижней трети предплечья может быть принят за сухожилие

2

локтевой нерв

срединный нерв

поверхностная ветвь лучевого нерва

глубокая ветвь лучевого нерва

межкостный нерв

#

8

Назовите мышцы, не участвующие в укреплении плечевого сустава

5

дельтовидная мышца

надостная мышца

подостная мышца

большая круглая мышца

надлопаточная мышца

#

9

Какие сумки не сообщаются с полостью плечевого сустава

1

bursa subdeltoidea и bursa subacromialis

subcoracoidea и bursa subacromialis

bursa m. subscapularis

bursa subhumeralis

bursa submentalialis

#

10

Четырехстороннее отверстие ограничено

2

малой круглой мышцей, подлопаточной, двуглавой, сухожилием трехглавой мышцы

большой круглой, малой круглой, шейкой плечевой кости, сухожилием длинной головки трехглавой мышцы

подлопаточной, двуглавой, трехглавой и широчайшей мышцей спины

длинной головкой трехглавой мышцы, подостной, надостной и плечевой костью

хирургической шейкой плечевой кости, двуглавой, трехглавой и широчайшей мышцей спины

#

11

Какой нерв повреждается при вывихе плечевого сустава

2

n. radialis

n. axillaris

n. ulnaris

n. brachialis

n. musculocutaneus

#

12

Какие элементы проходят через canalis spiralis

4

плечевая артерия и срединный нерв
лучевая артерия и поверхностная ветвь лучевого нерва
локтевая артерия и локтевой нерв
глубокая плечевая артерия и лучевой нерв
верхняя коллатеральная локтевая артерия и лучевой нерв

#

13

"Висячая кисть" наблюдается при повреждении

3

локтевого нерва
подмышечного нерва
лучевого нерва
срединного нерва
переднего межкостного нерва

#

14

Укажите синтопию срединного нерва относительно плечевой артерии в средней трети плеча

3

нерв лежит латерально и кзади огибает артерию
нерв лежит медиально и кзади огибает артерию
нерв лежит впереди артерии, переходя на медиальную сторону
нерв лежит позади артерии, переходя на латеральную сторону
нерв лежит позади артерии, переходя на медиальную сторону

#

15

При повреждении срединного нерва наблюдается

2

"рука акушера"
"туннельный синдром"
"когтистая лапа"
"висячая кисть"
"обезьянья лапа"

#

16

"Когтистая лапа" наблюдается при повреждении

1

локтевого нерва
лучевого нерва
срединного нерва
поверхностной ветви локтевого нерва
глубокой ветви лучевого нерва

#

17

"Кисть обезьяны" наблюдается при повреждении

3

лучевого нерва
локтевого нерва
срединного нерва
плечевого нерва
кожно-мышечного нерва

#

18

Где скапливается гной при тендовагините

3

под фиброзным влагалищем сухожилия
между фиброзным и синовиальным влагалищами
между париетальным и висцеральным листками синовиального влагалища
между синовиальным влагалищем и сухожилием
в области брыжейки сухожилия

#

19

Глубокую ладонную дугу образуют

2

лучевая артерия, глубокая ветвь локтевой артерии
глубокая ветвь лучевой артерии и локтевая артерия
задняя межкостная артерия, локтевая артерия
глубокая ветвь локтевой артерии, глубокая ветвь лучевой артерии
локтевая артерия, лучевая артерия

#

20

С какими мышцами в одном канале лучезапястной области проходит *ramus profundus n. radialis*

3

m. extensor carpi radialis longus et brevis
m. abductor pollicis longus и *m. extensor pollicis brevis*
m. extensor indicis и *m. extensor digitorum*
m. extensor digiti minimi
m. extensor carpi ulnaris

#

21

На какой поверхности предплечья делают разрезы при флегмоне клетчаточного пространства Пирогова

5

на передней
на задней
на латеральной
на медиальной
на боковых поверхностях предплечья

#

22

Через какую мышцу вступает срединный нерв из локтевой области на предплечье

3

лучевой сгибатель кисти
плечелучевую мышцу
круглый пронатор
локтевой сгибатель кисти
лучевой сгибатель кисти

#

23

Какой отдел капсулы локтевого сустава наиболее доступен для исследования и вмешательства

4

задний наружный отдел
задний верхний отдел
задний внутренний отдел
передний отдел
задний нижний отдел

#

24

Гной из среднего клетчаточного пространства ладони распространяется

3

в подкожную клетчатку головок пястных костей
на тыльную поверхность 3,4,5 пальцев
в клетчаточное пространство Пирогова-Парона
в медиальное клетчаточное пространство ладони
латеральное клетчаточное пространство ладони

#

25

Что такое U-образная флегмона

1

гнойный тендобурсит 1-го и 5-го пальцев
гнойный тендовагинит 2-го и 4-го пальцев
гнойный тендовагинит 2-го и 3-го пальцев
гнойное поражение межмышечных промежутков возвышения 1-го и 5-го пальцев
возможность восходящего распространения по клетчаточным пространствам верхней конечности

#

26

На какой поверхности срединной и основной фаланг 2-4 пальцев выполняется разрез при тендовагините

2

на ладонной поверхности
на боковой, ближе к тыльной поверхности

на тыльной поверхности
на боковой, ближе к ладонной поверхности
значения не имеет

27

При первом перекресте топография маточной артерии и мочеточника следующая

4
мочеточник позади, артерия впереди
мочеточник впереди, артерия медиально
мочеточник позади, артерия снизу
мочеточник впереди, артерия позади
мочеточник снизу, артерия впереди

28

При втором перекресте топография маточной артерии и мочеточника следующая

3
мочеточник впереди, артерия латерально
мочеточник впереди, артерия медиально
мочеточник позади, артерия впереди
мочеточник впереди, артерия позади
мочеточник снизу, артерия впереди

29

В запястном канале проходит

3
лучевой нерв и локтевые сосуды
локтевой нерв и лучевые сосуды
срединный нерв и длинный разгибатель большого пальца
передний межкостный нерв и длинная ладонная мышца
задний межкостный нерв и межкостная артерия

30

Содержимое анатомической табакерки

2
a. ulnaris
a. radialis
n. ulnaris
n. radialis
ramus superficialis n. radialis

31

Укажите проекционную точку, используемую для блокады и хирургического обнажения седалищного нерва

1
на 1,5-2 см книзу и кнутри от середины вертельно - бугристой линии
на 1-1,5 см книзу и кнаружи от точки, лежащей на границе верхней и средней трети остисто-бугристой линии
на 1-1,5 см книзу и кнаружи от точки, лежащей на границе внутренней и средней трети остисто-вертельной линии
на 2-4 см книзу и кнутри от середины остисто-вертельной линии
у латерального края седалищного бугра или на 0,5-1 см кнаружи от него

32

Что является границами бедренного треугольника

1
паховая связка, портняжная мышца и длинная приводящая мышца бедра
большая и длинная приводящие мышцы бедра и паховая связка
гребенчатая и портняжная мышца, паховая связка
портняжная мышца, большая приводящая и гребенчатая мышцы
длинная приводящая мышца, гребенчатая и портняжная мышцы

33

Что проходит через мочеполовую диафрагму у мужчины

4
дорзальная вена полового члена
задние мошоночные вены
промежностная артерия
перепончатая часть уретры

губчатая часть уретры

#

34

Стенками бедренного канала являются

1

поверхностный и глубокий листки f. lata и влагалище бедренной вены

влагалище бедренной вены, лакунарная связка и f. lata

влагалище бедренной вены, гребешковая фасция и глубокий листок f. lata

паховая связка, влагалище бедренной вены и гребешковая фасция

длинная приводящая мышца, портняжная мышца и собственная фасция бедра

#

35

Стенками приводящего канала являются

2

большая приводящая мышца, длинная приводящая мышца и фиброзная пластинка

большая приводящая мышца, медиальная широкая мышца бедра и фиброзная пластинка

фиброзная пластинка, портняжная мышца и длинная приводящая мышца

портняжная мышца, длинная и короткая приводящие мышцы

медиальная широкая мышца бедра, портняжная мышца и фиброзная пластинка

#

36

Проекция бедренной артерии

2

от середины расстояния между лонным бугорком и симфизом к медиальному надмыщелку бедра

от середины расстояния между верхней передней подвздошной остью и симфизом к бугорку приводящих мышц

от середины паховой связки к латеральному надмыщелку бедра

от середины паховой связки к середине подколенной ямки

от внутренней трети паховой связки к середине надколенника

#

37

Проекция седалищного нерва

5

от наружной трети расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки

от большого вертела к середине подколенной ямке

от седалищного бугра к подколенной ямке

от внутренней трети линии, соединяющей седалищный бугор и большой вертел к середине подколенной ямки

от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки

#

38

Под какой мышцей располагается выходное отверстие запирающего канала

3

m. sartorius

m. gracilis

m. pectineus

m. abductor longus

m. abductor brevis

#

39

Укажите проекционную точку выхода из таза верхней ягодичной артерии

2

на 1,5-2 см книзу и кнутри от середины вертельно - бугристой линии

на 1-1,5 см книзу и кнаружи от точки, лежащей на границе верхней и средней трети остисто-бугристой линии

на 1-1,5 см книзу и кнаружи от точки, лежащей на границе внутренней и средней трети остисто-вертельной линии

на 2-4 см книзу и кнутри от середины остисто-вертельной линии

у латерального края седалищного бугра или на 0,5-1 см кнаружи от него

#

40

Жоберова ямка является доступом

4

для пункции коленного сустава

для доступа к бедренному нерву

для определения положения верхне-медиальной артерии коленного сустава

для доступа к подколенной артерии с медиальной стороны

для доступа к Груберову каналу

#

41

Какой нерв может быть поврежден при вскрытии заднелатеральных заворотов коленного сустава

3

седалищный нерв

кожный нерв бедра

общий малоберцовый нерв

большеберцовый нерв

бедренный нерв

#

42

Мышечная лакуна образована

4

паховой связкой, гребешковой фасцией, лакунарной связкой

подвздошной костью, паховой связкой, лакунарной связкой

гребешковой связкой, паховой связкой, подвздошно-гребенчатой дугой

паховой связкой, подвздошно-гребенчатой дугой, гребешковая фасция

лакунарная связка, паховая связка, подвздошно-гребешковая дуга

#

43

Что содержит мышечная лакуна

2

m. iliopsoas, m. pectineus, n. genitofemoralis

m. iliopsoas, n. femoralis, n. cutaneus femoris lateralis

m. pectineus, m. obturatorius externa, n. femoralis

m. psoas, n. genitofemoralis, a.femoralis

m. obturatorius externa, n. femoralis, n. cutaneus femoris lateralis

#

44

При ранении ягодичной области следует перевязать

3

верхнюю ягодичную артерию

нижнюю ягодичную артерию

внутреннюю подвздошную артерию

внутреннюю срамную артерию

общую подвздошную артерию

#

45

Как проводится проекционная линия седалищного нерва

4

от седалищного бугра к медиальному надмыщелку бедренной кости

от большого вертела к латеральному надмыщелку бедренной кости

от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к медиальному надмыщелку

от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки

от седалищного бугра к середине расстояния между надмыщелками бедренной кости

#

46

Проекционная линия задней большеберцовой артерии

1

от середины подколенной ямки к середине расстояния между ахилловым сухожилием и медиальной лодыжкой

от середины подколенной ямки к середине расстояния между ахилловым сухожилием и латеральной лодыжкой

от середины подколенной ямки к ахилловым сухожилиям

от середины подколенной ямки к латеральной лодыжке

от середины подколенной ямки к медиальной лодыжке

#

47

Какие анатомические образования проходят через сосудистую лакуну

3

запирательная артерия, запирательная вена, бедренный нерв

бедренная артерия, бедренная вена, бедренный нерв

бедренная артерия, бедренная вена, половая ветвь бедренно-полового нерва

верхние надчревные сосуды, бедренный нерв

нижние надчревные сосуды, бедренный нерв

#

48

Где отходит запирательная артерия, когда образует "корону смерти"

от бедренной артерии

2

от нижней надчревной артерии

от внутренней подвздошной артерии

от наружной подвздошной артерии

от верхней надчревной артерии

от бедренной артерии

#

49

Дно подколенной ямки образовано

5

полуперепончатой мышцей

полусухожильной мышцей

подколенной поверхностью бедренной кости

задней частью сумки коленного сустава со связками

подколенной мышцей

#

50

Опишите положение стопы при повреждении глубокой ветви малоберцового нерва

2

"пяточная стопа"

"конская стопа"

варусное положение стопы

ротирование кнаружи

стопа не меняет обычного положения

#

51

Что проходит через переднее отверстие голеноподколенного канала

2

n. tibialis anterior

a. tibialis anterior

n. peroneus anterior

a. peronea

a. tibialis posterior

#

52

Что содержит верхний мышечно-малоберцовый канал

3

n. peroneus profundus

n. peroneus superficialis

n. peroneus communis

n. saphenus

n. suralis

#

53

Чем образован нижний мышечно-малоберцовый канал

4

камбаловидная мышца и глубокий листок собственной фасции

малоберцовая кость и межмышечная перегородка

задняя большеберцовая мышца и большеберцовая кость

малоберцовая кость и длинный сгибатель большого пальца

малоберцовая кость и длинный сгибатель пальцев

#

54

Что содержит нижний мышечно-малоберцовый канал

3

n. peroneus profundus

n. peroneus superficialis

a. peronea

a. tibialis posterior

a. collateralis tibialis

#

55

Взаиморасположение сосудов и нервов в подколенном сосудисто-нервном пучке

1

поверхностно-п. tibialis, глубже и медиально-в. poplitea, глубже и медиальнее-а. poplitea
поверхностно-а. poplitea, кзади-в. poplitea, глубже-п. tibialis
поверхностно-в. poplitea, глубже к кости-а. poplitea, между ними- п. tibialis
поверхностно-п. tibialis, глубже-а. poplitea, ближе к кости- в. poplitea
поверхностно-а. poplitea, кзади от неё - п. tibialis, ближе к кости - в. poplitea

#

56

С сухожилием какой мышцы проходит на тыл стопы сосудисто- нервный пучок переднего ложа голени

3

m. tibialis anterior

m. flexor digitorum longus

m. extensor hallucis longus

m. flexor hallucis longus

m. extensor digitorum longus

#

57

Проекционная линия на кожу a. dorsalis pedis

4

от медиальной лодыжки к 1 пальцу

от латеральной лодыжки к 5 пальцу

от медиальной лодыжки к 1 межпальцевому промежутку

от середины расстояния между лодыжками к 1 межпальцевому промежутку

от латеральной лодыжки к 1 межпальцевому промежутку

#

58

Чем образован canalis calcaneus

3

m. flexor digitorum longus и таранная кость

m. abductor hallucis brevis и пяточная кость

m. abductor hallucis longus и пяточная кость

m. adductor hallucis longus и пяточная кость

сухожилие m. tibialis posterior и таранная кость

#

59

На какой мышце лежит крестцовое сплетение

4

m. coccygeus

m. levator ani

m. gemellus inferior

m. periformis

m. obturatorius interna

#

60

Ближе к какому отделу мочевого пузыря желательно осуществлять цистотомию

1

верхушке

телу

дну

шейке

мочеточниковым отверстиям

#

61

Какие черепной нерв не связан с кавернозным синусом

2

n. oculomotorius

n. facialis

n. trochlearis

n. abducens

n. ophthalmicus

#

62

Укажите, какая оболочка не захватывается в шов при ушивании раны стенки мочевого пузыря из-за опасности отложения мочевых солей

5

серозная оболочка

подсерозная оболочка
мышечная оболочка
подслизистая основа
слизистая оболочка

#

63

Через какое отверстие полости черепа выходит лицевой нерв

2

овальное
шилососцевидное
рваное
слепое
круглое

#

64

Какой способ используется для окончательной остановки кровотечения при ранении сосудов подкожно-жировой клетчатки головы

3

наложение зажима
диатермокоагуляция
наложение лигатуры с прошиванием
втирание воска парафиновой пасты
тампонирование раны

#

65

Какой специальный инструмент используется для смещения надкостницы при костно-пластической трепанации черепа

1

распатор Фарабефа
краниотом Дальгрена
проводник Поленова
проволочная пила Джигли
коловорот с набором фрез

#

66

Где по схеме Кренлейна проецируется ствол средней оболочечной артерии

5

на пересечении верхней горизонтальной и задней вертикальной линий
на пересечении верхней горизонтальной и передней вертикальной линии
на пересечении верхней горизонтальной и средней вертикальной линии
на пересечении нижней горизонтальной и средней вертикальной линии
на пересечении нижней горизонтальной и передней вертикальной линии

#

67

Источником *a. meningea media* является

3

a. ophtalmica
a. carotis externa
a. maxillaris
a. carotis interna
a. temporalis profunda

#

68

Какие образования не проходят через *porus acusticus internus*

2

a. labyrinthi
a. basilaris
n. intermedius
n. statoacusticus
n. facialis

#

69

Где по схеме Кренлейна проецируется задняя ветвь средней оболочечной артерии

3

на пересечении верхней горизонтальной и передней вертикальной линий

на пересечении верхней горизонтальной и средней вертикальной линий

на пересечении верхней горизонтальной и задней вертикальной линии

на пересечении нижней горизонтальной и средней вертикальной линии

на пересечении нижней горизонтальной и задней вертикальной линии

#

70

В какой области головы следует выполнять трепанацию черепа для перевязки средней оболочечной артерии

2

в треугольнике Шипо

в височной области

в лобной области

в теменной области

в затылочной области

#

71

Какая фасция отделяет заглоточное пространство от окологлоточного

3

f. stylopharyngeus

f. pharyngobasilaris

f. pharyngoprevertebralis lateralis

f. pharyngoprevertebralis media

f. prevertebralis

#

72

Назовите синус твердой мозговой оболочки, которые наиболее часто повреждаются при травмах свода мозгового отдела головы

2

нижний сагиттальный

верхний сагиттальный

прямой

поперечный

кавернозный

#

73

Чем характеризуется поднадкостничная гематома свода черепа

2

имеет форму шишки

распространяется в пределах одной кости

имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно- теменно-затылочной области

свободно распространяется на подкожную клетчатку лица

четкую характеристику дать затруднительно

#

74

Какой слой повреждается в большей степени при переломе костей свода черепа

3

все слои

наружная пластинка

стекловидная пластинка

губчатое вещество

закономерность отсутствует

#

75

Объясните, почему кровотечение из синусов твердой мозговой оболочки головного мозга не имеет тенденции к самопроизвольной остановке

2

из-за пониженной свертываемости крови

из-за треугольной формы синуса

из-за повышенного давления ликвора

из-за высокого венозного давления

из-за высокого артериального давления

#

76

Назовите самую крупную цистерну субарахноидального пространства

5

cisterna chiasmatis

cisterna corporis callosi
cisterna interpeduncularis
cisterna pontis
cisterna cerebellomedularis

77

Перевязка какого синуса твердой мозговой оболочки приведет к летальному исходу

3

верхний сагиттальный синус
нижний сагиттальный синус
синусовый сток
верхний каменистый синус
сигмовидный синус

78

Назовите нерв, располагающийся в трахеопищеводной борозде

4

nervus vagus sinistra
nervus phrenicus sinistra
nervus splanchnicus major
nervus laryngeus recurrens sinistra
nervus hypoglossus

79

По отношению к какому анатомическому образованию различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию

4

по отношению к перстневидному хрящу
по отношению к щитовидному хрящу
по отношению к подъязычной кости
по отношению к перешейку щитовидной железы
по отношению к кольцам трахеи - верхним, средним и нижним

80

Как расположены элементы основного сосудисто-нервного пучка шеи

1

сонная артерия снаружи, яремная вена изнутри, блуждающий нерв между ними
яремная вена снаружи, сонная артерия изнутри, блуждающий нерв сзади и между ними
блуждающий нерв снаружи, сонная артерия изнутри, яремная вена между ними
блуждающий нерв изнутри, сонная артерия снаружи, яремная вена между ними
блуждающий нерв спереди, артерия сзади, яремная вена между ними

81

С какой артерией соприкасается звездчатый узел

5

с общей сонной артерией
с наружной сонной артерией
с внутренней сонной артерией
с подключичной артерией
с позвоночной артерией

82

Укажите место, где определяют "френикус-симптом"

3

между ключицей и грудино ключично сосцевидной мышцей
в области яремной вырезки грудины
между ножками грудино ключично сосцевидной мышцы
на 3 см выше середины ключицы
на середине заднего края кивательной мышцы

83

На каком уровне глотка переходит в пищевод

3

на уровне четвертого шейного позвонка
на уровне пятого шейного позвонка
на уровне шестого шейного позвонка

на уровне седьмого шейного позвонка

на уровне первого ребра

#

84

При какой ошибке не восстанавливается дыхание после введения трахеостомической канюли

3

повреждение пищевода

повреждение голосовых связок

не вскрыта слизистая оболочка трахеи

низкое наложение трахеостомы

повреждение возвратного нерва

#

85

Укажите, где производят вкол иглы при выполнении шейной вагосимпатической блокады по А.И. Вишневному

4

между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

в углу, образованном ключицей и наружным краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы

в области яремной вырезки грудины

пересечение заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы с наружной яремной веной

на 3 см выше середины ключицы

#

86

Укажите, какие отделы щитовидной железы сохраняют при субтотальной субфасциальной резекции

1

заднелатеральный

переднелатеральный

перешеек железы

верхний полюс

нижний полюс

#

87

Между какими хрящами выполняется экстренная ларинготомия

3

между перстневидным хрящом и трахеей

конусовидным и черпаловидным

щитовидным и перстневидным

черпаловидными рожковидным

между подъязычной костью и щитовидным хрящом

#

88

Какой разрез используют при резекции щитовидной железы по Николаеву

2

разрез де Кервена

разрез Кохера

разрез Кютнера

срединный разрез

разрез Доллингера

#

89

На каком уровне по отношению к заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы проецируется место выхода в подкожную клетчатку ветвей шейного сплетения

4

нижняя треть

верхняя треть

передняя треть

средняя треть

задняя треть

#

90

Между какими фасциями шеи локализуется заглоточный (ретрофарингиальный) абсцесс

4

I-II

II-III

III- и париетальный листок IV

IV висцеральный и V

V и позвоночником

#

91

Какой сосуд на уровне трахеи прилежит к яремной вырезке

4

дуга аорты

перешеек аорты

общая сонная артерия

плечеголовной ствол

подключичная артерия

#

92

В каком направлении целесообразно делать разрезы для вскрытия интрамаммарных абсцессов

1

в радиальном

в полукружном

в косом

в вертикальном

направление не имеет значения

#

93

Основной отток лимфы от молочной железы осуществляется

1

в подмышечные лимфоузлы

в окологрудные лимфоузлы

в подключичные лимфоузлы

в поддиафрагмальные лимфоузлы

в подпеченочные лимфоузлы

#

94

Пункцию плевральной полости производят по верхнему краю ребра для облегчения анестезии

3

из-за повреждения межреберных мышц

из-за повреждения межреберного сосудисто-нервного пучка

из-за возможности пневмоторакса

из-за особенностей строения надкостницы

#

95

Укажите расположение лимфатического узла Зоргиуса

2

по ходу внутренней грудной артерии

под наружным краем большой грудной мышцы на уровне III ребра

между большой и малой грудными мышцами

на IV зубце передней зубчатой мышцы

над ключицей кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы

#

96

Топография основных элементов в корне правого легкого сверху вниз

1

бронх, легочная артерия, легочная вена

легочная вена, бронх, легочная артерия

легочная артерия, бронх, легочная вена

легочная артерия, легочная вена, бронх

бронх, легочная вена, легочная артерия

#

97

Топография основных элементов в корне левого легкого сверху вниз

3

легочная артерия, легочная вена, бронх

бронх, легочная артерия, легочная вена

легочная артерия, бронх, легочная вена

бронх, легочная вена, легочная артерия

легочная вена, легочная артерия, бронх

#

98

К какому слою передней брюшной стенки фиксируют катетер мочевого пузыря при цистотомии

1

коже

собственной фасции

мышцам

внутрибрюшной фасции

брюшине

#

99

Что является ориентиром для рассечения средостенной плевры во время операции на открытом артериальном протоке

2

III межреберный нерв

промежуток между блуждающим и диафрагмальным нервами

промежуток между блуждающим и возвратным нервами

большой внутренностный нерв

промежуток между блуждающим нервом и симпатическим стволом

#

100

Скелетотопия корня легкого определяется

4

Th 3 - Th 5

Th 4 - Th 6

Th 5 - Th 6

Th 5 - Th 7

Th 6 - Th 7

#

101

Какие сосуды входят в левое предсердие сердца

2

нижняя полая вена

легочные вены

легочные артерии

верхняя полая вена

легочной ствол

#

102

При каком виде пневмоторакса наблюдаются наиболее тяжелые нарушения

3

при открытом

при закрытом

при клапанном

при спонтанном

при комбинированном

#

103

Легочные артерии являются ветвями

3

нисходящей аорты

восходящей аорты

легочного ствола

межреберные артерии

бронхиальные артерии

#

104

Задняя межжелудочковая ветвь отходит

1

левой венечной артерии сердца

правой венечной артерии сердца

восходящей аорты

легочного ствола

левой легочной артерии

#

105

Формирование ductus toracicus происходит

4

в брюшной полости
в заднем средостении
в переднем средостении
в забрюшинном пространстве
на шее, в зоне венозного угла Пирогова

#

106

Укажите расположение лимфатического узла Бартельса

3

между большой и малой грудными мышцами
в ямке Моренгейма
на IV зубце передней зубчатой мышцы
на 1,5 см вверх от ключичной ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы
по переднему краю линии роста волос подмышечной ямки

#

107

Укажите расположение лимфатического узла Роттера

4

в ямке Моренгейма
на III зубце передней зубчатой мышцы
на 1,5 см вверх от ключичной ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы
между большой и малой грудными мышцами
в проекции вырезки грудины

#

108

Укажите расположение лимфатического узла Труазье

1

на 1,5 см вверх от ключичной ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы
между большой и малой грудными мышцами
по ходу внутренней грудной артерии
на V зубце передней зубчатой мышцы
в ямке Моренгейма

#

109

Топография основных элементов в корнях легких спереди –назад

2

легочная артерия, легочная вена, бронх
легочная вена, легочная артерия, бронх
легочная артерия, бронх, легочная вена
бронх, легочная вена, легочная артерия
бронх, легочная артерия, легочная вена

#

110

В каком положении больного производят пункцию плевральной полости

2

положение больного не имеет значения
в положении сидя, с согнутым туловищем
лежа на противоположном боку
лежа на животе
в полусидячем положении

#

111

По какому краю ребра производится вкол иглы при пункции плевральной полости

2

по нижнему краю ребра
по верхнему краю ребра
выбор точки зависит от проведения пункции
по середине межреберья
все ответы верны

#

112

Мастэктомия по Холстеду-Маеру предполагает

4

удаление половины молочной железы, подмышечной клетчатки, с сохранением грудных мышц

удаление молочной железы, подмышечной клетчатки с сохранением грудных мышц
удаление молочной железы, подмышечной клетчатки и малой грудной мышцы
удаление молочной железы, подмышечной клетчатки, большой и малой грудных мышц
удаление молочной железы, большой и малой грудных мышц, клетчатки надплечья и парастеральных лимфоузлов

#

113

На поверхности какой связки фиксирован яичник

2

круглой

задней поверхности широкой

на собственной связке

на связке, подвешивающей яичник

лобково-пузырной

#

114

Ретрактор ампуционный используют

3

для перепиливания костей

для сшивания мышц после ампутации

для оттягивания и защиты мягких тканей при перепиливании кости

для остановки кровотечения в месте ампутации

для фиксации костных отломков

#

115

Наиболее крупный и глубокий плевральный синус:

2

реберно-медиастинальный передний

реберно-диафрагмальный

диафрагмо-медиастинальный

реберно-медиастинальный задний

переднее-задний

#

116

Оперативное вмешательство, наиболее часто выполняемое при раке легкого:

2

лобэктомия

пульмонэктомия

комбинированная резекция легкого

сегментэктомия

секвестрэктомия

#

117

При наложении швов на рану сердца учитывают следующий момент

2

ход мышечных волокон

ход коронарных сосудов по отношению к ране

в каком отделе сердца находится рана

единственная цель-остановка кровотечения

не имеет значение

#

118

Грудной лимфатический проток впадает

3

в нижнюю полую вену

в верхнюю полую вену

в левый венозный угол

в подключичную вену

в правое предсердие

#

119

Место расположения незарощенного артериального (боталлова) протока

1

между аортой и легочным стволом

между аортой и верхней полую вену

между легочным стволом и нисходящей частью аорты

между нижней полой веной и восходящей частью аорты
между легочным стволом и легочными венами

#

120

Величина и форма нижнего межплеврального поля зависит от

1

типа телосложения

толщины подкожной клетчатки

типа дыхания

физической нагрузки

от роста

#

121

В срединной складке брюшины располагаются

3

облитерированные пупочные артерии

облитерированные пупочные вены

облитерированный мочевой проток

верхние надчревные сосуды

нижние надчревные сосуды

#

122

В латеральных складках брюшины располагаются

5

облитерированные пупочные артерии

облитерированные пупочные вены

облитерированный мочевой проток

верхние надчревные сосуды

нижние надчревные сосуды

#

123

Лигатурная игла Дешана относится к инструментам для

3

разъединения тканей

соединения тканей

остановки кровотечения

послойного рассечения тканей

перевязки нерва

#

124

Место выхода прямой паховой грыжи

2

латеральная паховая ямка

медиальная паховая ямка

надпузырная ямка

пупочное кольцо

наружное отверстие пахового канала

#

125

Место входа косой паховой грыжи

3

медиальная паховая ямка

надпузырная ямка

латеральная паховая ямка

пупочное кольцо

наружное отверстие пахового канала

#

126

Задняя стенка влагалища прямой мышцы живота ниже пупка образована

5

апоневрозом наружной косой мышцы живота

поверхностным листком апоневроза внутренней косой мышцы живота

глубоким листком апоневроза внутренней мышцы живота

апоневрозом поперечной мышцы живота

поперечной фасцией

#

127

Брюшную полость на этажи делит

2

поперечно-ободочная кишка

брыжейка поперечно-ободочной кишки

малый сальник

брыжейка тонкой кишки

большой сальник

#

128

Какая из перечисленных сумок брюшной полости располагается более глубоко

4

печеночная

преджелудочная

желудочная

сальниковая

почечная

#

129

Укажите, какая из перечисленных сумок является изолированной

2

преджелудочная

сальниковая

предпеченочная

печеночная

предсальниковый промежуток

#

130

Через какое образование происходит сообщение печеночной и преджелудочной сумок

4

правый боковой канал

сальниковое отверстие

левый боковой канал

предсальниковый промежуток

трейцева связка

#

131

Связка печени, содержащая только артериальные и венозные сосуды

5

печеночно-двенадцатиперстная

серповидная

печеночно-почечная

венечная

печеночно-желудочная

#

132

Заднюю стенку преджелудочной сумки образует

5

диафрагма

левая доля печени

малый сальник

передняя брюшная стенка

передняя поверхность желудка с его связками

#

133

Что является грыжевым мешком при врожденной паховой грыже

3

висцеральная брюшина

поперечная фасция

влагалищный отросток брюшины

париетальный отросток брюшины

внутренностная фасция живота

#

134

Укажите скелетотопию внебрюшинного поля печени

3

10 ребро задняя подмышечная линия-12 ребро задняя подмышечная линия

10 ребро лопаточная линия-12 ребро паравертебральная линия

9 ребро задняя подмышечная линия-11 ребро лопаточная линия

9 ребро лопаточная линия-11 ребро паравертебральная линия

8 ребро лопаточная линия- 10 ребро паравертебральная линия

#

135

Патологические жидкости распространяются из верхнего этажа брюшной полости в нижний через

3

правую брыжеечную пазуху

левый боковой канал

печеночную сумку в правый боковой канал

сальниковую сумку

преджелудочную сумку

#

136

Дно желчного пузыря на переднюю брюшную стенку проецируется

2

нижний край V ребра по правой сосковой линии

пересечение наружного края прямой мышцы живота с реберной дугой

по краю реберной дуги на уровне сосковой линии

середина расстояния между пупком и мечевидным отростком

пересечение поперечной мышцы живота и мечевидного отростка

#

137

В какой связке проходят короткие желудочные сосуды

1

желудочно-селезеночной

селезеночно-диафрагмальной

селезеночно-почечной

желудочно-диафрагмальной

поджелудочно-селезеночной

#

138

Скелетотопия головки поджелудочной железы

5

Th10-Th11

Th11-Th12

Th12-L3

L2-L3

L1-L2

#

139

Нижняя граница правой доли печени соответствует

1

горизонтальной линии, соединяющей нижние точки X ребер

на 2 см ниже края правой реберной дуги

уровню XII грудного позвонка

VII межреберью справа по средней ключичной линии

VIII межреберью справа по передней подмышечной линии

#

140

Скелетотопия селезенки

1

IX-XI ребро слева

X-XII ребро слева

IX-XII ребро слева

VIII-X ребро слева

X-XI ребро слева

#

141

Голотопия слепой кишки

3

пупочная область
левая подвздошно-паховая область
правая подвздошно-паховая область
на уровне гребня подвздошной кости
правая подреберная область

#

142

Какой отдел кишечника, не имеющий брыжейки расположен интраперитонеально

2

тонкая кишка
слепая кишка
восходящая ободочная кишка
поперечно-ободочная кишка
сигмовидная кишка

#

143

Зонд Кохера используется для

3

послойного разъединения тканей
зондирование свищевого хода
подведение лигатуры
выделение сосудисто-нервного пучка из фасциального влагалища
для тупого разъединения мышечных волокон

#

144

Для остановки кровотечения из сосудов подкожно жировой клетчатки используют

2

зажим Бильрот
зажим Моски
сосудистые клеммы
зажим Кохер
зажим Пеан

#

145

Связка, ограничивающая сообщение левого бокового канала с верхним этажом брюшной полости:

3

диафрагмально-желудочная
желудочно-ободочная
диафрагмально-ободочная
диафрагмально-селезеночная
печеночно-желудочная связка

#

146

Способ наложения кишечных швов, обеспечивающий широкое соприкосновение серозных поверхностей, впервые предложил:

4

Пирогов
Шмиден
Альберт
Ламбер
Кохер

#

147

Способ резекции желудка, при котором сохраняется естественный пассаж пищи

1

Бильрот-I
Бильрот-II.
Гофмейстера-Финстерера
Райхель-Полия

Рy

#

148

Межкишечный анастомоз по Брауну накладывается

2

создания отводящей петли
во избежание развития порочного круга
создания передних губ анастомоза
создания задних губ анастомоза
создания приводящей петли

#

149

Желудочная фаза пищеварения отсутствует при резекции желудка методом

4

Бильрот 1

Бильрот 2

по Гофмейстеру-Финстереру

по Рейхель-Полиа

по Витцелю

#

150

Где находится проекция почечных ворот на заднюю стенку живота

1

угол, между наружным краем разгибателя туловища и 12 ребром

наружный край 12 ребра

середина расстояния между 12 ребром и гребнем подвздошной кости

по середине ширины разгибателя туловища

в месте сочленения 12 ребра с позвоночником

#

151

Где находится проекция почечных ворот на переднюю стенку живота

2

точка Керра

угол между наружным краем прямой мышцы живота и реберной дугой

пересечение внутренней косой мышцы живота с прямой мышцей

пересечение мышцы разгибателя туловища с наружной косой мышцей живота

пересечение 10 ребра с наружной косой мышцей живота

#

152

При наложении шва Кузнецова-Пенского лигатуры по отношению к сосудам накладываются:

2

в косом направлении

в поперечном направлении

в продольном направлении

крестообразно

по диагонали

#

153

Укажите скелетотопию печеночного изгиба поперечно-ободочной кишки

1

хрящ IX ребра

хрящ VII ребра

хрящ VI ребра

хрящ X ребра

хрящ VIII ребра

#

154

Укажите скелетотопию селезеночного изгиба поперечно-ободочной кишки

2

хрящ VII ребра

хрящ VIII ребра

хрящ X ребра

хрящ IX ребра

хрящ VI ребра

#

155

Венозный отток от печени идет

2

в воротную вену печени

в нижнюю полую вену

в верхнюю брыжеечную вену
в коронарную вену желудка
в нижнюю брыжеечную вену

#

156

Общий желчный проток образуется при слиянии

3

печеночных протоков

пузырного и венозного протоков

пузырного и общепеченочного протоков

общего печеночного с Вирсунговым протоком

печеночного с Санториниевым протоком

#

157

Укажите, куда рассекается ущемляющее кольцо при ущемленной бедренной грыже

3

кнутри

кнаружи

кпереди

кзади

вверх

158

Какая фасция образует сухожильную дугу тазовой фасции

2

f. endoabdominalis

f. pelvis париетальный листок

f. pelvis висцеральный листок

f. transversa

f. iliopsoas

#

159

Пути распространения гноя из позади прямокишечного пространства

3

параректальное пространство

предпузырное пространство

забрюшинное пространство

пристеночные пространства таза

брюшная полость

#

160

Доступ к маточно-прямокишечному углублению

3

через переднюю брюшную стенку

через передний свод влагалища

через задний свод влагалища

через мочевой пузырь

через промежность

#

161

На всем протяжении мочеточник по отношению к брюшине может быть

3

экстраперитонеально

мезоперитонеально

ретроперитонеально

интраперитонеально

отношение к брюшине меняется, в зависимости от топографии

#

162

Место отхождения внутренней подвздошной артерии от общей подвздошной

3

на уровне мыса

на уровне гребня подвздошной кости

на уровне крестцово-подвздошного сочленения

на уровне задней верхней подвздошной ости

на уровне симфиза

#

163

Какой орган расположен во всех этажах таза

3

предстательная железа

мочевой пузырь

прямая кишка

матка

мочеточник

#

164

Первый перекрест маточной артерии и мочеточника

2

выше линии терминалис таза кпереди от крестцово-подвздошного сочленения

ниже линии терминалис таза кпереди от крестцово-подвздошного сочленения

в основании широкой связки матки

на уровне наружного зева матки

на уровне пузырно-маточного углубления

#

165

Второй перекрест маточной артерии и мочеточника

3

у входа в таз

на уровне маточно-прямокишечного углубления

в основании широкой связки матки

на уровне наружного зева матки

на уровне пузырно-маточного углубления

#

ЛОР

1.

Где в полости носа располагается regio olfactoria?

4

в области дна полости носа

от дна полости носа до нижней носовой раковины

от дна полости носа до нижнего края средней носовой раковины

от средней носовой раковины до свода полости носа

в области свода полости носа

#

2.

Какие из перечисленных пазух открываются в заднем отделе hiatus semilunaris?

3

лобная

передние и средние клетки решетчатого лабиринта

верхнечелюстная

клиновидная

задние клетки решетчатого лабиринта

#

3.

Какие из перечисленных пазух открываются в передне-верхнем отделе hiatus semilunaris?

1

лобная

передние и средние клетки решетчатого лабиринта

верхнечелюстная

клиновидная

задние клетки решетчатого лабиринта

#

4.

Где в носовой полости открывается слезно-носовой канал?

3

верхний носовой ход

носовая перегородка

нижний носовой ход

средний носовой ход

боковая стенка носоглотки

#

5.
Куда открывается барабанное устье слуховой трубы?
3
в носоглотку
в ротоглотку
в гипотимпанум
в мезотимпанум
в аттик
#
6.
Где находится соустье лобной пазухи?
4
верхний носовой ход
перегородка носа
нижний носовой ход
средний носовой ход
на боковой стенке носоглотки
#
7.
Из каких клеток состоит эпителиальный покров верхнего носового хода?
1
обонятельных, базальных и поддерживающих клеток
обонятельных и бокаловидных
обонятельные, поддерживающие и мерцательный эпителий
обонятельные, бокаловидные и секреторные
мерцательный эпителий
#
8.
Какая артерия осуществляет кровоснабжение лобной пазухи?
4
задняя носовая артерия
ветви верхнечелюстной артерии
ветви носовой артерии
крылонебная артерия
артерии глазницы
#
9.
Какая из стенок гайморовой пазухи ограничивает его от крылонебной ямки?
4
медиальная
верхняя
нижняя
задняя
передняя
#
10.
Главной артерией полости носа является?
3
наружная сонная артерия
верхнечелюстная артерия
клиновидно-небная артерия
передняя и задняя решетчатые артерии
носо-небная артерия
#
11.
Где в полости носа располагается regio respiratoria?
3
в области дна полости носа
от дна полости носа до нижней носовой раковины
от дна полости носа до нижнего края средней носовой раковины
от нижней носовой раковины до свода полости носа
от дна полости носа до верхней носовой раковины
#
12.
Какие костные образования формируют боковой скелет носовой полости?

5

решетчатая кость

сошник

нижняя носовая раковина

перпендикулярная пластинка решетчатой кости

носовые отростки лобной кости

#

13.

Где находится полулунная щель Н.И. Пирогова?

1

в области боковой стенки среднего носового хода

в области боковой стенки верхнего носового хода

в области боковой стенки нижнего слухового прохода

в области медиальной стенки носовой полости

в области дна полости носа

#

14.

Какая из представленных формулировок характеризуют глотку?

2

полая эластическая трубка, являющаяся продолжением гортани

полость с мышечными стенками, расположенная впереди шейных позвонков

мышечная трубка, которая соединяет гортаноглотку с желудком

полая эластическая трубка являющаяся продолжением трахеи

щель, расположенная впереди шейной части позвонков, которая выполнена рыхлой соединительной тканью

#

15.

Сколько отделов гортани вы знаете?

3

один

два

три

четыре

пять

#

16.

Какая мышца играет главную роль в процессе голосообразования?

4

внутренняя щито-черпаловидная

черпало-надгортанная

щито-подъязычная

перстне-щитовидная

щито-надгортанная

#

17.

Какая мышца расширяет голосовую щель?

5

щито-подъязычная

грудинно-щитовидная

грудинно-подъязычная

боковая перстне-черпаловидная

задняя перстне-черпаловидная

#

18.

Какие хрящи гортани относятся к эластическим?

5

надгортанный, щитовидный, перстневидный

черпаловидный, санториниев, врисбиргиев

щитовидный, перстневидный, черпаловидный

черпаловидный, надгортанный

надгортанный, рожковидный, клиновидный

#

19.

Какую функцию выполняет m. vocalis?

4

опускает надгортанник

приближает черпаловидные хрящи друг к другу
расширяет голосовую щель
натягивает голосовые связки
суживает голосовую щель

#

20.

Чем обусловлен симптом "хруст гортани"?

3

трением черпаловидных хрящей друг с другом
трением черпаловидных хрящей с перстневидным хрящом
трением щитовидного хряща с перстневидным хрящом
трением щитовидного хряща с надгортанником
трением черпаловидных хрящей с добавочными хрящами

#

21.

Где находится коническая связка?

3

между подъязычной костью и щитовидным хрящом
между перстневидным хрящом и кольцами трахеи
между щитовидным хрящом и перстневидным хрящом
между черпаловидными хрящами
между надгортанником и щитовидным хрящом

#

22.

Какие хрящи гортани гиалиновые?

4

щитовидный, клиновидный, рожковидный
перстневидный, черпаловидный, клиновидный
надгортанник, рожковидный, щитовидный
щитовидный, перстневидный, черпаловидный
надгортанник, перстневидный, щитовидный

#

23.

Где расположен спиральный орган?

2

в костной улитке
в перепончатой улитке
в преддверии
в барабанной полости
в полукружных каналах

#

24.

Чем заполнен перепончатый канал?

3

тканевой жидкостью
кровью
эндолимфой
мозговой жидкостью
перилимфой

#

25.

Какое анатомическое образование отвечает за звуковосприятие?

3

сосцевидный отросток
барабанная перепонка
кортиева орган
слуховые косточки
наружный слуховой проход

#

26.

С чем сообщается костный лабиринт посредством окна преддверия?

3

со слуховой трубой
с передней черепной ямкой
с барабанной полостью

с сосцевидным отростком
с задней черепной ямкой

#

27.

С чем граничит передняя стенка барабанной полости?

3

сосцевидным отростком, антрумом
луковицей яремной вены
внутренней сонной артерией
барабанной перепонкой
средней черепной ямкой, височной долей мозга

#

28.

С чем граничит нижняя стенка барабанной полости?

2

сосцевидным отростком, антрумом
луковицей яремной вены
внутренней сонной артерией
барабанной перепонкой
средней черепной ямкой, височной долей мозга

#

29.

С чем граничит верхняя стенка барабанной полости?

5

сосцевидным отростком, антрумом
луковицей яремной вены
внутренней сонной артерией
барабанной перепонкой
средней черепной ямкой, височной долей мозга

#

30.

С чем граничит латеральная стенка барабанной полости?

4

сосцевидным отростком, антрумом
луковицей яремной вены
внутренней сонной артерией
барабанной перепонкой
средней черепной ямкой, височной долей мозга

#

31.

С чем граничит задняя стенка барабанной полости?

1

сосцевидным отростком, антрумом
луковицей яремной вены
внутренней сонной артерией
барабанной перепонкой
средней черепной ямкой, височной долей мозга

#

32.

С чем граничит передняя стенка наружного слухового прохода?

2

сосцевидным отростком
суставной сумкой нижней челюсти
околоушной железой
средней черепной ямкой
внутренней сонной артерией

#

33.

С чем граничит задняя стенка наружного слухового прохода?

1

сосцевидным отростком
суставной сумкой нижней челюсти
околоушной железой
средней черепной ямкой
внутренней сонной артерией

#

34.

С чем граничит верхняя стенка наружного слухового прохода?

4

сосцевидным отростком
суставной сумкой нижней челюсти
околоушной железой
средней черепной ямкой
внутренней сонной артерией

#

35.

С чем граничит нижняя стенка наружного слухового прохода?

3

сосцевидным отростком
суставной сумкой нижней челюсти
околоушной слюнной железой
средней черепной ямкой
внутренней сонной артерией

#

36.

С чем граничит медиальная стенка барабанной полости?

2

сосцевидным отростком
с мысом и окнами преддверия
околоушной железой
средней черепной ямкой
внутренней сонной артерией

#

37.

Количественное исследование слуха проводят?

5

катетером
лобным рефлектором
пневматической воронкой Зигле
баллоном Политцера
камертоном

#

38.

С какого расстояния слышим шепотную речь в норме?

3

0,5 м
2 м
6 м
8 м
10 м

#

39.

Что производят при осмотре носоглотки?

3

орофарингоскопию
гипофарингоскопию
эпифарингоскопию
ларингоскопию
переднюю риноскопию

#

40.

Что видно при передней риноскопии?

3

три носовые раковины, дно полости носа
дно полости носа, передний отдел носовой перегородки, хоаны, сошник, носовые раковины
дно полости носа, носовую перегородку, нижнюю и среднюю носовые раковины
носую перегородку, нижнюю, среднюю и верхнюю носовые раковины
устья слуховых труб, носоглоточную миндалину.

#

41.

Для установления патологии придаточных пазух носа используют?

4

ринопневмометрия
сальпингоскопия
ольфактометрия
рентгенография
гипофарингоскопия

#

42.

Пальцевое исследование носоглотки производят при?

3

при переломе носа
остром рините
аденоидах
хроническом рините
евстахиите

#

43.

Для определения перелома носа используется?

4

диафаноскопия
термография
ольфактометрия
рентгенография
ринопневмометрия

#

44.

Что производят для осмотра гортаноглотки?

3

эпифарингоскопию
мезофарингоскопию
гипофарингоскопию
ларингоскопию
эзофагоскопию

#

45.

При помощи какого инструмента производится непрямая ларингоскопия?

3

при помощи шпателя Тихомирова
при помощи оперативных ларингоскопов
при помощи гортанного зеркала
директоскопом Ундрица
бронхоэзофагоскопом

#

46.

Назовите инструментальный метод исследования гортани, используемый в раннем детском возрасте?

2

непрямая ларингоскопия
прямая ларингоскопия
диафаноскопия
гипофарингоскопия
бронхоскопия

#

47.

Ведущими симптомами вазомоторного ринита являются?

2

сильная сухость, образование корок в носу
пароксизмальное чихание с гидрореей
скудное вязкое отделяемое
затруднение носового дыхания
кровоточивость слизистой оболочки носа

#

48.

Характерным признаком хронического гнойного гайморита, выявляемом при передней риноскопии является?

4

гиперемия слизистой оболочки полости носа
увеличение и отечность носовых раковин
увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов
полоска гноя в среднем носовом ходе
полоска гноя в нижнем носовом ходе

#

49.

На сколько часов можно оставлять задний тампон при носовых кровотечениях?

3

на 1-2 часа

на 7-8 часов

на 24-48 часов

на 72 часа

на 85-95 часов

#

50.

К каким осложнениям может привести инородное тело, длительное время находящееся в носовой полости?

3

менингиту

тромбозу кавернозного синуса

образованию ринолита

хроническому воспалению полости носа

тромбозу сигмовидного синуса

#

51.

Укажите этиологию одонтогенных гайморитов?

1

инфицирование пазухи со стороны зубов

инфицирование пазухи со стороны глазницы

травматическое повреждение верхнечелюстной пазухи

ОРВИ

острый ринит

#

52.

В каком месте производится пункция гайморовой пазухи?

2

в среднем носовом ходе, отступя от ее переднего конца 1,5-2 см

в нижнем носовом ходе, отступя от ее переднего конца 1,5-2 см

в верхнем носовом ходе, отступя от ее переднего конца 1,5-2 см

в области дна полости носа

в области среднего носового хода

#

53.

При какой форме синусита применяется операция Калдвелла-Люка?

1

при хроническом гайморите

при фронтите

при этмоидите

при сфеноидите

при остром фронтите

#

54.

С помощью чего удаляется инородное тело полости носа?

3

носового пинцета

носовой петли

носового крючка

пуговчатого зонда

иглы Куликовского

#

55.

Какой метод лечения является ведущим при лечении риногенных внутричерепных осложнений?

4

противовоспалительная терапия

дезинтоксикационная терапия

дегидратационная терапия
хирургический метод
симптоматическое лечение

#

56.

Основным методом лечения искривления носовой перегородки является?

1

подслизистая резекция носовой перегородки
иссечение синехий полости носа
прижигание слизистой оболочки хромовой, трихлоруксусной кислотой
конхотомия
криовоздействие

#

57.

Какие формы гипертрофического ринита выделяют?

5

аллергическая
нейровегетативная
зловонный насморк или озена
простой, аллергический
ограниченный, диффузный

#

58.

Лечение хронического атрофического ринита?

4

прижигание трихлоруксусной кислотой
криовоздействие
закапывание сосудосуживающих средств в нос
стимулирующая терапия, закапывание масляных растворов
электрокаустика

#

59.

Выберите симптомы, характерные для фурункула носа?

4

резкое побледнение слизистой оболочки полости носа
наличие пузырей на коже наружного уха
припухлость носовых раковин
в преддверии носа-конусовидная инфильтрация с гнойным стержнем в центре
слизистая оболочка полости носа ярко гиперемирована с наличием характерных пузырьков

#

60.

Укажите на основной этиопатогенетический фактор болезни Меньера?

5

нарушение водно-солевого обмена
сосудистые расстройства внутреннего уха
воспаление во внутреннем ухе
нарушение жирового и углеводного обменов
гидропс лабиринта (водянка)

#

61.

В каком возрасте наиболее часто встречается болезнь Меньера?

4

у новорожденных
в возрасте до 15 лет
у подростков
молодой возраст
в старческом возрасте

#

62.

Для какого заболевания характерно развитие анкилоза стремени?

3

для болезни Меньера
катара среднего уха
отосклероза
кохлеоневрита

евстахиита

#

63.

При каких заболеваниях может возникнуть кохлеарный неврит?

3

при синдроме Иценко-Кушинга, гиперпаратиреозе, сердечной недостаточности

при миокардитах, кардиомиопатиях, феохромоцитоме

при сахарном диабете, климаксе, гипертиреозе, атеросклерозе, гипертонической болезни

при болезни Аддисона, гипотериозе

при болезни Иценко-Кушинга, вегетососудистой дистонии

#

64.

Что страдает при кохлеарных невритах?

4

звукотрансдукция высоких тонов

звукотрансдукция только низких тонов

звукотрансдукция только низких тонов

звукотрансдукция только высоких тонов

звукотрансдукция по всей тональной шкале

#

65.

Укажите локализацию патологического процесса при зигоматите?

1

воспаление скулового отростка

прорыв гноя через внутреннюю стенку верхушки носовидного отростка под шейные мышцы и глубокие шейные фасции

воспаление пирамиды височной кости

воспаление чешуи височной кости

прорыв гноя через нижне-внутреннюю стенку носовидного отростка под передний край двубрюшной мышцы

#

66.

Укажите локализацию патологического процесса при сквамите?

4

воспаление скулового отростка

прорыв гноя через внутреннюю стенку верхушки носовидного отростка под шейные мышцы и глубокие шейные фасции

воспаление пирамиды височной кости

воспаление чешуи височной кости

прорыв гноя через нижне-внутреннюю стенку носовидного отростка под передний край двубрюшной мышцы

#

67.

Укажите локализацию патологического процесса при петрозите?

3

воспаление скулового отростка

прорыв гноя через внутреннюю стенку верхушки носовидного отростка под шейные мышцы и глубокие шейные фасции

воспаление пирамиды височной кости

воспаление чешуи височной кости

прорыв гноя через нижне-внутреннюю стенку носовидного отростка под передний край двубрюшной мышцы

#

68.

Какие симптомы характерны для первого периода острого гнойного среднего отита?

5

шум в ухе, снижение слуха

боль в ухе, понижение слуха, плохое самочувствие

повышение температуры тела

нарушение общего состояния

заложенность в ушах, аутофония

#

69.

Выберите отоскопическую картину характерную для второго периода острого гнойного среднего отита?

1

утолщение, гиперемия барабанной перепонки

перфорация барабанной перепонки, отделяемое и пульсирующий рефлекс

сглаженность контуров барабанной перепонки

выпячивание барабанной перепонки
инъекция сосудов барабанной перепонки

#

70.

Укажите симптомы характерные для третьего периода острого гнойного среднего отита?

2

повышение температуры тела

боль в ухе, повышение температуры тела, понижение слуха, нарушение самочувствия

отсутствие болей в ухе, нормализация температуры тела, уменьшение отделяемого

появление заложенности в ухе

ухудшение слуха

#

71.

В каком квадранте барабанной перепонки делается парацентез?

5

передне-верхнем

задне-верхнем

в расслабленной части

передне-нижнем

задне-нижнем

#

72.

Укажите среднюю продолжительность течения не осложненного острого гнойного среднего отита?

3

2-3 дня

от 1 недели

от 2-х до 3-х недель

свыше 1 месяца

несколько месяцев

#

73.

Для какого заболевания характерны: приступы головокружения, шум в ушах и понижение слуха?

5

отосклероз

катар среднего уха

евстахиит

диффузный наружный отит

болезнь Меньера

#

74.

В чем заключается особенность приступов головокружения при болезни Меньера?

2

приступы длительные

кратковременные, повторяющиеся

длительные, не повторяющиеся

кратковременные, не повторяющиеся

длительные, повторяющиеся

#

75.

При каком из перечисленных заболеваний встречается ограниченный лабиринтит?

1

при хроническом гнойном среднем отите

болезни Меньера

отосклерозе

кохлеоневрите

фурункуле наружного слухового прохода

#

76.

Каким числом гипертрофий определяют состояние глоточной миндалины?

3

1

2

3

4

5

#

77.

Аденоидные вегетации (разращения) - это гипертрофия какой миндалины?

5

язычной

трубных

небных

боковых валиков

глоточной

#

78.

Какой метод лечения заглоточных абсцессов является первоочередным?

3

противовоспалительная

десенбилизирующая

хирургический

симптоматическая

дезинтоксикационная

#

79.

Чем характеризуется 1 степень гипертрофии небных миндалин?

1

миндалина занимает 1/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

миндалина занимает 2/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

миндалина в пределах небных дужек

миндалина на дне миндаликового ложа

миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

#

80.

Чем характеризуется 2 степень гипертрофии небных миндалин?

3

1. миндалина занимает 1/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

2. миндалина в пределах небных дужек

3. миндалина занимает 2/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

4. миндалина на дне миндаликового ложа

5. миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

#

81.

Чем характеризуется 3 степень гипертрофии небных миндалин?

5

миндалина занимает 1/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

миндалина в пределах небных дужек

миндалина занимает 2/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

миндалина на дне миндаликового ложа

миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

#

82.

Сколько стадий стеноза гортани различают?

3

1

2

4

5

6

#

83.

Что характерно для 3 стадии развития рака гортани?

3

опухоль занимает один этаж гортани, метастазы не обнаружены, гортань подвижна

опухоль не выходит за пределы одной анатомической части гортани

опухоль распространяется за пределы одного анатомического отдела гортани, подвижность ограничена

опухоль распространяется за пределы гортани на окружающие органы, при отсутствии регионарных метастазов

опухоль распространяется в пределах одного этажа гортани с клинически определяемыми отдаленными метастазами

#

84.

Что характерно для 4 стадии развития рака гортани?

5

опухоль занимает один этаж гортани, подвижность гортани не нарушена, метастазы не обнаружены
опухоль не выходит за пределы одной анатомической части этажа гортани
опухоль распространяется за пределы одного анатомического отдела гортани, подвижность ограничена
опухоль распространяется за пределы гортани на окружающие органы, при отсутствии регионарных метастазов
опухоль распространяется в пределах одного этажа гортани с клинически определяемыми отдаленными метастазами

#

85.

Чем характеризуется 1 стадия острого ринита?

1

ощущением сухости в носу, чувством заложенности, отечность слизистой оболочки
уменьшение отека слизистой оболочки полости носа, улучшение носового дыхания
слизисто-гнойные выделения из носа, улучшение состояния
гнойное отделяемое в большом количестве, корки в полости носа
кровоточивость слизистой оболочки полости носа

#

86.

Чем характеризуется 3 стадия острого ринита?

2

ощущением сухости и напряжения в носу, заложенность, отечность слизистой носа
уменьшение отека полости носа, незначительные слизисто-гнойные выделения
значительное уменьшение отека слизистой оболочки полости носа
улучшение носового дыхания, патологического отделяемого в носовых ходах нет
в большом количестве гнойное отделяемое, корки в полости носа с неприятным запахом

#

87.

Чем характеризуется 2 стадия острого ринита?

2

ощущением сухости и напряжения в носу, заложенность в носу, отечность слизистой оболочки
нарастание воспаления, обильное количество серозных выделений, конъюнктивит, чихание
значительное уменьшение отека слизистой оболочки полости носа
улучшение носового дыхания, патологического отделяемого в носовых ходах нет
в большом количестве гнойное отделяемое, корки в полости носа с крайне неприятным запахом

#

88.

Чем характеризуется 1 степень гипертрофии глоточной миндалины?

1

миндалина прикрывает хоаны на 1/3
миндалина прикрывает хоаны на 2/3
миндалина полностью закрывает хоаны
миндалина представлена шероховатой поверхностью
распространяется на 1/3 расстояния от небно-язычной дужки

#

89.

В каком возрасте встречаются аденоидные вегетации?

1

от 3 до 15 лет
от 20 до 30 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
от 50 до 60 лет

#

90.

Чем характеризуется 2 степень гипертрофии глоточной миндалины?

2

гипертрофия прикрывает хоаны на 1/3
гипертрофия прикрывает хоаны на 2/3
гипертрофия полностью закрывает хоаны
распространяется на 1/3 расстояния от небно-язычной дужки до средней линии зева
распространяется на 2/3 расстояния от небно-язычной дужки до средней линии зева

#

91.

Чем характеризуется 3 степень гипертрофии глоточной миндалины?

3

гипертрофия прикрывает хоаны на 1/3

гипертрофия прикрывает хоаны на 2/3

полностью закрывает хоаны

распространяется на 1/3 расстояния от небно-язычной дужки

распространяется на 2/3 расстояния от небно-язычной дужки

#

92.

Какой из ЛОР- органов наиболее часто поражается туберкулезом?

2

среднее ухо

гортань

внутреннее ухо

глотка

нос

#

93.

Что является возбудителем склеромы верхних дыхательных путей?

3

палочка Коха

бледная спирохета

палочка Волковича-Фриша

фильтрующий вирус

палочка Клебса-Леффлера

#

94.

Укажите наиболее эффективный метод лечения отосклероза?

2

лучевой

хирургический

дегидратационный

дезинтоксикационный

антибиотикотерапия

#

95.

Какой вид хирургического вмешательства показан при боковом паратонзиллярном абсцессе?

1

вскрытие абсцесса

абсцесс-тонзиллэктомия

пункция абсцесса

дренирование абсцесса

тонзиллотомия

#

96.

У больного 40 лет при обследовании выявлен склеротический тип сосцевидного отростка. О каком процессе в ухе свидетельствует этот признак?

3

антрит

евстахиит

о хроническом заболевании среднего уха

фурункул наружного уха

кохлеарный неврит

#

97.

Поставьте диагноз: у больного периодическое затруднение носового дыхания, чихание, насморк, зуд в носу. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа отечная, бледная, носовые раковины застойные, носовые ходы сужены, имеется слизисто-водянистое отделяемое, плохая сокращаемость при смазывании адреналином. В периферической крови: эозинофилия и лимфоцитоз.

4

хронический катаральный насморк

хронический гипертрофический насморк

хронический атрофический насморк

аллергический ринит

озена

#

ОНКОЛОГИЯ И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

1

Медицинские заключения выдаются без согласия гражданина или его законного представителя

2

родителям

органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе

работодателю

мужу или жене

#

2

Какая наиболее распространенная теория возникновения и развития рака:

4

Теория эмбриональной дистопии Конгейма

Теория химического канцерогенеза

Вирусная теория рака

Полиэтиологическая теория развития рака

Теория зародыша

#

3

Канцергенез – это

3

Наука о вреде курения

Метод изучения правильного питания для предотвращения рака

Многостадийный процесс развития рака

Метод диагностики рака

Наука о клетках

#

4

Злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани –

2

Саркома

Карцинома

Меланома

Лейкоз

Лимфома

#

5

После радикальной нефрэктомии, T2N0M0 стадии, необходима

5

профилактическая химиотерапия

профилактическая лучевая терапия

профилактическая гормонотерапия

профилактическая иммунотерапия

дополнительного лечения не требуется

#

6

Медикаментозные изъязвления располагаются преимущественно:

4

В дне желудка

В теле желудка

В любом отделе

В антральном отделе

В 12ти перстной кишке

#

7

Сколько степеней дисплазии шейки матки бывает?

3

Одна

Две

Три

Четыре

Пять

#

8

Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается:

4

Рак из смешанных опухолей

Цистаденокарцинома

плоскоклеточный рак

аденокарцинома

мукоэпидермоидная опухоль

#

9

Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является:

3

Ангиография

Сканирование

Эндоскопия

Рентгеноскопия

КТ

#

10

Эндоскопия с системой NBI проводится:

4

Для определения кислотности.

Для выявления НР инфекции.

Для определения полипов.

Для диагностики раннего рака

Для определения дисплазии шейки матки

#

11

Метастаз Крукенберга локализуется:

3

В прямокишечно-пузырной складке

В пупке

В яичнике

Между ножками кивательной мышцы

В мозг

#

12

Метастаз Шницлера локализуется:

2

В пупке

В прямокишечно-пузырной складке

В яичниках

В надключичных лимфоузлах

В пупок

#

13

Какие симптомы, обусловленные феноменом обтурации, характерны для рака пилорического отдела желудка:

2

Изжога

Тошнота, рвота

Резкая слабость

Быстрое похудание

Жидкий стул

#

14

К фоновым процессам шейки матки относятся

3

дисплазия

карцинома in situ

эндоцервикоз

эритроплакия

лейкоплакия с атипией

#

15

К фоновым воспалительным процессам шейки матки относятся

2

дисплазия
истинная эрозия
эктопия
лейкоплакия
эндометриоз

#

16

У женщины 20 лет выявлена эктопия шейки матки. Женщина нерожавшая. При цитологическом исследовании - клетки плоского эпителия и промежуточного слоя. При кольпоскопии - эктопия.

Тактика включает

1

наблюдение
криодеструкцию
иссечение
электрокоагуляцию
электроконизацию

#

17

У больной 30 лет выявлена нежная лейкоплакия на неизменённой по форме шейки матки. Два года тому назад проводилась электрокоагуляция по поводу эрозии шейки матки. Цитологически: чешуйки, клетки поверхностного и промежуточного слоев эпителия с

умеренной пролиферацией. Тактика включает?

2

иссечение
наблюдение
электрокоагуляцию
криодеструкцию
конизацию шейки матки

#

18

Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является

2

цитологическое исследование
гистологическое исследование
осмотр в зеркалах
кольпоскопия
лимфография

#

19

Наиболее частым симптомом рака мочевого пузыря является

1

гематурия
дизурия
пальпируемая опухоль
боль над лоном
гипертермия

#

20

Наиболее важным методом исследования при диагностике рака мочевого пузыря является

3

общий клинический анализ мочи
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
цистоскопия
радионуклидные методы диагностики
цистография

#

21

Для внутривезикулярной химиотерапии используются

5

Тиотепа
Треосульфат
белотекан

бексароген
митомицин С

22

Рак пищевода чаще всего поражает:

2

Верхнюю треть

Среднюю треть

Нижнюю треть

Одинаково часто развивается в любом отделе пищевода

Верхнюю и среднюю треть

23

Дисфагия при раке пищевода появляется прежде всего на пищу:

1

холодную

горячую

твердую

жидкую

любую пищу

24

Укажите ранний симптом рака пищевода

2

отраженные боли в другие органы

дисфагия

боли в эпигастральной области

повышения температуры тела

боль в предплечье

25

Пищевод Барретта характеризуется:

1

Желудочной метаплазией эпителия пищевода

Кишечной метаплазией эпителия пищевода

Дисплазия эпителия пищевода

Лейкоплакией пищевода

Метаплазией эпителия желудка по кишечному типу

26

Радикальным методом лечения Рака Поджелудочной Железы является:

1

Хирургическое вмешательство

Лучевая терапия

Химиотерапия

Гормонотерапия

Иммунотерапия

27

Наиболее информативным методом диагностики рака большого дуоденального сосочка является:

5

Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)

Чрескожное чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХ)

УЗИ органов брюшной полости

Ангиография

ФГДС

28

Рак in situ по Международной классификации TNM относятся:

2

К факультативному предраку

К раку

Отношение не определено

К облигатному предраку

К доброкачественным опухолям

#

29

Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является:

5

Химиотерапия

Лучевая терапия

Хирургическое лечение

Комбинированный

Зависит от морфологии опухоли

#

30

Опасность заражения пациентов инфекционными заболеваниями во время эндоскопических исследований:

1

Нарушение герметичности аппарата.

Грязные перчатки.

Болезнь медперсонала.

Инфицированность комнаты.

Все вышеперечисленное

#

31

Эндоскопия – это:

2

Осмотр всех органов

Осмотр полых органов

Осмотр печени

Гинекологический осмотр

Рентгенологическое исследование с контрастом

#

32

Хромоскопия - методика определения:

3

НР инфицированности

Кислотности желудка

Злокачественной опухоли на ранних стадиях

Язвы

Эрозии шейки матки

#

33

Эзофагогастродуоденоскопия – метод исследования

4

Печени

Мочевого пузыря

Легкие

Желудка

Мочевого пузыря

#

34

В пищеводе выделяются физиологические сужения

3

Два

Три

Четыре

Пять

Одно

#

35

Сколько степеней гистологической дифференцировки злокачественных опухолей имеется

1

три

четыре

две

пять

одна

#

36

Какая из важных уровней учреждений онкологического профиля отсутствует в КР

2

Онкологический центр

Онкологический диспансер

Онкологическое отделение

Онкологический кабинет ЦСМ

Все вышеперечисленное

#

37

Больные в онкологических учреждениях делятся на клинические группы по результатам диагностики и лечения.

Какая из перечисленных групп относится к больным, излечившимся от рака?

4

IA

II

IV

III

V

#

38

Эпидемиология рака это:

3

Наука, изучающая влияние эпидемий на развитие и частоту рака

Метод диагностики рака

Раздел онкологии, изучающий частоту, причины возникновения и закономерности распространения злокачественных новообразований

Раздел, изучающий хирургическое лечение в онкологии

Раздел, изучающий паллиативную помощь онкологическим больным

#

39

Какие из видов эпидемиологии относятся к изучению рака:

1

Дескриптивная эпидемиология

Эпидемиология инфекционных заболеваний

Эпидемиология болезней крупного рогатого скота

Аналитическая эпидемиология

Эпидемиология вирусных заболеваний

#

40

Рак легкого по гистологической структуре чаще бывает:

1

Плоскоклеточным

Солидным

Слизистым

Перстневидноклеточным

Переходно клеточный

#

41

К периферическим формам рака легкого относятся:

2

Опухоль Вильмса

Рак Пенкоста

Рак Педжета

Мезотелиома

Перибронхиальный рак легкого

#

42

Наиболее распространенный в природе канцероген –

2

Поливинилхлорид

Бензопирен

Тяжелые металлы

Радионуклиды

Афлатоксин

#

43

Специфический противоопухолевый иммунитет обеспечивают:

1

Естественные киллеры (NK-клетки)

Макрофаги

Дендритные клетки

Правильного ответа нет

Все ответы верны

#

44

К облигатным предракам кожи относят:

2

Болезнь Боуэна

Болезнь Педжета

Кератопапиллому

Трофические язвы

Эритроплакию Кейра

#

45

Метастаз Шницлера локализуется:

2

В пупке

В прямокишечно-пузырной складке

В яичниках

В надключичных лимфоузлах

В подключичных лимфоузлах

#

46

Субтотальная проксимальная резекция желудка выполняется:

2

При инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка

При экзофитной опухоли кардиального отдела желудка

При опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа роста

По усмотрению хирурга

По желанию больного

#

47

Больному с запущенным стенозирующим раком пилорического отдела желудка показано лечение:

3

Лучевое

Гастростомия

Гастроэнтеростомия

Химиотерапевтическое

Симптоматическое

#

48

Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется

1

на влажной порции шейки матки

в нижней трети цервикального канала

в средней трети цервикального канала

в верхней трети цервикального канала

одинаково часто

#

49

При раке шейки матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма рака

1

плоскоклеточный

аденокарцинома

светлоклеточный

недифференцированный

мелкоклеточный

#

50

Регионарными лимфоузлами I этапа метастазирования при раке шейки матки являются

5

запирательные
наружные и внутренние подвздошные
общие подвздошные
крестцовые
парааортальные

#

51

К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки, классифицированным как M, относятся метастазы в лимфатические узлы?

5

запирательные
внутренние подвздошные
наружные подвздошные
общие подвздошные
парааортальные

#

52

К микроинвазивной карциноме шейки матки относится опухоль с инвазией

1

до 3 мм
до 4 мм
до 5 мм
до 6 мм
до 10 мм

#

53

Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используются

1

хирургический метод
комбинированный метод с предоперационным облучением
комбинированный метод с послеоперационным облучением
сочетанный лучевой метод
лекарственный метод

#

54

При классификации рака шейки матки по системе TNM группировка символов T1aN0M0 обозначает стадию

1

Ia стадию
Ib стадию
II стадию
III стадию
IV стадию

#

55

Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться

4

при I стадии
при IIa стадии
при IIb стадии
при рецидиве опухоли
При III стадии

#

56

Операцию Ванаса превентивно целесообразнее выполнять при раке нижней губы

5

IIa стадии
IIb стадии

Шб стадии

IVa стадии

IVб стадии

#

57

У больного 70 лет рак нижней губы. На I стадии. Наиболее целесообразный метод лечения

5

близкофокусная рентгенотерапия

внутриканевая g-терапия

облучение электронами 4-6 МЭВ

контактная аппликационная g-терапия на шланговом аппарате

оперативное лечение

#

58

Неoadьювантная химиотерапия применяется

3

при раке щитовидной железы

при плоскоклеточных опухолях головы и шеи

при раке полости носа

показания для адьювантной химиотерапии не разработаны

при раке слюнных желез

#

59

При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной

2

системная химиотерапия

регионарная внутриартериальная инфузия

эндолимфатическое введение

все методы одинаково эффективны

внутриартериальная

#

60

Отдаленные метастазы рака легкого локализуются в:

3

Бронхолегочных лимфоузлах

Трахеобронхиальных лимфоузлах

Надключичных лимфоузлах

Подключичных лимфоузлах

Слюнных железах

#

61

Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

4

Радиофосфорная проба

Лучевая меланурия (реакция Якша)

Термография

Морфологический метод

ПАП-тест

#

62

Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака эндометрия

5

Светлоклеточная аденокарцинома

Железисто-плоскоклеточный рак

Недифференцированный рак

Плоскоклеточный рак

аденокарцинома

#

63

К злокачественным опухолям почки относятся

4

аденома

онкоцитома

лейомиома
гипернефрома
ангиолеймиома

64

Стадия T4 при раке почки подразумевает
4

опухоль более 2,5 см, ограниченная почкой
массивное распространение опухоли в почечную вену
опухоль распространяется на надпочечник в пределах фасции Герота
опухоль распространяется за пределы фасции Герота
опухоль распространяется на полую вену

65

К классической триаде клинических симптомов рака почки относятся
4

гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, повышенная температура тела

66

Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается при
1

Полипозной форме роста
Язвенно-инфильтративной форме роста
Склерозной форме роста
Эндофитном типе роста
Смешанном типе

67

Оптимальным сроком для оценки эффективности того или
иного вида гормонотерапии при раке предстательной железы является

4
2 недели
1 месяц
2 месяца
3 месяца
1 год

68

К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится
4

опухоль Дарье – Феррана
базалиома
эритроплазия Кейра
болезнь Боуэна
рак Пенкоста

69

К факультативным предракам кожи относится
4

болезнь Кейра
болезнь Боуэна
болезнь Педжета
кератома
пигментная ксеродерма

70

При стадии T2 рака полового члена опухоль распространяется на
3

подэпителиальную соединительную ткань
мочеиспускательный канал
пещеристое тело

предстательную железу
мочевой пузырь

#

71

Стадия T2в рака мочевого пузыря подразумевает распространение опухоли на:

3

субэпителиальную ткань
поверхностную мышцу
глубокую мышцу
предстательную железу или влагалище
стенку таза

#

72.

К наиболее частым причинам смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака относят

3

сердечно-сосудистую недостаточность
тромбоэмболию легочной артерии
бронхиальный свищ и эмпиему плевры
пневмонию
все вышеперечисленное

#

73

Внутренний сфинктер прямой кишки расположен:

3

На уровне гребешковой линии
Ниже линии Хилтона
На уровне переходной складки
Выше гребешковой линии
На уровне внутренне гребешковой линии

#

74

Медикаментозные изъязвления располагаются преимущественно:

4

В дне желудка
В теле желудка
В любом отделе
В антральном отделе
В 12ти перстной кишке

#

75

Заболеваемость раком щитовидной железы в мире:

3

Снижается
Стабилизировалась
Растет
Находится на высоком месте
Снижается у мужчин

#

76

Факторами риска возникновения рака щитовидной железы являются:

1

Повышение продукции тиреотропного гормона гипофиза
Ионизирующая радиация
Снижение продукции ТТГ
Гиперэстрогенизация
Ожирение

#

77

Наиболее информативным методом обследования при раке правой половины ободочной кишки является

2

лапароскопия
фиброколоноскопия
ультразвуковое исследование

физикальное обследование
рентгенологическое исследование

#

78

К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:

1

Папиллярная аденокарцинома
Фолликулярная аденокарцинома
Медуллярный рак
Плоскоклеточный и недифференцированный рак

Саркома

#

79

Медуллярный рак щитовидной железы развивается из:

2

A-клеток
B-клеток
C-клеток
D-клеток
E-клеток

#

80

Превентивное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи оправдано

3

при раке подвижной части языка Ia стадии
при раке нижней губы I стадии
при раке корня языка IIa стадии
при раке слизистой дна полости рта Ia стадии
при раке слизистой щеки I стадии

#

81

При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить

4

хирургическое лечение
лучевое лечение
химиотерапию
химиолучевое лечение
комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)

#

82

Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз

2

30 Гр
45-50 Гр
60 Гр
более 60 Гр
20 Гр

#

83

Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомами мягкими тканями, является

1

ограничение подвижности опухоли
медленный рост
боли
нарушение функции конечности
рвота

#

84

Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно

1

медленное развитие с малой выраженностью симптомов
быстрый рост
наличие сильных постоянных болей
частые патологические переломы
повышение температуры тела

#

85

При раке легкого критерием выбора лечебной тактики является

1

Гистологическая структура опухоли

Состояние внутригрудных лимфатических узлов

Показатели уровня онкомаркеров

Показатели красной крови

Жалобы пациента

#

86

Ведущим методом лечения меланомы кожи является

1

хирургический

лучевая терапия

комбинированный

электрокоагуляция

химио-гормонотерапия

#

87

К факторам риска рака шейки матки относят

2

прием антиэстрогенов

вирусные инфекции

дисгормональные нарушения молочных желез

заболевания печени

сахарный диабет

#

88

Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов

2

Нервной ткани

Кожи

Эндодермы

Мезодермы

Жировой ткани

#

89

Оптимальным методом лечения меланомы кожи лица I стадии является

3

Химиотерапевтический

лучевой

хирургический

лазерный

все вышеперечисленное

#

90

По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена

1

при эндобронхиальном экзофитном раке

при перибронхиальном узловатом раке

при пневмониеподобном раке

при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

при раке Педжета

#

91

Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах соответствует

5

I стадии заболевания

На II стадии

IIb стадии

IIIa стадии

IIIb стадии

#

92

Рак сегментарного бронха менее 3 см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится

1

к I стадии

к II а стадии

к II б стадии

к III а стадии

к III б стадии

#

93

К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме

2

кашля

кровохарканья

болей в груди

повышения температуры тела

похудание

#

94

Точка входа иглы при трепанбиопсии костной опухоли выполняется

4

с учетом локализации сосудисто-нервного пучка

по кратчайшему пути от кожных покровов

с учетом сухожилий мышц этой области

с учетом доступа будущего хирургического вмешательства и расположения магистральных сосудов и нервов

#

95

Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении

1

мелкоклеточного рака легкого

рака мочевого пузыря

рака почки

рака желудка

рака яичников

#

96

I стадию рака пищевода характеризуют следующие размеры опухоли:

1

До 3 см

4-5 см

6-8 см

Более 8 см

Более 10 см

#

97

В структуре смертности женского населения рак молочной железы занимает:

5

1 место

2 место

3 место

4 место

5 место

#

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

1

Укажите причины острой дыхательной недостаточности у детей у новорожденного:

3

воронкообразная грудная клетка

болезнь Рейно

синдром Пьера-Робина

остеомиелит

атрезия ануса

#

2

Выберите пороки развития головы, вызывающие острую дыхательную недостаточность:

3

колобома
незаращение верхней губы
атрезия хоан
черепно-мозговая грыжа
атрезия кишечника

#

3

Какие пороки развития могут привести к синдрому острой дыхательной недостаточности? Укажите на неправильный ответ:

1

спинномозговая грыжа
синдром Пьера-Робина
острая лобарная эмфизема
диафрагмальная грыжа
атрезия хоан

#

4

Деструктивный процесс в легких у детей чаще характерен для пневмонии, вызванной:

4

пневмококком
синегнойной палочкой
стрептококком
стафилококком
хламидией

#

5

Укажите формы внутрилегочной деструкции у детей:

3

бронхиальная
азрогенная
абсцесс легкого
лимфогенная
врожденная киста легкого

#

6

Выберете легочно-плевральные формы деструктивной пневмонии:

1

пиопневмоторакс
гидроторакс
эндоторакс
хилоторакс
фиброторакс

#

7

Выберите правильный метод лечения напряженного пневмоторакса:

3

бронхоблокация
повторные плевральные пункции
торакоцентез, дренирование плевральной полости, проведение активной аспирации
оперативное лечение - торакотомия, резекция доли легкого
ежедневная плевральная пункция

#

8

Укажите на основной клинический признак атрезии пищевода у новорожденного:

1

пенистые жидкостные выделения из носа и рта новорожденного
рвота желчью
диффузный цианоза
отсутствие мекония
вздутие живота

#

9

Ребёнок выпил глоток едкой щёлочи. Чем должно проводиться промывание желудка:

2

холодной водой
водой комнатной температуры
щелочным раствором
подкисленным раствором
коровьим молоком

10

Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной R-графии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является?

1
вертикальное
лежа
на правом боку
на левом боку
любое из предложенных

11

Укажите признаки характерны для сотрясения головного мозга у детей? Неправильный ответ:

2
потеря сознания
олигурия
головокружение
головная боль
рвота

12

Какой метод лечения, по Вашему мнению предпочтителен при переломе бедренной кости у ребенка 2-х лет?

4
оперативный
скелетное вытяжение
одномоментная закрытая репозиция
вытяжение по Шаде
наложение аппарата Илизарова

13

Какой вид перелома верхней конечности наиболее типичны для детского возраста:

5
оскольчатый перелом
винтообразный перелом
надбугорковый перелом плечевой кости
косо-поперечный перелом
поднадкостничный перелом

14

Больной ребёнок острым аппендицитом в постели часто занимает положение:

3
на спине
на животе
на правом боку с приведенными ногами
на левом боку
сидя

15

Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита, жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

3
с ректального пальцевого исследования
ирригографии воздухом
с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
с введения зонда в желудок
с дачи бариевой взвеси через рот

16

У ребенка 8 месяцев однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

2

острый аппендицит
инвагинация кишечника
аппендикулярный инфильтрат
кишечная инфекция
опухоль брюшной полости

#

17

Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

3

3 часа после рождения
через 6 часов после рождения
через 16 часов после рождения
через 24 часа после рождения
через 32 часа после рождения

#

18

Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

1

до 6 месяцев
после 1 года
после 3 лет
после 6 лет
после перенесенной кишечной инфекции

#

19

Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

2

болезненное мочеиспускание
острая задержка мочи
гематурия
пиурия
протеинурия

#

20

Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является:

3

гематурия
пиурия
острая задержка мочи
дизурия
альбуминурия

#

21

Осложнением нелеченного крипторхизма у детей является:

5

бесплодие
малитнизация
перекрут яичка
аутоиммунные процессы с повреждением здорового яичка
все перечисленное

#

22

Для паховой ретенции яичка при крипторхизме характерно:

2

смещение яичка при пальпации в сторону бедра
смещение яичка по ходу пахового канала
не определяющееся при пальпации яичко
все перечисленное
ничего из перечисленного

#

23

Ложная ретенция яичка обусловлена:

4

нарушением процессов опускания яичка
гормональным дисбалансом
нарушением гормональной регуляции на уровне гипофиз — гипоталамус
повышенным кремастерным рефлексом
антенатальной патологией

#

24

Возникновение варикоцеле у ребенка моложе 9-10 лет чаще связано:

2

с незаращением вагинального отростка
с патологией вен семенного канатика
с патологией вен яичка
с патологией артериальновенозной системы яичка и семенного канатика
с патологией верхних мочевыводящих путей

#

25

Какова тактика лечения детей с синдромом отечно-гиперемированной мошонки:

4

антибиотикотерапия
противовоспалительное лечение+хирургическое вмешательство
физиолечение
экстренное хирургическое вмешательство
полуспиртовый компресс

#

26

С какого возраста показано хирургическое лечения при паховых грыжах у детей:

4

с рождения
с 2-х лет
в 3-4 года
с 6 месячного возраста
в любом возрасте

#

27

Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятно диагноз:

1

болезнь Гиршпрунга
долихосигма
хронический колит
неспецифический язвенный колит
болезнь Крона

#

28

Отличить пахово-мошоночную грыжу от водянки оболочек яичка позволяет:

2

анамнез
диафаноскопия
рентгеноскопия
жалобы
перкуссия

#

29

Чаще всего при паховой грыже у мальчиков ущемляются:

2

большой сальник
тонкая кишка
толстая кишка
мочевой пузырь
дивертикул

#

30

Чаще всего при паховой грыже у девочек ущемляется:

5

большой сальник
тонкая кишка
толстая кишка
мочевой пузырь
придатки матки

#

31

В чем отличие приобретенной паховой грыжи от врожденной:

2

характер грыжевого мешка
отношение элементов семенного канатика к грыжевому мешку
выход грыжевого мешка через глубокое и поверхностное паховое кольцо
состояние мышечно-апоневротических структур паховой области
содержимое грыжевого мешка

#

32

С момента ущемления паховой грыжи у мальчика прошло более 12 часов. Выберите метод лечения:

2

комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление
экстренное оперативное вмешательство
ручное вправление грыжи
кратковременный наркоз, ручное вправление грыжевого выпячивания
назначить обезболивающие и спазмолитики

#

33

Какой достоверный способ рентгенодиагностики применяют при болезни Гиршспрунга:

2

ирригография воздухом
ирригография с бариевой взвесью
рентгенография по Вангенстину
обзорная рентгенограмма брюшной полости
контрастирование ЖКТ

#

34

Какие отделы желудочно-кишечного тракта чаще поражаются при болезни Гиршспрунга:

4

пилорический отдел желудка
весь ЖКТ
подвздошная кишка
дистальные отделы толстой кишки
слепая кишка

#

35

Что является наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей:

4

лейкоз
стеноз заднего прохода
язвенный колит
полипы
запоры

#

36

Анатомически в печени выделяют:

2

6 сегментов
8 сегментов
7 сегментов
5 сегментов
4 сегмента

#

37

Укажите осложнения язвенной болезни желудка и 12-п.кишки, кроме:

1

тромбоцитопения
кровотечение
стеноз привратника
пенетрация
перфорация

#

38

Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы является:

1

наличие свободного газа в брюшной полости
пневматизация кишечника
"чаши" Клойбера
увеличенный газовый пузырь желудка
немой живот.

#

39

В каком возрасте у детей наиболее часто встречается инвагинация кишечника:

2

новорожденный
грудной
дошкольный
школьный
подростковый

#

40

Какие анатомо-физиологические особенности илеоцекального угла predispose к кишечной инвагинации в детском возрасте:

1

недостаточность Баугиниевой заслонки
наличие общей брыжейки тонкой и толстой кишок
несоответствие диаметра ампулы подвздошной кишки и самой подвздошной кишки
несоответствие диаметра ампулы прямой кишки и сигмовидной кишки
увеличенные лимфоузлы брыжейки.

#

41

Ночное недержание мочи у ребенка – это:

4

анурия
олигурия
полиурия
энурез
гипосадия

#

42

Причиной высокой кишечной непроходимости у новорожденных могут быть:

4

болезнь Гиршпрунга
атрезия подвздошной кишки
муковисцидоз
синдром Ледда
язвенно-некротизирующий энтероколит

#

43

Некротический энтероколит на стадии перфорации кишечника проявляется рентгенологически симптомами:

4

повышенным равномерным газонаполнением кишечника
локальным затемнением брюшной полости
гидроперитонеумом
свободным газом в брюшной полости
немой живот

#

44

Дифференциальный диагноз острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить, кроме:

3

туберкулезом костей

ревматоидным артритом
рахитом
флегмоной
саркомой

45

Какой ранний рентгенологический признак острого гематогенного эпифизарного остеомиелита у новорожденного:

4

линейной реакцией
нечеткостью структуры костных балок
наличием очагов деструкции
расширением суставной щели
игльчатым периоститом

46

Критериями для постановки диагноза сепсиса являются:

1

наличие очага инфекции + синдром системной воспалительной реакции
бактериемия + полиорганная недостаточность
бактериемия + синдром системной воспалительной реакции
полиорганная недостаточность + синдром системной воспалительной реакции.
наличие очага инфекции + бактериемия

47

Остеомиелит у детей старшего возраста характеризуется:

3

воспалением только компактного вещества кости
воспалением только костного мозга
воспалением костного мозга, распространяющимся на компактное вещество кости и окружающие ткани.
воспалением костной ткани и близлежащего сустава
воспалением мягких тканей, окружающих кость

48

Самым частым осложнением портальной гипертензии у детей являются:

1

желудочно-кишечное кровотечение
кишечная непроходимость
разрыв селезенки
мезентериальный тромбоз
энцефалофобия

49

Назовите причины портальной гипертензии у детей:

4

опухоль брюшной полости
киста печени
тромбоз воротной вены
постинфекционный цирроз печени
порок развития сосудов брюшной полости

50

Патологические переломы у детей часто возможны при:

1

врожденной ломкости костей
остеомиелите
остеоид остеоме
остеобластокластоме
рахите и цинге

51

Типичными обстоятельствами, при которых происходят множественные и сочетанные повреждения, являются:

2

падение с высоты и огнестрельные ранения
авто травма и падение с высоты

синдром жестокого обращения с детьми
огнестрельные ранения

катание на роликах.

#

52

Причиной врожденной кривошеи является:

1

склеротические изменения в кивательной мышце

клиновидные шейные позвонки

острый и хронический миозит

сращение шейных позвонков

обширные ожоговые рубцы кожи

#

53

При лечении врожденной мышечной кривошеи необходимо начинать:

1

консервативное лечение с 2-х недель жизни

только оперативное лечение после года

только ЛФК

только массаж

вытяжение на петле Глиссона

#

54

Для лечения врожденной мышечной кривошеи родителям дома необходимо рекомендовать:

4

корректирующую гимнастику области шеи

массаж мышц шеи

положение в постели - больной стороной к стене

подвешивание игрушек в кровать с больной стороны

консервативное лечение с 2-х недель жизни

#

55

Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:

1

в первые 3-5 дней после рождения

на 10-14 день после родов

в месячном возрасте

3-месячном возрасте

в возрасте 2-3 года

#

56

Срок начала консервативного лечения врожденного вывиха бедра следует:

1

в период новорожденности

в первые полгода жизни

до 1 года

показано оперативное лечение сразу

в возрасте от 1 года до 3 лет

#

57

Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

3

тошнота и рвота

подъем температуры

эластическое опухолевидное выпячивание в паховой области

боли в животе

плохой аппетит

#

58

Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается к:

2

28-32-й неделям внутриутробной жизни

к рождению ребёнка

1-му году жизни

2-3-м годам

сразу после рождения

#

59

Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

1

наличие апоневротического дефекта по средней линии живота
приступообразные боли в животе

тошнота и рвота

диспептические явления

гиперемия и припухлость

#

60

ГИПОСПАДИЯ – это:

5

искривление полового члена

порок развития уретры

аномальное расположение меатуса

расщепление крайней плоти

сочетание всех признаков

#

61

Клинически при мошоночной гипоспадии отмечается:

5

искривление полового члена

меатальный стеноз

нормальное расположение меатуса

недержание мочи

мочеиспускание по женскому типу

#

62

Кровоизлияние при кефалогематомах происходит:

2

подкожно

поднадкостнично

субдурально

эпидурально

под апоневроз

#

63

Как называется операция при пилоростенозе:

4

кардиомиотомия по Геллеру

кардиометрия по Петровскому

гастрофундопластика по Ниссену

пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту

гастропликация по Каншину

#

64.

Какие из симптомов преобладают у детей до 3х лет, при остром аппендиците:

2

жидкий стул

симптом «отталкивания руки»

кровавый стул

ахоличный стул

кашель

#

65

Каковы особенности обследования ребенка до 3 лет с предположением на острый аппендицит:

2

термометрия

пальпация живота во время медикаментозного сна

определение лейкоцитоза

рентгенообследование

ирригоскопия

#

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.

Мышца, поднимающая верхнее веко получает двигательную иннервацию от:

2

I пары черепно-мозговых нервов

III пары черепно-мозговых нервов

IV пары черепно-мозговых нервов

VI пары черепно-мозговых нервов

VIII пары черепно-мозговых нервов

#

2.

Зрительный нерв в canalis opticus проходит вблизи:

4

крылонебной ямки

лобной пазухи

височной ямки

основной пазухи

гайморовой пазухи

#

3.

Зрительный нерв из орбиты входит в:

1

среднюю черепную ямку

крылонебную ямку

височную ямку

переднюю черепную ямку

заднюю черепную ямку

#

4.

Слезная железа делится на пальпебральную и орбитальную части:

5

мышцей Риолана

теноновой капсулой

мышцей Горнера

сухожилием круговой мышцы глаза

сухожилием мышцы, поднимающей верхнее веко

#

5.

Чувствительная иннервация структур глазного яблока осуществляется:

5

I парой черепно-мозговых нервов

II парой черепно-мозговых нервов

III парой черепно-мозговых нервов

IV парой черепно-мозговых нервов

V парой черепно-мозговых нервов

#

6.

Через верхнюю глазничную щель проходит:

2

II пара черепно-мозговых нервов

VI пара черепно-мозговых нервов

VII пара черепно-мозговых нервов

VIII пара черепно-мозговых нервов

IX пара черепно-мозговых нервов

#

7.

Хориоидея это:

2

аккомодационный аппарат глаза
энергетическая база сетчатки
структура, продуцирующая внутриглазную жидкость
преломляющая среда глаза
структура, участвующая в регулировании светового потока

#

8.

Через нижнюю глазничную щель в орбиту проникают:

4

верхняя глазничная вена и отводящий нерв
верхняя глазничная вена и блоковидный нерв
глазничная артерия и зрительный нерв
нижняя глазничная вена и нижнеорбитальный нерв
нижняя глазничная вена и глазодвигательный нерв

#

9.

Для исследования цветоощущения используют метод:

2

циклоскопии
аномалоскопии
гониоскопии
офтальмоскопии
ретиноскопии

#

10.

В таблицах для определения остроты зрения детали оптотипов 10-го ряда видны под углом зрения:

2

1 мин с расстояния 1 м
1 мин с расстояния 5 м
2 мин с расстояния 1 м
5 мин с расстояния 1 м
5 мин с расстояния 5 м

#

11.

Больной жалуется на появившийся в поле зрения дефект, через который отсутствует зрительное восприятие. Что это?

1

абсолютная положительная скотома
абсолютная физиологическая скотома
абсолютная отрицательная скотома
относительная положительная скотома
относительная отрицательная скотома

#

12.

При исследовании полей зрения у больного на фоне сильных головных болей выявлена правосторонняя гомонимная гемианопсия. Ваш предварительный диагноз?

4

опухоль правого полушария головного мозга
аневризма внутренней сонной артерии в области турецкого седла
аденома гипофиза
опухоль левого полушария головного мозга
опухоль в затылочной области головного мозга справа

#

13.

При исследовании полей зрения у больного выявлена битемпоральная гетеронимная гемианопсия. Ваш предварительный диагноз?

3

кровоизлияние в затылочной области головного мозга справа

кровоизлияние в затылочной области головного мозга слева

аденома гипофиза

поражение зрительного тракта справа

поражение зрительного тракта слева

#

14.

Острота зрения зависит от:

4

величины рассматриваемого объекта

расстояния до рассматриваемого объекта

величины опто типов

угла зрения

угла между зрительной и оптической осями глаза

#

15.

Какие корректирующие очки нужны пациенту с миопией в 1,0 D в 40 лет:

1

для дали - 1,0 D

для дали и для близи - 1,0 D

для близи + 1,0 D

для близи + 2,0 D

в очках не нуждается

#

16.

У больного инструментально выявляется дефект поля зрения, через который не сохраняется предметное восприятие.

Это:

2

положительная скотома

отрицательная скотома

врожденная скотома

относительная скотома

физиологическая скотома

#

17.

Концентрическое сужение поля зрения характерно для:

3

заболеваний роговицы

заболеваний хрусталика

заболеваний сетчатки и зрительного нерва

заболеваний стекловидного тела

заболеваний сосудистой оболочки глаза

#

18.

Гиперметроп в 2,0 D жалуется на быструю утомляемость глаз при чтении, тяжесть в надбровных дугах, очками не пользуется. Ваш диагноз?

3

спазм аккомодации

анизометропия

аккомодативная астигматизм

астигматизм

мышечная астигматизм

#

19.

К осложнениям высокой прогрессирующей миопии относятся:

2

амблиопия, блефариты

отслойка сетчатки, катаракта
атрофия зрительного нерва, катаракта
косоглазие, амблиопия
блефароконъюнктивиты, катаракта

#

20.

Острота зрения равная 1,0:

2

не исключает наличие астигматизма
не исключает наличие гиперметропии
не исключает наличие миопии
исключает наличие астигматизма
исключает наличие любой аметропии

#

21.

Объективными методами определения рефракции являются:

4

периметрия, скиаскопия
адаптометрия, офтальмометрия
рефрактометрия, офтальмоскопия
скиаскопия, рефрактометрия
офтальмометрия, визометрия

#

22.

Клиническая рефракция характеризуется:

2

силой преломления роговицы и хрусталика
положением главного фокуса относительно сетчатки
силой преломления оптической системы глаза
силой преломления стекловидного тела и хрусталика
положением главной плоскости в оптической системе глаза

#

23.

Сочетание в одном глазу различных видов рефракций или различных степеней одного вида рефракций называется:

3

анизейконией
анизометропией
астигматизмом
анизокорией
амблиопией

#

24.

Пресбиопия это:

4

помутнение хрусталика
возрастное усиление аккомодации
спазм аккомодации
возрастное ослабление аккомодации
парез аккомодации

#

25.

При гетерофории с наличием бинокулярного зрения необходимо следующее лечение:

5

очковая коррекция
коррекция призматическими линзами
прямая окклюзия
обратная окклюзия

в лечении не нуждается

#

26.

Наличие жалоб на диплопию говорит о:

1

паралитическом косоглазии

содружественном косоглазии

аккомодационном косоглазии

мнимом косоглазии

неаккомодационном косоглазии

#

27.

Способность к слиянию зрительного образа в коре головного мозга называется:

3

дивергенция

гетерофория

фузия

гетеротропия

конвергенция

#

28.

Предметы, расположенные перед фиксируемым объектом, вызывают:

1

перекрестное двоение

транзиторное двоение

одноименное двоение

простое двоение

неравномерное двоение

#

29.

Предметы, расположенные дальше фиксируемого объекта, вызывают:

5

перекрестное двоение

сложное двоение

транзиторное двоение

неравномерное двоение

одноименное двоение

#

30.

Основные клинические симптомы ячменя:

3

безболезненное локальное уплотнение века

отек у внутреннего угла глаза с отделяемым из слёзной точки

локальный отек, гиперемия, болезненность в тканях века

безболезненный локальный отёк века

безболезненное уплотнение краев век с образованием чешуек

#

31.

Неудаленное инородное тело конъюнктивы верхнего века чревато развитием:

3

конъюнктивита и иридоциклита

конъюнктивита и катаракты

конъюнктивита и кератита

конъюнктивита и птоза верхнего века

конъюнктивита и блефарита

#

32.

У ребёнка в первые дни жизни появилось слезостояние, слизисто – гнойное отделяемое на правом глазу. При надавливании на область слёзного мешка из н/слёзной точки выделяется гной. Ваш диагноз?

3

острый эпидемический конъюнктивит
острый гонококковый конъюнктивит
врождённый дакриоцистит
атрезия слёзных канальцев
острый дакриoadенит

#

33.

У ребёнка, болеющего вирусным паротитом обнаружено покраснение правого глаза, отёк в наружной части верхнего века. При осмотре правого глаза верхнее веко S-образной формы, гиперемировано, отмечается резкая болезненность и инфильтрат в наружной половине века, предушные железы увеличены, болезненны. Ваш диагноз:

4

наружный ячмень
флегмона слёзного мешка
абсцесс верхнего века
дакриoadенит
флегмона орбиты

#

34.

У пациентки 35 лет в течение 3 лет слезится правый глаз. В начале осени через 2 дня после переохлаждения (попала под дождь) появился озноб, повышение температуры, резкая болезненность, покраснение и припухлость у внутреннего угла правого глаза, слизисто-гнойное отделяемое из глазной щели. Ваш диагноз?

2

острый каналикулит
флегмона слёзного мешка
острый дакриoadенит
наружный ячмень
блефароконъюнктивит

#

35.

Ребенка привели к врачу с выраженными явлениями слезотечения, светобоязни, блефароспазма. При осмотре глаз с помощью векоподъемника на роговице виден желтоватый-серый узелок диаметром 4 мм и идущие к нему сосуды в виде луча. Ваш диагноз?

4

язва роговицы
бельмо роговицы
грибковый кератит
фликтенулезный кератит
герпетический кератит

#

36.

Роговичный синдром это: во всех ответах должно быть одинаковое перечисление признаков

3

светобоязнь, слезотечение, преципитаты на роговице
светобоязнь, слезотечение, васкуляризация роговицы
светобоязнь, слезотечение, блефароспазм
светобоязнь, слезотечение, отек роговицы
светобоязнь, гипопион, инфильтрат на роговице

#

37.

Для дифтерийного конъюнктивита характерны:

3

инъекция конъюнктивы век с явлениями лихорадки и фарингита
гиперемия конъюнктивы век, в углах глазной щели мацерация кожи
наличие трудноотделяемых серых пленок на конъюнктиве век, поражение зева и гортани

петехиальные кровоизлияния на конъюнктиве склеры с нежными пленками
точечные геморрагии в конъюнктиву свода и век, гнойное отделяемое

#

38.

Для эпидемического кератоконъюнктивита характерна:

2

гиперемия конъюнктивы с образованием паннуса роговицы

гиперемия конъюнктивы с субэпителиальными монетовидными инфильтратами роговицы

гиперемия конъюнктивы со стромальными инфильтратами в центре роговицы

гиперемия конъюнктивы с развитием язвы роговицы

гиперемия конъюнктивы со стромальными инфильтратами у лимба роговицы

#

39.

У новорожденного на 3 день после рождения веки стали плотными, синюшного цвета, появилось отделяемое в виде сукровицы. Через несколько дней веки стали мягкие тестообразные, отделяемое – гнойное, сливкообразное. Ваш предполагаемый диагноз?

5

пневмококковый конъюнктивит

герпетический конъюнктивит

острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса

аденовирусный конъюнктивит

гонококковый конъюнктивит

#

40.

Для пневмококкового конъюнктивита характерно:

2

сильный отек век; гиперемия тарзальной конъюнктивы с образованием серых пленок, распространяющихся на интрамаргинальное пространство; на роговице множественные инфильтраты, изъязвления.

легкий отек век; точечные геморрагии бульбарной конъюнктивы; нежные пленки тарзальной конъюнктивы; на роговице мелкие поверхностные инфильтраты.

значительный отек век; конъюнктивита глазного яблока гиперемирована и отечна с петехиальными кровоизлияниями; пленок нет; на роговице поверхностные инфильтраты.

выраженный синюшно-багровый отек век; конъюнктивита резко гиперемирована, отечна и легко кровоточит; пленок нет; отделяемое в виде мясных помоев.

кожа у внутренних углов глазной щели мацерирована, слегка отечна; конъюнктивита разрыхлена и гиперемирована также в области наружных углов глазной щели.

#

41.

Экзофтальм, нарушение подвижности глазного яблока свидетельствуют о повреждении:

2

глазного яблока

орбиты

век

слезных органов

придаточных пазух носа

#

42.

Клиническая картина синдрома верхней глазничной щели это:

3

птоз, миоз, экзофтальм

птоз, миоз, офтальмоплегия

птоз, мидриаз, офтальмоплегия

птоз, мидриаз, экзофтальм

птоз, офтальмоплегия, экзофтальм

#

43.

Основные признаки ретробульбарного кровоизлияния:

3

энофтальм, отек диска зрительного нерва
экзофтальм, лагофтальм, снижение зрения
экзофтальм, отек диска зрительного нерва
энофтальм, офтальмоплегия, лагофтальм
экзофтальм, лагофтальм, ксероз роговицы

#

44.

Сочетанное повреждение стенки орбиты и придаточных пазух носа чревато:

2

заносом инфекции в стекловидное тело
заносом инфекции в орбиту
заносом инфекции в слезный мешок
отрывом косых мышц глаза
панофтальмитом

#

45.

Для лечения острого иридоциклита применяют:

3

антибиотики, стероиды, 1% р-р пилокарпина
антибиотики, стероиды, 0,5% р-р тимолола
антибиотики, стероиды, 1% р-р сульфата атропина
антибиотики, стероиды, 2% р-р бринзоламида
антибиотики, стероиды, 0,005% р-р латанопроста

#

46.

У больного жалобы на фотопсии и метаморфопсии, при исследовании выявлено легкое помутнение задних слоев стекловидного тела. Ваш диагноз?

4

увеопатия
отслойка сетчатки
иридоциклит
хориоретинит
начальная катаракта

#

47.

У ребёнка с рождения родители заметили белое образование в области зрачков обоих глаз. В более старшем возрасте было выявлено снижение зрения, которое улучшалось в вечернее время. При осмотре глаза спокойны, размер глазных яблок соответствует возрастной норме, внутриглазное давление в норме. Рефлекса с глазного дна нет. В условиях мидриаза по периферии зрачка виден розовый рефлекс. Диагноз:

1

зонулярная катаракта обоих глаз
полная катаракта обоих глаз
бельмо роговицы обоих глаз
ретинопатия недоношенных обоих глаз
врождённая глаукома обоих глаз

#

48.

Клинические симптомы вывиха хрусталика в стекловидное тело:

5

мелкая передняя камера, мидриаз, иридодегенез
мелкая передняя камера, мидриаз, снижение зрения
мелкая передняя камера, снижение зрения, иридодегенез
глубокая передняя камера, миоз, иридодегенез
глубокая передняя камера, иридодегенез, снижение зрения

#

49.

Больной 42 лет предъявляет жалобы на отсутствие зрения на левом глазу, в анамнезе контузия левого глаза. При исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна не определяется. Ваш диагноз?

5

травматическая катаракта
отслойка сетчатки
частичный гемофтальм
панофтальмит
полный гемофтальм

#

50.

В клинику обратился больной с жалобами на плавающие мушки перед обоими глазами, в анамнезе перенес хориоидит. Объективно при обследовании в проходящем свете плавающие помутнения в виде взвеси. Ваш диагноз?

4

нитчатая деструкция стекловидного тела
сморщивание стекловидного тела
отслойка стекловидного тела
зернистая деструкция стекловидного тела
частичный гемофтальм

#

51.

В клинику обратился пациент 82 лет с жалобами на плавающие мушки перед глазами, в анамнезе атеросклероз. При обследовании в проходящем свете плавающие хлопьевидные помутнения в виде тонких волокон белого цвета. Ваш диагноз?

5

частичный гемофтальм
зернистая деструкция стекловидного тела
отслойка стекловидного тела
сморщивание стекловидного тела
нитчатая деструкция стекловидного тела

#

52.

Утром у женщины 50 лет после работы в наклон появились боли в правом глазу. При осмотре врачом скорой помощи обнаружено снижение зрения, покраснение глаза, отёчность роговицы, расширение зрачка, пальпаторно глаз твёрдый. Ваш диагноз:

2

факоморфическая глаукома
острый приступ глаукома
кератит
острый иридоциклит
фактопическая глаукома

#

53.

Оказание неотложной помощи при остром приступе глаукомы:

4

инстилляцией антисептиков
инстилляцией антибиотиков
инстилляцией холинолитиков
инстилляцией холиномиметиков
инстилляцией стероидов

#

54.

Хирургическое лечение острого приступа глаукомы:

5

лазерная трабекулопластика
витриэктомия
экстракция катаракты
лазерная циклодеструкция

лазерная иридотомия

#

55.

Причины развития врождённой глаукомы:

2

врождённая миопия

дисгенез угла передней камеры

дислокация хрусталика

врождённая катаракта

микрофтальм, микрокорнеа

#

56.

Вторичная глаукома развивается вследствие:

1

острого иридоциклита

блефароконъюнктивита

помутнения роговицы

хориоретинита

герпетического кератита

#

57.

Для открытоугольной глаукомы характерно наличие:

1

эксфолиаций в переднем отрезке глаза

гипопиона

задних синехий

гифемы

передних синехий

#

58.

Для острого приступа глаукомы характерно наличие:

3

дистрофии роговицы

преципитатов на роговице

отека роговицы

васкуляризации роговицы

ксероза роговицы

#

59.

Патогномичным симптомом врождённой и юношеской глаукомы является:

5

измельчение передней камеры

наличие эксфолиаций в переднем отрезке глаза

покраснение глазного яблока

повышение внутриглазного давления

увеличение размеров глазного яблока

#

60. Характерные жалобы у больных с открытоугольной глаукомой:

4

наличие «радужных кругов» вокруг источника света

появление плавающих мушек перед глазами

чувство инородного тела в глазу

отсутствие типичных жалоб

резкое снижение зрения

#

61.

Характерными жалобами больных с закрытоугольной формой глаукомы являются:

3

наличие метаморфозий
постепенное снижение зрения
наличие «радужных кругов» вокруг источника света
чувство инородного тела в глазу
наличие «летающих мушек» перед глазами

#

62.

Лазерная иридотомия проводится при:

3

пигментной глаукоме
неоластической глаукоме
закрытоугольной глаукоме
инфантильной глаукоме
открытоугольной глаукоме

#

63.

Лазерная трабекулопластика проводится при:

1

открытоугольной глаукоме
ювенильной глаукоме
неоваскулярной глаукоме
инфантильной глаукоме
закрытоугольной глаукоме

#

64.

Для начальной стадии глаукомы характерны:

3

концентрическое сужение полей зрения
появление периферических скотом
расширение слепого пятна
гомимные гемианопсии
появление центральной скотомы

#

65.

При отсутствии компенсации внутриглазного давления при открытоугольной глаукоме показано проведение операции:

3

иридотомии
циклодеструкции
трабекулэктомии
гониотомии
иридоциклоретракции

#

66.

Больной 40 лет отмечает тяжесть в глазу, головные боли, периодическое затуманивание перед глазом, особенно при наклоне головы. Объективно: глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера мельче средней, на глазном дне отмечается сдвиг сосудистого пучка диска зрительного нерва к носу, функции глаза не изменены. Ваш диагноз?

3

гипертоническая ангиоретинопатия
начальная катаракта
закрытоугольная глаукома
атрофия зрительного нерва
хориоидит

#

67.

Факолитическая глаукома развивается при:

4

подвывихе хрусталика
незрелой катаракте
вывихе хрусталика
перезрелой катаракте
начальной катаракте

#

68.

Факоморфическая глаукома развивается при:

1

незрелой катаракте
начальной катаракте
вывихе хрусталика
перезрелой катаракте
подвывихе хрусталика

#

69.

Изменение глазного дна характерное для глаукомы:

3

отек зрительного нерва
гиперемия зрительного нерва
экскавация зрительного нерва
стушеванность границ зрительного нерва
проминенция зрительного нерва

#

70.

Тонометрическое внутриглазное давление при глаукоме, свидетельствующее о компенсации процесса равно:

4

32 мм рт. ст.
28 мм рт. ст.
25 мм рт. ст.
18 мм рт. ст.
12 мм рт. ст.

#

71. Металлозом называется:

2

нахождение металлического инородного тела внутри глаза
реакция структур глаза на окисление металлического внутриглазного инородного тела
длительное пребывание металлического инородного тела в глубоких слоях роговицы
длительное пребывание металлического инородного тела в хрусталике
аутоиммунная воспалительная реакция не травмированного глаза

#

72.

При невозможности удалить внутриглазное металлическое инородное тело показано проведение:

5

витрэктомии
энуклеации глаза
эвисцерации глаза
лазеркоагуляции вокруг инородного тела
антидотной терапии

#

73.

Признаки проникающего ранения роговицы:

4

глубокая передняя камера, гипотония, миоз
глубокая передняя камера, гипотония, смещение зрачка
глубокая передняя камера, миоз, отек роговицы

мелкая передняя камера, гипотония, снижение зрения

мелкая передняя камера, мидриаз, гипертензия

#

74.

Достоверные (абсолютные) признаки проникающего ранения глаза:

3

гипотония, кровь в передней камере

гипотония, смещение зрачка

отверстие в радужке, внутриглазное инородное тело

гипотония, мелкая передняя камера

кровь в передней камере, мидриаз

#

75.

Сомнительные (относительные) признаки проникающего ранения глаза:

2

кровь в передней камере, выпадение внутренних оболочек

мелкая передняя камера, смещение зрачка

гипотония, отверстие в радужке

мелкая передняя камера, инородное тело внутри глаза

кровь в передней камере, раневой канал в хрусталике

#

76.

Осложнения проникающего ранения глаза:

1

металлоз, отслойка сетчатки

катаракта, косоглазие

увеит, косоглазие

катаракта, амблиопия

кератит, косоглазие

#

77.

Глубину залегания внутриглазного инородного тела определяют путем проведения:

2

рентгенографией в прямой проекции

рентгенографией в боковой проекции

бесскелетной рентгенографией по Фохту

офтальмоскопией

диафаноскопией

#

78.

У больного жалобы на резкое снижение зрения на правом глазу. При обследовании выявлено нарушение цветоощущения, темновой адаптации, в анамнезе проникающее ранение левого глаза. Ваш диагноз?

3

пигментная дистрофия сетчатки

застойный диск зрительного нерва

симпатический нейроретинит

острый хориоретинит

атрофия зрительного нерва

#

79.

При пигментной дегенерации сетчатки отмечается:

2

снижение остроты зрения

снижение темновой адаптации

появление центральной скотомы

появление плавающих мушек перед глазами

появление фотопсий и метаморфопсий

#

80.

Симптом «амавротический кошачий глаз» характерен для:

4

меланомы хориоидеи
отслойки сетчатки
врожденной катаракты
ретинобластомы
ретинопатии недоношенных

#

81.

Тромбоз центральной вены сетчатки может привести к развитию:

2

пигментной глаукомы
неоваскулярной глаукомы
экссфолиативной глаукомы
неопластической глаукомы
воспалительной глаукомы

#

82.

У пациента жалобы на резкое снижение зрения, появление завесы снизу на правом глазу. При периметрии выявлено выпадение верхней половины поля зрения правого глаза. Ваш диагноз?

3

опухоль хиазмально-селлярной области
неврит зрительного нерва
отслойка сетчатки
острый приступ глаукомы
оптохиазмальный арахноидит

#

83.

Лечение эмболии центральной артерии сетчатки в первые часы заключается в применении:

3

кортикостероидов
ферментов
сосудорасширяющих препаратов
антибактериальных препаратов
антиоксидантов

#

84.

Лечение тромбоза центральной вены сетчатки:

4

лазерная трабекулопластика
лазерная иридотомия
лазерная циклодеструкция
лазеркоагуляция сетчатки
лазерстимуляция сетчатки

#

85.

К симптомам ангиосклероза относятся:

5

расширение сосудов, микроаневризмы
плазморрагии, геморрагии
обширные кровоизлияния
симптом Гвиста, нечеткость границ ДЗН
симптом «медной» и «серебряной» проволоки

#

86.

К симптомам нейроретинопатии относятся:

4

симптом Салюса-Гунна

наличие «костных телец» по периферии сетчатки

наличие пятен Фукса

стушеванность границ и отечность ДЗН

симптом «вишневой косточки»

#

87.

К симптомам ретинопатии относятся:

2

симптом «вишневой косточки»

плазморрагические очаги на сетчатке

решетчатая дегенерация сетчатки

стушеванность границ ДЗН

наличие пятен Фукса

#

88.

К симптомам ангиопатии сетчатки относятся:

1

штопорообразная извилистость мелких венул в макуле

плазморрагические очаги на сетчатке

обширные кровоизлияния на сетчатке

стушеванность границ диска зрительного нерва

симптом «медной» и «серебряной» проволоки

#

89.

Непролиферативная и пролиферативная формы нейроретинопатии характерны для:

2

гипертонической болезни

сахарного диабета

почечной гипертензии

анемии

беременности

#

90.

Симптом «вишневой косточки» характерен для:

2

тромбоза центральной вены сетчатки

эмболии центральной артерии сетчатки

отслойки сетчатки

ретинобластомы

диабетической ретинопатии

#

91.

Симптом «раздавленного помидора» характерен для:

5

миопии высокой степени

эмболии центральной артерии сетчатки

диабетической ретинопатии

ретинобластомы

тромбоза центральной вены сетчатки

#

92.

Жалобы, характерные для патологии периферии сетчатки:

5

снижение остроты зрения

гемианопсии
очаговые выпадения в поле зрения
изменение цветоощущения
гемералопия

93.

Жалобы, характерные для патологии макулы сетчатки:

3
гемианопсии
сужение поля зрения
центральная положительная скотома
центральная отрицательная скотома
гемералопия

94.

При лечении начальных стадий диабетической ретинопатии необходимо проведение:

2
диатермокоагуляции сетчатки
лазеркоагуляции сетчатки
цирклежжа с пломбированием
экстракции катаракты
трабекулэктомии

95.

Больной предъявляет жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе ЧМТ. При обследовании обнаружено увеличение размеров слепого пятна, скиаскопически над диском зрительного нерва определяется гиперметропия в 7,0 D. Офтальмоскопически диск зрительного нерва проминирует вперед, границы нечёткие. Ваш диагноз:

3
нисходящая атрофия зрительного нерва
нейроретинит
застойный диск зрительного нерва
разрыв зрительного нерва
неврит зрительного нерва

96.

У больного жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе: 1,5 года назад получил черепно-мозговую травму. При обследовании выявлено концентрическое сужение полей зрения. Ваш диагноз?

3
ретробульбарный неврит
застойный сосок зрительного нерва
атрофия зрительного нерва
ретиноваскулит

папиллит
#

97.

У больного жалобы на нерезкое снижение зрения в течение 10 дней. Офтальмоскопическая картина: гиперемия диска зрительного нерва, размытость его границ. Ваш диагноз?

3
застойный сосок зрительного нерва
тромбоз центральной вены сетчатки
папиллит зрительного нерва
нисходящая атрофия зрительного нерва
спазм центральной артерии сетчатки

#

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

1.

Гемолитические желтухи проявляются:

5

конъюгированной билирубинемией и увеличением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы
неконъюгированной билирубинемией и увеличением АЛТ, АСТ, ЛДГ
повышение только щелочной фосфатазы
конъюгированной гипербилирубинемией
повышением общего и неконъюгированного билирубина, нормальным конъюгированным

#

2.

Укажите вариант патогенеза В₁₂ дефицитной анемии:

5

снижение объема плазменной части крови
повышенный гемолиз эритроцитов
снижение насыщения гемоглобина кислородом
пропорциональное снижение объема плазмы и форменных элементов крови
нарушение образования эритроцитов

#

3.

Феномен «провала» («лейкемическое зияние») это:

5

уменьшение количества зрелых нейтрофилов
исчезновение эозинофилов
уменьшение эозинофилов
исчезновение базофилов
отсутствие промежуточных форм между бластными клетками и зрелыми нейтрофильными гранулоцитами

#

4.

Укажите причину развития железодефицитной анемии:

3

отравление солями тяжелых металлов
малярия
хроническая кровопотеря
дефицит В₁₂
ионизирующая радиация

#

5.

Укажите причины возникновения В₁₂ дефицитной анемии:

2

малярия
заболевания тонкого кишечника
ионизирующая радиация
острая кровопотеря
метастазы опухоли в костном мозге

#

6.

В каком отделе ЖКТ происходит всасывание витамина В₁₂:

4

желудок
двенадцатиперстная и тощая кишка
тонкая кишка
подвздошная кишка
ободочная кишка
толстая кишка

#

7.

Недостаток витамина В₁₂ приводит к следующим изменениям:

1

снижению синтеза ДНК
повышению синтеза ДНК
нормальный синтез ДНК
повышенный синтез фолиевой кислоты
повышенный синтез тимидин-монофосфата

#

8.

Укажите вариант патогенеза железодефицитной анемии:

5

понижение объема плазменной части крови
повышенный гемолиз эритроцитов
снижение насыщения гемоглобина кислородом
пропорциональное снижение объема плазмы и форменных элементов крови
нарушение синтеза гемоглобина

#

9.

В костном мозге при V_{12} фолиеводефицитной анемии наблюдается:

2

увеличение размножения эритробластов
снижение деления и размножения эритробластов
повышение созревания эритроцитов
эритробластический тип кроветворения
эффективный эритропоэз

#

10.

Укажите изменения эритроцитов, характерные для железодефицитной анемии:

3

гиперхромия
макроцитоз
гипохромия
эритроцит с тельцами Жолли
эритроцит с базофильной зернистостью

#

11.

Изменения в нервной системе при V_{12} фолиеводефицитной анемии обусловлены:

3

нарушением деления клеток
увеличением деления клеток
образованием метил-малоновой кислоты
повышением синтеза ДНК
нарушением синтеза железа и снижением ферритина

#

12.

Укажите изменения гемоглобина при железодефицитной анемии:

3

резкое повышение гемоглобина
незначительное повышение гемоглобина
понижение гемоглобина
гемоглобин в норме
появление гемоглобина s

#

13.

Укажите характерные изменения крови при V_{12} -дефицитной анемии:

2

эритроциты в норме, гемоглобин в норме, цветовой показатель (ЦП) в норме
количество эритроцитов понижено, гемоглобин понижен, ЦП повышен
эритроцит в норме, гемоглобин понижен, ЦП понижен
эритроцит понижен, гемоглобин понижен, ЦП понижен
эритроцит понижен, гемоглобин в норме, ЦП повышен

#

14.

Для V_{12} дефицитной анемии характерно появление в крови следующих клеток:

1

мегалоциты
микроциты
миелоциты
ретикулоциты
нормоциты

#

15.

Для железодефицитной анемии характерно:

3

гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты

гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба

#

16.

Для В₁₂ - дефицитной анемии характерны следующие изменения:

5

гипохромия

нормохромия

микроцитоз

ретикулоцитоз

эритроциты с тельцами Жолли

#

17.

При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

3

X

IX

VIII

VII

V

#

18.

При подозрении на острый лейкоз необходимо провести:

2

биопсию лимфоузла

стерильную пункцию

пункцию селезенки

подсчет ретикулоцитов

исследовать уровень ферритина сыворотки

#

19.

Для диагностики В₁₂-дефицитной анемии необходимо выявить:

4

гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию

гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит

гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота

гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и мегалобластический тип кроветворения

макроцитарную анемию

#

20.

При сублейкемическом миелозе в отличие от хронического миелолейкоза встречается:

2

филадельфийская хромосома в опухолевых клетках

раннее развитие миелофиброза

злокачественное течение заболевания

тромбоцитоз в периферической крови

гиперлейкоз

#

21.

Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

3

поражение лимфатических узлов одной области

поражение лимфатических узлов двух или более областей по одну сторону диафрагмы

поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы

локализованное поражение одного нелимфатического органа

диффузное поражение нелимфатических органов

#

22.

Характерные особенности периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются:

3

увеличение числа лимфоцитов

лейкопения

базофильно-эозинофильная ассоциация
появление клеток типа плазмобластов
тромбоцитопения

#

23.

При лимфогранулематозе с поражением лимфатических узлов средостения чаще всего выявляется:

5

покраснение кожи над лимфоузлами
раннее появление общих симптомов
одностороннее поражение
увеличение шейно-надключичных лимфоузлов
симптом сдавления верхней полой вены

#

24.

ДВС-синдром может возникнуть:

5

при генерализованных инфекциях
при травмах
при тяжёлых формах анемии
при множественной гемотрансфузии

#

25.

Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно:

3

васкулитно-пурпурный тип кровоточивости, образование микротромбов
гематомный тип кровоточивости, дефицит фактора VII
петехиально-пятнистый тип кровоточивости, удлинение времени кровотечения по Дюке
ангиоматозный тип кровоточивости, наличие телеангиоэктазий
смешанный тип кровоточивости, снижение уровня антитромбина III

#

26.

При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

2

X

IX

VIII

VII

V

#

27.

Важным методом диагностики лимфогранулематоза является:

2

исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование)
микроскопическое исследование лимфоидной ткани
сцинтиграфия
компьютерная и ЯМР-томография
УЗИ селезенки

#

28.

Для хронического лимфолейкоза характерно:

1

тени Боткина-Гумпрехта
ретикулоцитоз
эозинофилия
лейкопения
плазматические клетки в крови

#

29.

Характеристика отеков сердечного происхождения:

2

появляются утром на лице
отеки голеней и стоп в конце рабочего дня
отеки одной голени с локальным цианозом
односторонний периорбитальный отек
отеки, сопровождающиеся зудом.

#

30.

«Лунообразное» лицо характерно для:

5

синдрома гипофункции щитовидной железы

синдрома острого повреждения почек

бронхообструктивного синдрома

синдрома сердечной недостаточности

синдрома гиперкортицизма

#

31.

Одугловатое лицо с отечными веками, узкими глазными щелями, бледной кожей называется:

3

лицом Корвизара

маской Гиппократата

нефритическим лицом

лицом «восковой куклы»

митральное лицо

#

32.

Определите тип температурной кривой, если у больного отмечаются суточные колебания температуры тела в пределах 37,0–39,0°C:

3

febris remittens

febris intermittens

febris hectica

febris reccurens

febris continua

#

33.

Положение больного лежа с приподнятым изголовьем характерно для:

2

сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения

сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения

дыхательной недостаточности по обструктивному типу

дыхательной недостаточности по рестриктивному типу

альвеолярно-капиллярного блока

#

34.

Какое положение принимает больной во время приступа бронхиальной астмы:

1

больной стоит или сидит, наклонившись вперед, опершись руками о спинку кровати или стула

больной лежит на спине с приподнятым головным концом

больной лежит на боку с согнутыми в коленях ногами, приведёнными к животу

больной мечется в постели

#

35.

Какое утверждение верно в отношении угла Людовика:

1

угол соединения тела и рукоятки грудины

угол прилегания лопаток к грудной клетке

угол соединения ключицы и грудины

эпигастральный угол

#

36.

Какую лихорадку называют лихорадкой постоянного типа (febris continua)?

3

колебания температуры в течение суток более 20° С, с несколькими подъёмами и спадами в течение суток, сопровождающиеся выраженной потливостью и ознобами

колебания суточной температуры более 10° С, минимум – выше 37,0° С

колебания суточной температуры в пределах 10° С

разнообразные и незакономерные колебания суточной температуры

#

37.

Признак эмфизематозной грудной клетки:

2

переднезадний размер меньше поперечного, ход рёбер косою
переднезадний размер равен поперечному, ход рёбер близок к горизонтальному
эпигастральный угол прямой
переднезадний размер больше поперечного, ход рёбер косою
переднезадний размер больше поперечного, ход рёбер горизонтальный

#

38.

Какое из нижеперечисленных патологических состояний приводит к изолированному смещению нижней границы одного из лёгких вверх?

2

эмфизема лёгких
обтурационный ателектаз
выраженный асцит
выраженный метеоризм
пневмоторакс

#

39.

Укажите механизм образования везикулярного дыхания:

4

турбулентные потоки воздуха при вдохе и выдохе в гортани, трахее и крупных бронхах
турбулентные потоки воздуха в мелких бронхах и бронхиолах во время вдоха и выдоха
ламинарный ток воздуха в мелких бронхах и бронхиолах во время вдоха и выдоха
колебания стенок альвеол во время вдоха и выдоха
расправление и спадение стенок альвеол во время вдоха и выдоха

#

40.

Область наилучшего выслушивания везикулярного дыхания у здорового человека:

4

в области щитовидного хряща гортани
в подключичных областях грудной клетки
в межлопаточном пространстве на уровне III-IV грудных позвонков
в аксиллярных областях грудной клетки
в подлопаточных областях грудной клетки

#

41.

У больного в правой подлопаточной области выслушивается дыхание с удлинённым выдохом, имеющее высокочастотный тембр, идентичный дыханию, определяемому в области щитовидного хряща гортани. Какой тип дыхания выслушивается у пациента?

2

везикулярное
патологическое бронхиальное
жесткое
саккадированное
дыхание Кусмауля

#

42.

У больного в обе фазы дыхания выслушивается побочный дыхательный шум, напоминающий храп. Шум не усиливается при надавливании фонендоскопом на грудную клетку, изменяется после кашля. Определите, что это за шум?

3

влажные хрипы
сухие дискантовые хрипы
сухие басовые хрипы
крепитация
шум трения плевры

#

43.

Укажите аускультацию легких, характерную для I стадии синдрома уплотнения лёгочной ткани:

4

сухие дискантовые хрипы
сухие басовые хрипы
влажные хрипы
крепитация
шум трения плевры

#

44.

Укажите причину уменьшения громкости влажных хрипов:

4

увеличение вязкости мокроты

уменьшение вязкости мокроты

уменьшение воздушности лёгочной ткани, окружающей бронх в зоне поражения

увеличение воздушности лёгочной ткани, окружающей бронх в зоне поражения

уменьшение громкости хрипов не связано с физическими изменениями мокроты

#

45.

В каком отделе дыхательной системы возникает крепитация:

4

гортань или трахея

бронхи среднего и крупного калибра

бронхи мелкого калибра и бронхиолы

альвеолы

плевральная полость

#

46.

Чем отличаются влажные хрипы от шума трения плевры:

1

хрипы изменяются при покашливании, а шум трения плевры не изменяется

хрипы не изменяются при покашливании, а шум трения плевры изменяется

хрипы изменяются при надавливании фонендоскопом на грудную клетку, а шум трения плевры - не изменяется

хрипы выслушиваются только на высоте вдоха, а шум трения плевры – в обе фазы дыхания

хрипы выслушиваются на вдохе и выдохе, а шум трения плевры – только на высоте вдоха

#

47.

Укажите основной компонент образования I тона сердца:

2

увеличение подвижности полулунных клапанов аорты

колебания створок атриовентрикулярных клапанов в фазу изометрического сокращения;

негерметичное смыкание клапанов лёгочной артерии в протодиастолическом периоде;

колебания створок клапанов аорты и лёгочной артерии в протодиастолическом периоде

увеличение скорости расслабления миокарда желудочков

#

48.

По какому признаку возможно определить I тон сердца?

1

тон совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий

тон не совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий

тон выслушивается после короткой паузы

тон высокочастотный и продолжительный

тон высокочастотный и короткий

#

49.

Выберите правильное утверждение определяющее физиологическое расщепление II тона сердца:

3

постоянство данного феномена

появление во время выдоха

появление во время вдоха

отсутствие связи с дыханием

в норме не происходит расщепления II тона

#

50.

Какой шум сердца относится к функциональному?

1

шум, возникающий вследствие снижения вязкости крови или увеличения скорости кровотока

шум, возникающий в результате поражения клапанов сердца и магистральных сосудов

шум трения перикарда

плевроперикардальный шум

шум, возникающий в результате врождённых пороков сердца

#

51.

Какая из патологий системы крови сопровождается появлением на коже петехиально-пятнистой (синячковой) сыпи без воспалительных изменений?

2

анемия

патология тромбоцитов (тромбоцитопения или тромбоцитопатия)

диффузное воспаление стенок микрососудов и капилляров (васкулиты)

повышение активности факторов свёртывания крови

лейкопения

#

52.

У пациента гектическая лихорадка, резкая слабость, профузный пот, головная боль, одышка. Осмотр: кожные покровы бледные, на коже рук и ног единичные петехиальные кровоизлияния. Данные пальпации: спленомегалия, селезенка мягкая, слегка болезненная с ровной поверхностью, гепатомегалия. ОАК: гемоглобин – 89 г/л, эритроциты – 2,5 млн/л, ретикулоциты – 0,1%, тромбоциты - 78 тыс/л, лейкоциты - 30 тыс/л (миелобласты – 0%, юные миелоциты – 0%, метамиелоциты – 6%, палочкоядерные нейтрофилы – 21%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%). Ваш предварительный диагноз?

1

лейкоз

хронический воспалительный процесс бактериального генеза

массивное разрушение клеток крови в сосудах

гиперспленизм

хроническая кровопотеря

#

53.

Укажите верное утверждение в отношении синдрома анемии, независимо от её генеза:

5

снижение артериального давления

значительное расширение границ относительной тупости сердца влево или влево и вверх

мягкий систолический шум на верхушке и на основании сердца

систолиадиастолический шум над легочной артерией

бледность кожи, бледность слизистых

#

54.

Укажите отдел ЖКТ, в котором происходит всасывание железа:

2

желудок

двенадцатиперстная и тощая кишка

тощая кишка

подвздошная кишка

ободочная кишка

толстая кишка

#

55.

Укажите верное утверждение для синдрома анемии, обусловленный В₁₂-дефицитным состоянием?

1

жалобы на онемение кожи нижних конечностей

извращение вкуса и обоняния

жалобы на слабость, головокружение, одышку при физической нагрузке

ложная дисфагия

ломкость ногтей, койлонихии

бледность кожных покровов

#

56.

Какая из анемий может сопровождаться появлением желтухи?

4

железодефицитная анемия

В₁₂-фолиеводефицитная анемия

апластическая анемия

гемолитическая анемия

острая постгеморрагическая анемия

#

57.

Какая анемия разовьётся у пожилого пациента с хроническим атрофическим гастритом, при условии удовлетворительного питания?

2

железодефицитная анемия
В₁₂-фолиеводефицитная анемия
апластическая анемия
гемолитическая анемия
острая постгеморрагическая анемия

#

58.

Пациент предъявляет жалобы на боли в горле, лихорадку, потливость, резкую слабость. Осмотр: бледность, петехиально-синячковая сыпь на коже туловища и в местах инъекций. Миндалины увеличены, отёчны, имеются очаги некроза. Лимфоузлы не увеличены. При пальпации спленомегалия, консистенция- плотная. ОАК: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 0%, тромбоциты – $21 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $39 \cdot 10^9$ /л (миелобласты – 5%, юные миелоциты – 12%, метамиелоциты – 26%, палочкоядерные нейтрофилы – 22%, сегментоядерные нейтрофилы – 14%), СОЭ – 56 мм/ч. Ваш предварительный диагноз?

2

острый миелолейкоз
хронический миелолейкоз
острый лимфолейкоз
хронический лимфолейкоз
острая постгеморрагическая анемия

#

59.

Методом пальпации грудной клетки определяется:

1

голосовое дрожание
бронхофония
бронхиальное дыхание
ослабленное везикулярное дыхание
эпигастральный угол

#

60.

Какое утверждение правильное: тупой звук -...:

3

громкий, низкий, короткий
тихий, низкий, продолжительный
тихий, короткий, высокий
громкий, высокий, короткий
продолжительный, высокий

#

61.

Перкуторный тимпанический звук у здорового человека определяется над областью:

2

печени
пространства Траубе
сердца
легких
селезенки

#

62.

Укажите основные перкуторные звуки при обследовании легких?

1

тупой, ясный легочный, тимпанический
притупленный, коробочный, притупленно-тимпанический
ясный легочный, притупленный, металлический
тимпанический, коробочный, притупленный

#

63.

При перкуссии лёгких определяется:

1

ясный легочный звук у здорового человека
притупление перкуторного звука при синдроме повышенной воздушности легочной ткани
тупой перкуторный звук при синдроме скопления воздуха в плевральной полости
тимпанический перкуторный звук при синдроме уплотнения легочной ткани
коробочный перкуторный звук при синдроме уплотнения легочной ткани

#

64.

Нижняя граница легкого по правой среднеключичной линии соответствует ребру:

- 1
- VI
- VII
- VIII
- IX
- X
- #

65. Нижняя граница легкого по задней подмышечной линии соответствует ребру:

- 4
- VI
- VII
- VIII
- IX
- X
- #

66. К основным дыхательным шумам при аускультации легких у здорового человека относят:

- 3
- шум трения плевры
- амфорическое дыхание
- везикулярное дыхание
- бронхиальное дыхание над нижними долями обоих легких
- крепитацию

#

67. Выберите верное утверждение: положение ортопноэ- это...:

- 1
- положение сидя, облегчающее одышку
- положение сидя, облегчающее боль
- положение лежа, облегчающее боль
- положение стоя, купирующее икоту
- положение, стоя, облегчает отдышку

#

68. Сердечному толчку соответствует:

- 4
- пульсация в области верхушки сердца
- пульсация во втором межреберье справа у грудины
- пульсация во втором межреберье слева у грудины
- разлитая пульсация в области сердца слева у грудины
- пульсация в области яремной ямки

#

69. Середина грудины на уровне 3 реберных хрящей является местом проекции:

- 3
- митрального клапана
- клапана легочной артерии
- аортального клапана
- трехстворчатого клапана
- дуги аорты

#

70. Точка проекции митрального клапана сердца на передней стенке грудной клетке:

- 4
- на середине грудины на уровне 3 реберных хрящей
- во 2 межреберье слева у края грудины
- на середине линии, соединяющей место прикрепления хрящей 3 левого и 5 правого ребер
- место прикрепления 3 ребра к грудиने справа
- место прикрепления 3 ребра к грудине слева

#

71. Для II тона сердца справедливо высказывание:

2

между II и I сердечными тонами короткая пауза
громче в области основания сердца
совпадает с верхушечным толчком
совпадает с пульсом на сонных артериях
несколько ниже и продолжительнее I тона

#

72.

Пальпацию живота начинают:

3

с болезненного участка
с участка, симметричного болезненному
с безболезненного участка
с эпигастральной области
с наиболее удобного для пальпации участка

#

73.г

Бимануальный метод глубокой пальпации живота применяется для ощупывания:

3

сигмовидной кишки
слепой кишки
поперечно-ободочной кишки
восходящего отдела толстой кишки
прямой кишки

#

74.

Кожная складка при глубокой пальпации живота формируется:

2

параллельно оси пальпируемого органа
перпендикулярно оси пальпируемого органа
под углом в 45° к оси пальпируемого органа
в зависимости от положения больного
в зависимости от положения врача

#

75.

Для почечных отеков характерно:

2

локализация на ногах
бледные кожные покровы
цианоз кожных покровов
плотные на ощупь
появляются преимущественно вечером

#

76.

Синдром сидеропенической дисфагии наблюдается при:

1

железодефицитной анемии
хроническом миелолейкозе
витамин В12-дефицитной анемии
хроническом лимфолейкозе
острой постгеморрагической анемии

#

77.

Укажите основной механизм одышки при анемическом синдроме

3

вентиляционная дыхательная недостаточность
вентиляционная дыхательная и левожелудочковая сердечная недостаточность
компенсаторная интенсификация дыхания и кровообращения
правожелудочковая сердечная недостаточность
левожелудочковая сердечная недостаточность

#

78.

Укажите для какого заболевания характерна спленомегалия.

5

острой постгеморрагической анемии
железодефицитной анемии

витамин В₁₂-дефицитной анемии
лимфогранулематоза

хронического миелолейкоза

#

79.

Какое утверждение характерно для анемии Аддисона-Бирмера.

5

Цвет кожных покровов не изменяется

цветовой показатель менее 0,5

нейтрофильного лейкоцитоз

извращение вкуса

гюнтеровский глоссит

#

80.

Укажите характерный признак острого лейкоза.

3

увеличение уровня гемоглобина

уменьшение количества лейкоцитов

наличие бластных клеточных элементов

наличие всех промежуточных форм созревания лейкоцитов

нормальное СОЭ

#

81.

Для какого заболевания характерно увеличение лимфатических узлов.

4

Хронический миелолейкоз

ДВС-синдроме

Железодефицитной анемии

Лимфогранулематоз

В12-фолиеводефицитной анемии

#

82.

Множественное системное поражение лимфоузлов наблюдается при следующем заболевании.

2

начальной стадии хронического миелолейкоза

хроническом лимфолейкозе

метастазах рака желудка

железодефицитной анемии

витамин В12-дефицитной анемии

#

83.

При анемиях на яремных венах выслушивается специфический шум.

1

шум «волчка»

шум Флинта

шум Риверо-Корвало

шум Грэхема-Стилла

шум Виноградова-Дюрозье

#

84.

Гастрит с наличием блестящих зеркальных участков атрофии по типу бляшек и понижение кислотности наблюдается при ...:

5

метапластической анемии

острой постгеморрагической анемии

хроническом миелолейкозе

гемолитической анемии

витамин В12-дефицитной анемии

#

85.

Спленомегалия редко встречается при:

1

железодефицитной анемии

гемолитической анемии

хроническом миелолейкозе

витамин В12-дефицитной анемии
портальном циррозе печени

#

86.

Геморрагический, язвенно-некротический, анемический, септический и смешанный клинические варианты начала какого заболевания?

2

хронический миелолейкоз

острый лейкоз

хронический лимфолейкоз

витамин В₁₂-дефицитная анемия

гемолитическая анемия

#

87.

При витамин В₁₂-дефицитной анемии наблюдается:

1

фуникулярный миелоз

нормохромия эритроцитов

гипохромия эритроцитов

сдвиг лейкоцитарной формулы вправо

пойкилоцитоз, анизоцитоз

#

88.

Снижение сывороточного железа характерно для:

3

гемолитической анемии

витамин В₁₂-дефицитной анемии

раннего хлороза

эритремии

фолиево-дефицитной анемии

#

89.

Фебрильная лихорадка, боль в горле, бледность кожи с петехиями. ОАК- гиперлейкоцитоз, недифференцированные клетки, лейкоцитарный провал. Ваш предварительный диагноз.

2

хронический миелолейкоз

острый лейкоз

хронический лимфолейкоз

витамин В₁₂-дефицитная анемия

железодефицитная анемия

#

90.

Наличие спленомегалии характерно для:

3

постгеморрагической анемии

острого миелолейкоза

хронического миелолейкоза

железодефицитной анемии

фолиеводефицитной анемии

#

91.

Что является главным фактором в возникновении пептической язвы?

1

гиперсекреция соляной кислоты

заболевания поджелудочной железы

заболевания желчного пузыря

гиперсекреция бикарбонатов

заболевания печени

#

92.

Укажите наиболее частую причину развития синдрома внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

1

злоупотребление алкоголем;

избыточная масса тела

гиперлипидемия

избыточное потребление соли
гиподинамия

#

93.

Пациент 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастральной области, последние 2 дня присоединились: общая слабость, шум в ушах, черный стул. Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледной окраски. ЧСС – 100 уд/м., АД – 100/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации напряжен, болезненный в эпигастральной области. Какой из следующих признаков вероятнее всего будет найден при анализе кала?

2

Наличие большого количества лейкоцитов
Наличие большого количества эритроцитов
Наличие большого количества мышечных волокон
Наличие комков непереваренной пищи
Наличие большого количества бактерий и грибов.

#

94.

Мужчина 40 лет, длительно страдает от синдрома пептической язвы, последнее время отмечает исчезновение цикличности боли, боли стали постоянные, опоясывающего характера. Объективно: состояние средней тяжести. Живот умеренно вздут, болезненность определяется в эпигастральной области и в зоне Шоффара. Какое из следующих состояний возникло вероятнее всего?

2

Прободение язвы
Пенетрация язвы
Малигнизация язвы
Стеноз привратника
Обострение язвенной болезни желудка

#

95.

Пациент 40 лет, обратился к терапевту с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, постоянную изжогу. Из анамнеза, пациент питается нерегулярно. Болен около трех лет. Не обследовался, не лечился. Т тела 36,6°С. ЧСС – 74 уд/мин., АД – 124/80 мм. рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по 12 ребру отрицательный. Какой метод обследования поможет верифицировать диагноз?

1

Эзофагогастродуоденоскопия
УЗИ внутренних органов
Рентгенография с контрастированием желудка
Компьютерная томография
Колоноскопия.

#

96.

Пациент 55 лет, обратился с жалобами в поликлинику на затруднение глотания твердой и жидкой пищи, болями в момент глотания, попаданием пищи или жидкости в нос, потеря массы тела, отсутствие аппетита. Об-но: состояние средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы бледной окраски. АД -102/74 мм.рт.ст, ЧСС 86 уд. в мин. ОАК - гипохромная анемия. Какое из следующих обследований следует провести?

3

УЗИ внутренних органов
Фиброколоноскопия
Эзофагогастродуоденоскопия
Рентгенография органов ЖКТ
Рентгенография органов грудной клетки.

#

97.

Женщина 43 года, обратилась с жалобами на постоянные ноющие боли в области правого подреберья, усиливающиеся после приема обильной, жирной пищи и алкоголя. Боли иррадируют в область правого плеча и шеи. Отмечаются также тошнота, горечь во рту, повышение температуры тела до 37,5⁰ С, раздражительность. Для диагностики заболевания на этом этапе необходимо провести исследования:

5

Колоноскопия
Обзорная рентгенограмма брюшной полости
Дуоденальное зондирование с микроскопией и посевом желчи
Эзофагогастродуоденоскопия
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

#

98.

Укажите характер болей при локализации язвы в 12-перстной кишке?

4

тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
боли через 30 минут после еды

#

99.

Какой из перечисленных факторов способствует застою желчи:

1

нарушение режима питания
инсоляция
интенсивные физические упражнения
гипотермия
тяжелый умственный труд

#

100.

Выберите характеристику биохимического синдрома холестаза:

2

повышение активности трансаминаз, ЛДГ, щелочной фосфатазы
повышение билирубина, холестерина, щелочной фосфотазы
снижение альбумина и факторов свертываемости крови
диспротеинемия и положительные осадочные пробы
гипопротромбинемия, гипоальбуминемия

#

101.

Что относится к признакам портальной гипертензии при циррозе печени?

3

лицо Корвизара
подкожные узелки
варикозное расширение вен пищевода, желудка
варикозные расширенные вены нижних конечностей
геморрагический диатез

#

102.

Понос может быть следствием поражения:

5

прямой кишки
двенадцатиперстной кишки
печени
селезенки
поджелудочной железы

#

103.

Лабораторным показателем в диагностике синдрома внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы является:

3

лейкоцитоз
уровень аминотрансфераз крови
уровень амилазы крови и эластазы-1 в кале
уровень щелочной фосфатазы крови
гипергликемия

#

104.

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

3

копрологическое исследование
ректороманоскопия
биохимическое исследование крови
рентгенологические данные
исследование желудочной секреции

#

105.

Что такое "мелена"?

2

"жирный", блестящий, плохо смывающийся кал
жидкий кал черного цвета
обесцвеченный кал (серый)
кал с кусочками непереваренной пищи
черный оформленный кал

#

106.

О чем свидетельствует болезненность в зоне Шоффара?

5

о поражении тела желудка
о поражении пилорической части желудка
о поражении 12-перстной кишки
о поражении 12-перстной кишки и пилорической части желудка
о поражении пилорической части желудка, 12-перстной кишки и головки pancreas

#

107.

Какие значения характерны для синдрома цитолиза?

1

АСТ 50 МЕ/л, АЛТ 74 МЕ/л, ЛДГ 400 ЕД/л
щелочная фосфатаза 200 ЕД/л
ПТИ 50%, МНО 0,9
общий билирубин 15 ммоль/л, прямой 4 мкмоль/л, непрямой 16 мкмоль/л
положительная реакция Кумбса

#

108.

Для надпеченочной желтухи характерно:

1

повышение непрямого билирубина и увеличение стеркобилина в кале и моче
повышение только непрямого билирубина
повышение только прямого билирубина
повышение прямого билирубина и увеличение стеркобилина в кале и моче
повышение общего билирубина, без увеличения прямого и непрямого билирубина

#

109.

Дайте объяснение термину «дисфагия»:

1

нарушение прохождения пищи по пищеводу
нарушение пищеварения в желудке и 12-перстной кишке
нарушение всасывания в толстой кишке
нарушение пристеночного пищеварения и всасывания в тонкой кишке
нарушение переваривания пищи

#

110.

Больной предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, потливость, сердцебиение, тошноту. 30 мин назад отмечал рвоту темным содержимым в объеме до 200 мл. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. ЧСС=110 уд. мин, АД=90/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот не вздут, перистальтика выслушивается, при пальпации отмечается некоторая болезненность в области эпигастрия. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. О каком из перечисленных состояний можно подумать?

3

синдром «острого живота»
синдром мальабсорбции
кровотечение из верхних отделов ЖКТ
кровотечение из нижних отделов ЖКТ
синдром кахексии

#

111.

Назовите причину кожного зуда у больного с желтухой:

4

повышение прямого билирубина
повышение непрямого билирубина
повышение уробилина
повышение уровня желчных кислот
повышение АЛТ, АСТ

#

112.

Укажите механизм развития периферических отеков у больных с заболеваниями печени:

3

присоединение вторичной сердечной недостаточности
повышение проницаемости сосудистой стенки
гипоальбуминемия
повышение содержания в крови андрогенов и эстрогенов
задержка натрия и воды

#

113.

Дисфагия при приеме жидкости характерна для:

2

рака пищевода
функциональной дисфагии
ахалазии кардии
стриктуры пищевода
эзофагита

#

114.

Наиболее типичной жалобой, свойственной патологии пищевода, является:

1

дисфагия
отрыжка
боли в эпигастрии
гиперсаливация
рвота

#

115.

Чувство горечи во рту по утрам обусловлено:

4

гиперсекрецией обкладочных желез
гиперсекрецией добавочных желез
дуодено-гастральным рефлюксом
дуодено-гастральным и гастро-эзофагеальным рефлюксом
ахалазией кардии

#

116.

Тенезмы являются признаком поражения:

5

12-перстной кишки
тонкого кишечника
слепой кишки
поперечно-ободочной кишки
прямой кишки

#

117.

Метеоризм — это увеличение живота, обусловленное:

1

скоплением газов в кишечнике
скоплением газов в брюшной полости
скоплением транссудата в брюшной полости
переполнением кишечника каловыми массами
переполнением желудка пищей

#

118.

При заболеваниях гепатобилиарной системы боли чаще всего иррадируют:

4

в левое плечо
в низ живота, в бедро
вверх, влево, кзади
вверх, вправо, кзади
в левую лопатку

#

119.

Геморрагический синдром при заболеваниях печени является следствием:

2

гипербилирубинемии
синдрома печеночно-клеточной недостаточности
гиперэстрогенемии
гипоальбуминемии
гиперферментемии

#

120.

Причиной геморрагического синдрома при болезнях печени является:

4

нарушение белкового обмена
нарушение жирового обмена
нарушение углеводного обмена
снижение синтетической функции печени
нарушение дезинтоксикационной функции печени

#

121.

Печеночные ладони — это:

1

гиперемия в области тенора и гипотенора
желтизна ладоней
геморрагическая сыпь на ладонях
гиперкератоз тенора
гиперпигментация ладоней

#

122.

Желтуха с лимонным оттенком характерна для:

1

малярии
гепатита В
цирроза печени
рака головки поджелудочной железы
кисте печени

#

123.

Основоположниками современной методики глубокой пальпации органов брюшной полости является:

3

К. Гален; Гленар
Ф. Г. Яновский; В. Х. Василенко
В. П. Образцов; Н. Д. Стражеско
М.Я. Мудров; Г.А. Захарьин
С.П. Боткин; Г.Ф. Ланг

#

124.

При проведении пальпации живота ее следует начинать:

3

с болезненного участка
с участка, симметричного болезненному
с безболезненного участка
с эпигастральной области
с наиболее удобного для пальпации участка

#

125.

Пальпаторными характеристиками нормальной сигмовидной кишки являются:

3

гладкая, болезненная, смещаемая
бугристая, безболезненная, не смещаемая
гладкая, безболезненная, смещаемая
гладкая, безболезненная, с урчанием
гладкая, безболезненная, не урчит

#

126.

Бимануальный метод глубокой пальпации живота применяется для ощупывания:

4

сигмовидной кишки

слепой кишки
поперечно-ободочной кишки
восходящего отдела толстой кишки
прямой кишки

#

127.

При глубокой пальпации живота кожная складка формируется:

2

параллельно оси пальпируемого органа
перпендикулярно оси пальпируемого органа
под углом в 45° к оси пальпируемого органа
в зависимости от положения больного
в зависимости от положения врача

#

128.

Болезненность при поколачивании локтевой стороной ладони по реберной дуге в зоне проекции желчного пузыря — это положительный симптом:

1

Ортнера
Василенко
Захарьина
Мерфи
Мюсси

#

129.

Несвязанный билирубин является:

2

нетоксичным, растворимым в воде
токсичным, нерастворимым в воде
фильтруется почками, окрашивает мочу в темный цвет («цвет пива»)
окрашивает кал в коричневый цвет
всасывается в тонкой кишке и возвращается в печень по венам системы воротной вены

#

130.

Брадикардию при механической желтухе вызывают:

3

прямой билирубин
непрямой билирубин
желчные кислоты
холестерин
гемосидерин

#

131.

Наиболее эффективным способом определения большого объема свободной жидкости в брюшной полости является:

2

осмотр и ориентировочная пальпация
перкуссия живота в разных положениях больного
метод выявления флюктуации
толчкообразная пальпация
аускультация живота

#

132.

Исследование системы пищеварения начинается с:

3

выявления основных жалоб
выявления жалоб, типичных для поражения желудочно-кишечного тракта
осмотра полости рта и зева
осмотра живота в разных положениях пациента
ориентировочной пальпации живота

#

133.

Диастаз прямых мышц живота всегда можно определить с помощью:

3

одного осмотра
осмотра и толчкообразной пальпации

осмотра и поверхностной скользящей пальпации при напряжённых прямых мышцах живота
поверхностной скользящей пальпацией при расслабленных прямых мышцах живота

глубокой пальпации живота

#

134.

Последовательность поверхностной ориентировочной пальпации живота определяется:

3

размером живота

раз и навсегда установленным порядком

жалобами больного на боль в какой-либо области живота

частотой прощупываемости разных отделов толстой кишки

желанием пациента

#

135.

Пациент жалуется на тяжесть в животе, который значительно увеличен, пупок выпячен, брюшная стенка упругая, никакая пальпация не удаётся, при перкуссии во всех областях определяется тимпанит. Ситуация характерна для:

5

значительного увеличения печени и селезёнки

выраженного общего ожирения

гигантской кисты в брюшной полости

асцита

метеоризма

#

136.

Большую кривизну желудка ориентировочно можно найти с помощью:

3

поверхностной ориентировочной пальпации

поверхностной скользящей пальпации

аускультативной перкуссии

бимануальной пальпации

глубокой пальпации

#

137.

Аускультация живота проводится:

3

после осмотра, ориентировочной пальпации живота и глубокой скользящей пальпации кишечника и желудка

после полного исследования органов брюшной полости методами пальпации и перкуссии

независимо от исследования других органов брюшной полости, но до глубокой скользящей пальпации

обязательно после глубокой пальпации живота, но до перкуссии

после осмотра, поверхностной и глубокой пальпации живота, но до перкуссии

#

138.

Точка Мейо-Робсона расположена:

5

на пересечении наружного края прямой мышцы живота слева и горизонтальной линии, проведенной через пупок

на пересечении наружного края прямой мышцы живота слева и горизонтальной линии, проведенной через середину

расстояния между пупком и мечевидным отростком

на пересечении наружного края прямой мышцы живота и края левой реберной дуги

на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок и левую подмышечную область

на границе средней и верхней 1/3 линии, соединяющей пупок с серединой реберной дуги слева

#

139.

Синдром печеночной энцефалопатии - это:

1

обратимое расстройство ЦНС в результате накопления эндогенных токсинов

необратимое расстройство ЦНС в результате тромбоза мозговых артерий

обратимое нарушение мозгового кровообращения

обратимое расстройство ЦНС в результате накопления экзогенных токсинов

необратимое расстройство ЦНС в результате накопления эндогенных токсинов

#

140.

Синдром портальной гипертензии характеризуется:

1

расширением естественных порто-кавальных анастомозов, асцитом, спленомегалией

гепатомегалией, цитолизом гепатоцитов, холестаазом

олигурией, повышением креатинина крови, метаболическим ацидозом диареей, обезвоживанием, системной гипертонией

нарушением памяти, дезориентацией, нарушением психики

#

141.

2-й степени повышения АД соответствуют его уровни:

2

140/90 мм рт. ст.

150/100 мм рт. ст.

160/110 мм рт. ст.

179/112 мм рт.ст.

180/110 мм рт. ст.

#

142.

Прохожий на улице резко почувствовал боли за грудиной, одышку и тошноту, после чего потерял сознание. После приезда скорой сразу же была снята ЭКГ, на которой были выявлены различные по величине и форме недифференцируемые волны. О чем они свидетельствуют?

2

фибрилляции предсердий

фибрилляции желудочков

трепетания желудочков

асистолии сердца

желудочковой тахикардии

#

143.

К врачу кардиологу на прием обратился пациент 27 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39⁰С, петехиальными высыпаниями на пальцах стоп, эритематозными высыпаниями на ладонях. Какой из нижеперечисленных методов исследования является информативным в подтверждении диагноза данного больного?

4

общий анализ крови

биопсия кожи

электрокардиография

эхокардиография

посев мокроты

#

144.

К терапевту обратился больной с жалобами на слабость, утомляемость, постоянные длительные боли в области сердца, которые уменьшаются в вертикальном положении и усиливаются при кашле. Какой характерный аускультативный признак может быть выявлен у данного пациента?

1

шум трения перикарда

приглушенные тоны сердца

ритм галопа

перикардальный клик

тоны различной звучности

#

145.

К кардиологу обратился больной с типичной клиникой желудочковой экстрасистолии, после обследования он был направлен на ЭКГ в целях подтверждения диагноза. Какой характерный признак ожидает увидеть врач на электрокардиограмме?

3

изменение формы зубца Р

наличие дельта-волны

полная компенсаторная пауза

ширина QRS менее 0,12 сек

элевация сегмента ST

#

146.

При пальпации на основании сердца выявляется систолическое дрожание, совпадающее с пульсацией на каротидной артерии. Для какого порока сердца характерен данный признак?

3

митральный стеноз

митральная недостаточность

аортальный стеноз

аортальная недостаточность

стеноз легочной артерии

#

147.

У больного во время осмотра верхняя граница сердца определяется в I межреберье. При каком из пороков сердца наиболее значительно увеличивается левое предсердие?

3

стеноз легочной артерии

открытый аортальный проток

митральный стеноз

стеноз устья аорты

стеноз легочной артерии

#

148.

В каких отведениях на ЭКГ типично проявление изменений при синдроме коронарной недостаточности нижней стенки левого желудочка: может лучше написать при инфаркте миокарда.

2

I, II, aVL

II, III, aVF

I, V₅-V₆

aVL, V₁-V₄

V₁-V₄, aVF

#

149.

После регистрации у пациента электрокардиограммы врач заподозрила наличие перенесенного инфаркта миокарда. Какой наиболее характерный ЭКГ-признак она обнаружила?

4

элевация сегмента ST

депрессия сегмента ST

уменьшение амплитуды з. R

патологический зубец Q

конкордантные изменения с. ST

#

150.

Врач измерял давление у пациентов. У какого больного из перечисленных уровень АД считается нормальным?

1

125/80 мм.рт.ст.

139/90 мм.рт.ст.

140/85 мм.рт.ст.

160/95 мм.рт.ст.

185/90 мм.рт.ст.

#

151.

При анализе ЭКГ больного врач обратила внимание на укорочение интервала R-R, ЧСС- 140 уд. в мин, чередование зубца P и комплекса QRS сохранено. Для какого состояния характерны данные изменения?

1

синусовой тахикардии

трепетания предсердий

трепетания желудочков

фибрилляции предсердий

фибрилляции желудочков

#

152.

При обследовании больного врач обратил внимание на изменения ЭКГ, где отмечались ЧСС 50 уд/мин, неизменные комплексы QRS и удлинение интервала R-R. Для какого состояния характерны данные изменения?

3

синусовой аритмии

блокады ножек пучка Гиса

синусовой брадикардии

идиовентрикулярного ритма

мерцания предсердий

#

153.

У больного на снятой ЭКГ были выявлены следующие изменения: электрическая ось сердца отклонена вправо, R/S > 1 в V₁, RV₁ + SV₅ > 10,5 мм, отрицательный зубец T в V₁-V₂. Для каких изменений характерны данные критерии?

4

гипертрофия левого предсердия
гипертрофия правого предсердия
гипертрофия левого желудочка
гипертрофия правого желудочка
гипертрофия обоих желудочков

#

154.

У какого из пациентов с нижеперечисленным фактором риска будет наиболее высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений?

4

гликогемоглобин 6,2 %

САД 130/80 мм рт.ст.

общий холестерин 5,2 ммоль/л

ИМ у отца в возрасте 45 лет

ЧСС 75 уд в мин.

#

155.

У больного с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение на ЭКГ зарегистрировано: интервал PQ 0,22 сек с выпадением каждого третьего комплекса QRS. Признаки какого нарушения проводимости имеются?

5

атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц I

полная атриовентрикулярная блокада

синдром слабости синусового узла

атриовентрикулярная блокада I степени

атриовентрикулярная блокада II степени Мобитц II

#

156.

Больной 25 лет, предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение при физической нагрузке, боли в прекардиальной области, кашель. Объективно: акроцианоз и румянец с цианотическим оттенком. Рентгенологически: выбухание ствола легочной артерии и ушка левого предсердия, увеличение правого желудочка, в I косом положении пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. О каком пороке сердца можно думать?

1

стенозе левого АВ-отверстия

недостаточности митрального клапана

стенозе устья аорты

недостаточности аортального клапана

дефекте межжелудочковой перегородки

#

157.

Врач кардиолог при обследовании больного предварительно поставил диагноз: недостаточность митрального клапана. Какая аускультативная картина должна быть у данного пациента?

3

систолический шум на верхушке с сохраненным I тоном

грубый систолический шум в области мечевидного отростка

систолический шум на верхушке в сочетании с ослабленным I тоном

протодиастолический шум в области мечевидного отростка

акцент II тона над легочной артерией

#

158.

В поликлинику обратился больной с жалобами на лихорадку с субфебрильной температурой, ознобом, потливостью, снижением веса. Объективно: пятна Лукина, узелки Ослера. Какова патогномичная ЭхоКГ-картина при данной патологии?

2

гипокинез стенки ЛЖ

вегетации на клапанах

митральная регургитация

снижение фракции выброса

фиброз створок клапанов

#

159.

Какой из нижеперечисленных клинических признаков характерен для развития тампонады сердца?

4

боль в области сердца

выраженная одышка

дефицит пульса

пародоксальный пульс

шум трения перикарда

#

160.

При аускультации больного врач услышал мягкий, дующий протодиастолический шум над аортой, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс. Для какого порока характерны данные клинические признаки?

3

дефекта межпредсердной перегородки

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

стеноза устья аорты

стеноза левого АВ-отверстия

#

161.

Верхушечный толчок обусловлен:

3

увеличением объема левого желудочка во время его диастолы

сокращением правого желудочка

ударом передней стенки левого желудочка о грудную стенку

ударом правого желудочка о переднюю грудную стенку при его сокращении

растяжением устья аорты при выбросе крови из левого желудочка

#

162.

Под митральной конфигурацией сердца понимают:

3

расширение левой границы сердца за счет левого желудочка

уменьшение размера талии сердца

расширение левой границы сердца за счет левого предсердия

расширение границ сосудистого пучка

расширение правой границы сердца за счет правого желудочка

#

163.

Верхушечный толчок в норме расположен:

2

на 1,0 см снаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье

на 1,0 – 1,5 см внутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье

по окологрудной линии в V межреберье

на 1,0 – 1,5 см внутри от левой срединно-ключичной линии в IV межреберье

в III и IV межреберьях слева от грудины

#

164.

Абсолютная сердечная тупость – это определяемая перкуторно:

4

ширина сосудистого пучка

проекция сердца на фронтальную плоскость

проекция сердца на грудную стенку

неприкрытая легкими часть сердца слева от грудины

поперечный размер сердца

#

165.

Поперечник относительной сердечной тупости в норме составляет:

3

7-8 см

9-10 см

11-13 см

13-15 см

14-16 см

#

166.

Тоны сердца образуются:

3

в момент захлопывания клапанов сердца

в момент открытия клапанов

при колебании структур сердца после закрытия клапанов

в момент сокращения желудочков сердца
в момент наполнения левого желудочка кровью

#

167.

Второй тон сердца в норме громче первого тона:

3

на верхушке сердца

в IV межреберье у левого края грудины

во II межреберье у левого края грудины

у основания мечевидного отростка

в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

#

168.

Отличием функционального шума от органического является то, что он:

4

постоянный

продолжительный

громкий

не сопровождается другими признаками поражения сердца

имеет большую зону проведения

#

169.

При измерении АД по методу Короткова головку стетоскопа располагают:

2

в проекции локтевой артерии

в проекции плечевой артерии

в проекции лучевой артерии

в проекции яремной вены

в локтевой ямке латерально от сухожилия бицепса

#

170.

Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:

4

кратковременные эпизоды потери сознания;

нарушения сердечного ритма и проводимости;

наличие периферических отеков;

боль в теменной и затылочной областях;

нарушение ритма дыхания.

#

171.

Продолжительность зубца P в норме составляет:

2

0,04-0,12 с

не более 0,1 с

0,1-0,2 с

0,12-0,18 с

0,15 – 0,25

#

172.

Для диагностики заболевания перикарда пациента следует направить на:

3

велоэргометрию

ФКГ

эхокардиографию

коронарографию

холтеровское мониторирование

#

173.

Угол альфа = 60°. Электрическая ось:

1

нормальная

горизонтальная

вертикальная

отклонена влево

отклонена вправо

#

174.

При синдроме уплотнения легочной ткани с сохраненным просветом бронхов при перкуссии определяется:

3

ясный легочной звук

металлический оттенок перкуторного звука

тупой звук

тимпанический звук

коробочный звук

не

#

175.

Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания развивается при:

2

пневмосклерозе

бронхиальной астме

отеке лёгких

полости в лёгких

пневмотораксе

#

176.

При синдроме повышенной воздушности лёгких перкуторный звук:

2

ясный легочный

коробочный

притупленный

тупой

тимпанический

#

177.

При каких заболеваниях встречается бронхообструктивный синдром:

3

пневмония

экссудативный плеврит

бронхиальная астма

рак легкого

туберкулез

#

178.

Какие побочные дыхательные шумы выслушиваются при синдроме скопления воздуха в плевральной полости без повреждения грудной клетки:

5

влажные разнокалиберные хрипы

сухие свистящие хрипы

крепитация

шум трения плевры

дыхательные шумы отсутствуют

#

179.

При синдроме уплотнения легочной ткани вследствие ателектаза из-за обтурации бронха перкуторно над пораженной долей определяется:

4

легочный звук с коробочным оттенком

тимпанический звук

ясный легочный звук

тупой звук

металлический оттенок перкуторного звука

#

180.

При легочном кровотечении:

2

кровь темно – алого цвета или цвета «кофейной гущи», сгустками, кислой реакции

кровь алого цвета, пенная, щелочной реакции

кровь темно – красного цвета, с кислым запахом

кровь выделяется при сплевывании, видна на задней стенке глотки при осмотре полости

рта

кровь темно – красного цвета, выделяется плевками, щелочной реакции

#

181.

Рестриктивный тип нарушения функции внешнего дыхания развивается при:

4

сдавлении дыхательных путей извне

эспираторном коллапсе бронхов

спазме гладкой мускулатуры бронхов

пневмосклерозе

бронхите

#

182.

При синдроме повышенной воздушности лёгких аускультативно определяется:

4

везикулярное дыхание

бронхиальное дыхание

жесткое везикулярное дыхание

ослабленное везикулярное дыхание

амфорическое дыхание

#

183.

Наиболее информативным методом диагностики дыхательной недостаточности является:

2

рентгенография легких

спирография

общий анализ мокроты

подсчет частоты дыхания

бактериологическое исследование мокроты

#

184.

Рестриктивным нарушениям функции внешнего дыхания соответствуют данные спирограммы:

3

ЖЕЛ, ФЖЕЛ и объем форсированного выдоха за 1 сек – снижены

ЖЕЛ и ФЖЕЛ – в норме. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – снижены

ЖЕЛ и ФЖЕЛ снижены. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – в норме

ЖЕЛ и ФЖЕЛ – увеличены. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – в норме

ЖЕЛ и ФЖЕЛ снижены. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – увеличены

#

185.

Укажите симптомы, характерные для бронхиальной обструкции:

2

ЖЕЛ, ФЖЕЛ и объем форсированного выдоха за 1 сек – снижены

ЖЕЛ, ФЖЕЛ – в норме. Объем форсированного выдоха за 1 сек и пиковая скорость выдоха – снижены

ЖЕЛ и ФЖЕЛ – снижены. Объем форсированного выдоха за 1 сек и пиковая скорость выдоха – в норме

ЖЕЛ, ФЖЕЛ и объем форсированного выдоха за 1 сек - в норме

ЖЕЛ и ФЖЕЛ снижены. Объем форсированного выдоха за 1 сек, пиковая скорость выдоха – увеличены

#

186.

Как называется укороченная, резко расширенная, бочковидная грудная клетка с горизонтальным ходом ребер и высокоподнятыми плечами:

2

паралитическая

эмфизематозная

кифосколиотическая

рахитическая

ладьевидная

#

187.

Одной из задач собственно пальпации грудной клетки является:

2

- определение симметричности
- определение эластичности
- определение параметров дыхания
- определение ее дыхательной подвижности
- определение типа дыхания

#

188.

Тимпанический перкуторный звук определяется:

1

- над полостью, сообщающейся с бронхом
- над долевым уплотнением легкого
- при повышенной воздушности легких
- при гидротораксе
- при синдроме бронхообструкции

#

189.

Какой звук определяется при сравнительной перкуссии у здорового человека над легкими:

3

- тупой
- тимпанический
- ясный легочный
- коробочный
- притупленный легочный

#

190.

Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при обтурационном ателектазе:

1

- уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании
- отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков
- только отставание в дыхании половины грудной клетки
- гиперстеническая грудная клетка
- увеличение передне-заднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон.

#

191.

При сдавлении грудной клетки в переднезаднем и боковом направлениях определяется:

5

- болезненность
- эластичность
- симметричность
- голосовое дрожание
- резистентность

#

192.

Задача сравнительной перкуссии лёгких:

2

- определить границы легких
- определить характер перкуторного звука
- определить границы патологического очага
- выявить поверхностно расположенные очаги
- определить дыхательную подвижность нижнего края легких

#

193.

Наибольшая дыхательная подвижность нижнего края легкого при отсутствии патологии определяется:

3

- по среднеключичной линии
- по передней подмышечной линии
- по средней подмышечной линии
- по задней подмышечной линии
- по лопаточной линии

#

194.

Характер перкуторного звука при гидротораксе в проекции жидкости:

1

тупой
притупленный
притупленно-тимпанический
коробочный
ясный легочный

#

195.

Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при воспалительном уплотнении доли легкого:

3

уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании
отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков
только отставание в дыхании половины грудной клетки
гиперстеническая грудная клетка
увеличение передне - заднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон.

#

196.

Характер перкуторного звука при гидропневмотораксе в проекции воздуха:

1

тимпанический
коробочный
ясный легочный
тупой
притупленно-тимпанический

#

197.

Признак, по которому можно отличить шум трения плевры:

3

выслушивается на высоте вдоха
выслушивается только при глубоком выдохе
выслушивается и на вдохе, и на выдохе
выслушивается только при глубоком вдохе
выслушивается только при кашле

#

198.

Крепитация возникает при наличии экссудата в:

5

трахее
крупных бронхах
полости плевры
полости в лёгком
альвеолах

#

199.

У здоровых людей бронхиальное дыхание выслушивается:

3

в подключичных областях
в подмышечных областях
в межлопаточной области на уровне III – IV грудных позвонков
под углами лопаток
в надключичных ямках

#

200.

Мелкопузырчатые влажные хрипы возникают в:

2

трахее
мелких бронхах
альвеолах
средних бронхах
крупных бронхах

#

201.

Ослабление бронхофонии наблюдается при:

3

закрытом пневмотораксе
долевом уплотнении легкого с сохранённой проходимостью бронха
повышенной воздушности легких
над полостью в легком
при скоплении жидкости в полости плевры

#

202.

Побочный дыхательный шум, возникающий только на высоте глубокого вдоха и не меняющийся после кашля, называется:

4

шум трения плевры
басовыми хрипами
влажными хрипами
крепитацией
сухими хрипами

#

203.

Побочные дыхательные шумы при закрытом пневмотораксе:

5

влажные мелкопузырчатые хрипы
шум трения плевры
влажные среднепузырчатые хрипы
сухие высокие хрипы
не выслушиваются

#

204.

Что такое бронхофония:

3

пальпаторное определение проведения голоса на грудную клетку
определение характера основного дыхательного шума
определение проведения голоса на грудную клетку методом аускультации
определение побочных дыхательных шумов
аускультативное определение побочных дыхательных шумов

#

205.

Какой инструментальный метод исследования предпочтителен и информативен для диагностики бронхоэктазов?

2

Рентгеноскопия органов грудной клетки
Компьютерная томография легких высоких разрешений
Диагностическая бронхоскопия
Контрастная бронхография
Исследование функции внешнего дыхания

#

206.

Отхождение мокроты "полным ртом" наблюдается при:

3

синдроме бронхообструкции
синдроме уплотнения легочной ткани
синдроме патологического расширения бронхов
синдроме хронического легочного сердца
синдроме дыхательной недостаточности

#

207.

Характер мокроты при бронхообструктивном синдроме:

1

стекловидная
слизисто-гнойная или "ржавая"
слизистая
гнойная
нет мокроты

#

208.

Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

1

спирографии
бронхоскопии
пульсоксиметрии
ангиографии
эластографии

#

209.

Как изменится цвет кожных покровов у пациента с умеренно выраженной дыхательной недостаточностью (без проявлений декомпенсации сердца) в сочетании с выраженным эритроцитозом (Hb – 200 г/л):

4

цвет кожи не изменяется
появится бледность кожи
появится выраженный акроцианоз
появится выраженный диффузный цианоз
появится цианотичный румянец на щеках

#

210.

Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции:

4

спазм бронхов
воспалительный отек слизистой оболочки бронхов
нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов
стеноз и облитерация просвета бронхов
развитие инфекционного процесса

#

211.

При хроническом легочном сердце отмечается:

4

гипертрофия левого и правого желудочков
дилатация правого желудочка и левого предсердия
утолщение межжелудочковой перегородки
гипертрофия и дилатация правых отделов сердца
изолированная гипертрофия правого предсердия

#

212.

При объективном осмотре у пациента выявлены диффузный цианоз, перкуторно - легочной звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, выдох удлинён, сухие свистящие хрипы. Какой из методов обследования поможет Вам оценить тяжесть состояния больного?

4

Развернутый анализ крови
Флюорография органов грудной клетки
Общий анализ мокроты
Спирометрия

ЭКГ

#

213.

Что является причиной острого легочного сердца?

1

легочная эмболия
стенокардия
артериальная гипертензия
эмфизема легких
асцит

#

214.

При хроническом компенсированном легочном сердце выявляется:

3

ЭКГ признаки гипертрофии левого предсердия
ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка
ЭХОКГ-признаки гипертрофии правого желудочка
ЭХОКГ-признаки дилатации левого желудочка
рентгенологические признаки выбухания аорты

#

215.

Какой процент прироста ОФВ1 достаточен для оценки бронходилатационной пробы как положительной:

1
> 12%
> 13%
> 14%
> 15%
> 16%

#

216.

Для необратимого компонента синдрома бронхиальной обструкции характерны изменения показателей вентиляции:

3

ОФВ1 - 68% от должной величины, прирост ОФВ1 при бронходилатационном тесте - 20%
ОФВ1 - 90% от должной величины, прирост ОФВ1 при бронходилатационном тесте - 15%
ОФВ1 - 66% от должной величины, прирост ОФВ1 при бронходилатационном тесте 8%
ОФВ1 - 78% от должной величины, прирост ОФВ1 при бронходилатационном тесте - 30%
ОФВ1 - 80% от должной величины, прирост ОФВ1 при бронходилатационном тесте - 35%

#

217.

Развитие ночных приступов удушья связано с:

2

курением
пером подушки
пыльцой растений
физической нагрузкой
приемом сальбутамола

#

218.

Укажите основной рентгенологический признак синдрома уплотнения легочной ткани?

1

затемнение соответственно доле или сегменту
тяжистый легочный рисунок
повышенная прозрачность легочной ткани
диффузное снижение прозрачности
округлая тень с четкими ровными контурами

#

219.

Для хронического легочного сердца в фазу компенсации характерно:

3

увеличение границ сердца влево
увеличение границ сердца вверх
прекардиальная и эпигастральная пульсация
симптомы правожелудочковой недостаточности
отеки голеней и стоп

#

220.

Укажите жалобу, встречающуюся при сухом плеврите:

3

загрудинная боль при быстрой ходьбе
приступ удушья в ночное время
боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле
одышка при вдыхании холодного воздуха
надсадный кашель с мокротой

#

221.

Какой признак характерен для сухого плеврита:

4

асимметрия движения грудной клетки
ослабление голосового дрожания и бронхофонии на стороне поражения
притупление легочного звука на стороне поражения
шум трения плевры на стороне поражения
дыхание не проводится на стороне поражения

#

222.

Что характерно для хронического легочного сердца:

1

«S-тип» гипертрофии правого желудочка сердца на ЭКГ

гипертрофия левого желудочка на ЭКГ
гипертрофия левого предсердия на ЭКГ
гипертрофия левого желудочка на ЭхоКГ
гипертрофия межжелудочковой перегородки на ЭхоКГ

#

223.

В развитии хронического легочного сердца правомочны следующие процессы:

2

нормальное содержание α_1 -антитрипсина
альвеолярная гипоксия и развитие артериальной гипоксемии
понижение содержания кальция в сосудах легких
повышение артериального давления
гипертрофия и дилатация левого желудочка

#

224.

Парадоксальный пульс — это:

2

чередование пульсовых волн большого и малого наполнения
уменьшение или исчезновение пульсовых волн на вдохе
несоответствие числа пульсовых волн и числа сердечных сокращений
неодинаковые интервалы между пульсовыми волнами
различная величина наполнения пульса при каждом сокращении сердца

#

225.

Верхушечный толчок при недостаточности клапана аорты:

3

малый, ослабленный, ограниченный
малый, усиленный, ограниченный
высокий, усиленный, разлитой
малый

ограниченный

#

226.

Синдром «кошачьего мурлыканья» определяется при:

1

аортальном стенозе
недостаточности митрального клапана
дефекте межпредсердной перегородки
недостаточности трикуспидального клапана
после выполнения физической нагрузки у здоровых людей

#

227.

Скорость клубочковой фильтрации здорового человека составляет

Примерно

2

60-70 мл/мин
90-120 мл/мин
200-250 мл/мин
160-170 мл/мин
120-125мл/мин

#

228.

Почечный порог реабсорбции глюкозы составляет

2

3-5 ммоль/л
8-12 ммоль/л
22-25 ммоль/л
35-40 ммоль/л
40-45 ммоль/л

#

229.

Острый нефритический синдром характеризуют:

3

отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия

артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия
протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия
артериальная гипертензия, азотемия, анемия
#

230.

Как называется учащенное мочеиспускание?

1

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия

#

231.

Как называется болезненное мочеиспускание?

2

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия

#

232.

Как называется увеличение суточного количества мочи?

5

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия

#

233.

Как называется полное прекращение выделения мочи?

4

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия

#

234.

Как называется невозможность опорожнить мочевого пузыря (задержка мочи)?

3

поллакиурия

странгурия

ишурия

анурия

полиурия

#

235.

Выберите значение, соответствующее нормальной величине суточного диуреза:

3

400 мл

200 мл

1300 мл

2500 мл

2800 мл

#

236.

Мочевой пузырь переполнен:

4

его верхняя граница может находиться выше пупка

объём его не изменяется после удаления мочи

над ним определяется тимпанит

он может смещаться в стороны вместе с брюшной стенкой
между ним и лоном определяется полоса тимпанита

#

237

Помутнение мочи может быть обусловлено:

1

высоким содержанием солей

содержанием лейкоцитов менее 4000 в 1 мл

высоким содержанием креатинина

высоким содержанием глюкозы

концентрацией белка 0,033 г/л

#

238.

Какие цилиндры могут в норме присутствовать в мочевом осадке:

4

зернистые

жировые

восковидные

гиалиновые

эритроцитарные

#

239.

Какой метод оценивает функцию почек?

3

общий анализ мочи

посев мочи

проба Зимницкого

проба Нечипоренко

БАК посев мочи

#

240.

Оцените пробу нечипоренко: эритроциты 500 в 1 мл, лейкоциты 1000 в 1 мл:

4

микрогематурия

макрогематурия

лейкоцитурия

норма

изостенурия#

241.

Сколько порций мочи собирают при пробе Зимницкого?

1

8

5

2

1

10

#

242.

Оцените пробу зимницкого: колебания удельного веса 1003 – 1010, дневной диурез 1750 мл, ночной диурез 950, общий диурез 2700 мл. за сутки больная выпила 1600 мл:

5

полиурия

гипостенурия

никтурия, полиурия

изостенурия

гиперстенурия, полиури

#

243.

При каком методе проводится подсчет лейкоцитов и эритроцитов?

3

проба Зимницкого

проба Реберга

проба Нечипоренко

компьютерная томография

биопсия почки

#

244.

По какому показателю можно судить о концентрационной функции почек:

2

суточный диурез

относительная плотность мочи

содержание белка в моче

количество эритроцитов в 1 мл мочи

pH мочи

#

245.

Термин «никтурия» обозначает:

1

увеличение ночного диуреза, его преобладание над дневным

увеличение количества выделяемой мочи

уменьшение количества выделяемой мочи

частое болезненное мочеиспускание

учащенное мочеиспускание

#

246.

Соломенно-желтый цвет мочи обусловлен содержанием в ней:

5

белка

билирубина

кетоновых тел

гемоглобина

урохромов

#

247.

В норме pH мочи составляет:

4

3,5-6,0

3,0-4,5

9,0-11,0

5,0-7,0

7,35-7,45

#

248.

Какой метод используется для количественной оценки степени бактериурии?

1

посев мочи

проба Зимницкого

бактериоскопическое исследование осадка мочи

экскреторная урография

проба Реберга

#

249.

Проба Зимницкого используется для диагностики нарушения следующей функции почек:

5

фильтрационной

азотовыделительной

кислотовыделительной

эндокринной

концентрационной

250.

Оцените пробу нечипоренко: эритроциты 2500 в 1 мл, лейкоциты

3000 в 1 мл:

3

лейкоцитурия

изостенурия

гематурия

норма

никтурия

#

251.

С помощью какого метода можно выявить мочекаменную болезнь?

4

проба Зимницкого
радиоизотопная ренография
проба Реберга
УЗИ почек
определение креатинина крови

#

252.

Оцените пробу Зимницкого: колебания удельного веса 1005-1020, дневной диурез 700 мл, ночной диурез 300 мл, общий диурез 1000 мл. За сутки больной выпил 1200 мл:

5

норма
полиурия
никтурия
гипрестенурия, олигоурия
изостенурия

#

253.

Какой из перечисленных методов позволяет определить скорость клубочковой фильтрации?

1

проба Реберга
компьютерная томография
ангиография почечных артерий
УЗИ почек
внутривенная урография

#

254.

Нефротический синдром встречается при:

3

хроническом пиелонефрите
воспалительном процессе мочевыводящих путей
хроническом гломерулонефрите
мочекаменной болезни
бронхиальной астме

#

255.

Макрогематурия характерна для:

5

хроническом пиелонефите
нефротическом синдроме
хроническом цистите
остром пиелонефрите
мочекаменной болезни

#

256.

Протеинурия более 3 г/сут. Может быть при:

4

остром пиелонефрите
хроническом цистите
хроническом пиелонефрите
хроническом гломерулонефрите
остром цистите

#

257.

Для острой почечной недостаточности характерно:

1

олигурия
уменьшение размеров почки
повышение общего белка крови
снижение мочевины крови
снижение общего белка крови#

258.

Достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:

3

олигоурия
никтурия
снижение скорости клубочковой фильтрации
артериальная гипертензия
анемия

#

259.

Причиной острой приступообразной боли в одной из поясничных областей с иррадиацией в паховую область является:

5

острый гломерулонефрит
хронический пиелонефрит
острый цистит
нефроптоз
мочекаменная болезнь

#

260.

Что является главным в образовании отеков при нефротическом синдроме:

4

снижение сосудистой проницаемости
задержка натрия в организме
острая задержка мочеотделения
протеинурия более 3,5 г/сутки
увеличение синтеза альдостерона

#

261.

Ишурия характерна для:

5

острого гломерулонефрита
вазоренальной гипертензии
хронического пиелонефрита
хронического гломерулонефрита
аденомы и рака предстательной железы

#

262.

Гематурия характерна для:

1

хронического гломерулонефрита
хронического пиелонефита
диабетической нефропатии
острого пиелонефрита
хронического цистита

#

263.

Лейкоцитурия наиболее часто выявляется при:

2

хроническом гломерулонефрите с изолированным мочевым синдромом
хроническом пиелонефрите
хроническом гломерулонефрите, смешанный вариант
мочекаменной болезни
остром гломерулонефрите

#

264.

Приступ почечной колики характерен для:

2

шока
мочекаменной болезни
хронического гломерулонефрита
хронического пиелонефрита
острого гломерулонефрита

#

265.

Основным в патогенезе синдрома хронической почечной недостаточности является:

5

канальцевые нарушения

воспаление паренхимы почки
отек почечной паренхимы
бактериальное воспаление в области лоханок
уменьшение количества функционирующих нефронов

#

266.

К ранним симптомам хронической почечной недостаточности относятся:

4

олигоурия и гиперстенурия

поллакиурия

уремическая кома

никтурия и полиурия

гиперкалиемия

#

267.

Для почечных отеков характерно:

4

локализация только на одной руке

локализация на обеих ногах, больше к вечеру

локализация в области поясницы

локализация на лице, больше утром

локализация только на одной ноге#

268.

Выделение более 2000 мл мочи за сутки — это:

3

олигурия;

странгурия;

полиурия;

никтурия;

поллакиурия

#

269.

Полиурия характерна для:

2

Нефритического синдрома

сахарного диабета;

острый почечной недостаточности

нефротического синдрома;

отечного синдрома #

270.

Выделение менее 500 мл мочи за сутки — это:

1

олигурия;

полиурия;

неудержание мочи;

никтурия;

странгурия.

#

271.

Моча цвета «мясных помоев» характерна для:

2

острого пиелонефрита;

острого гломерулонефрита;

амилоидоза почек;

нефротического синдрома;

хронического пиелонефрита.

#

272.

Наличие у больной острой односторонней боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область после тряской езды характерно для:

4

паранефрита;

острого пиелонефрита;

острого гломерулонефрита;

мочекаменной болезни;

хронического гломерулонефрита.

#

273.

Укажите наиболее частое осложнение ОПН:

3

Артериальная гипертензия

Гипокалиемия

Острые бактериальные инфекции

Застойная сердечная недостаточность

Вторичный гиперпаратиреоз

#

274.

Никтурия наблюдается при:

3

Сердечной недостаточности

хроническом цистите;

хроническом пиелонефрите;

нефротическом синдроме

воспаление мочевыводящих путей

#

275.

Для внешнего вида больного с нефротическим синдромом характерно:

4

цвет кожи «кофе с молоком»;

бронзовый оттенок кожи;

цианоз губ, мочек ушей, пальцев рук;

выраженная отечность лица;

выраженная синюшная отечность нижних конечностей.

#

276.

Ведущим механизмом отеков при нефротическом синдроме является:

2

повышение проницаемости стенки капилляров;

уменьшение онкотического давления плазмы крови;

задержка в крови и тканях натрия;

острая задержка выделения мочи почками;

повышение гидростатического давления в капиллярах.

#

277.

Макрогематурия характерна для:

4

Киста почек

хроническом гломерулонефрите

нефротическом синдроме

травмы почек;

хронического пиелонефрита.

#

278.

По каким параметрам оценивается ритм боли?

3

по степени интенсивности боли

по продолжительности боли

по времени появления боли в течение суток

по локализации боли

по связи с определенными провоцирующими факторами#

279.

Резистивная боль – это:

1

боль, возникающая при попытке движения через сопротивление

боль, возникающая на протяжении всего движения в суставе

боль, усиливающаяся в крайних точках движения в суставе

боль, возникающая при пальпации сустава

боль в суставе, усиливающаяся в вечернее время после длительной нагрузки

#

280.

Механический ритм боли в суставе – это боль, возникающая:

2

при попытке движения через сопротивление
к вечеру после нагрузок на пораженный сустав
при исследовании активных движений
при исследовании пассивных движений
утром, с последующим снижением интенсивности боли к вечеру

#

281.

Деформация суставов кистей, выявляемая при осмотре у пациентов с остеоартрозом обусловлена:

1

формированием узелков Гебердена и Бушара
выпотом синовиальной жидкости
сужением околосуставной щели
отеком окружающих сустав тканей
при травме суставов

#

282.

При осмотре кистей наблюдаются симметричные изменения в виде деформации и припухлости лучезапястных суставов, ii, iii пястнофаланговых суставов. Эти изменения характерны для:

4

остеоартроза
острой ревматической лихорадки
подагры
ревматоидного артрита
артрита

#

283.

Течение ревматоидного артрита:

1

хроническое, прогрессирующее
полным обратимым течением суставного синдрома и восстановлением функции сустава
эпизодическое течение артрита с полным восстановлением функции сустава между атаками артрита
длительно протекающий моноартрит
хроническое течение артрита без прогрессирования

#

284.

Наиболее типичная локализация артрита при подагре в дебюте заболевания:

1

первый плюснефаланговый сустав стопы
локтевые и плечевые суставы
коленные суставы
пястнофаланговые суставы
тазобедренный сустав

#

285.

Высокий титр антистрептококковых антител характерен для:

2

ревматоидного артрита
острой ревматической лихорадки
деформирующего остеоартроза
подагры
склеродермия

#

286.

Тофусы – это:

3

костные разрастания в области дистальных межфаланговых суставов
отложения кристаллов уратов в периартикулярных тканях и ушной раковине
деформация первого плюснефалангового сустава стопы при подагре
узелки при ревматоидном артрите
увеличение лимфатических узлов при ревматоидном артрите

#

287.

Пациент обратился с жалобами на остро возникшую сильную боль в первом пфс левой стопы. Сустав припухший, горячий, гиперемирован, болезненный, движения в нем вызывают боль. Эти изменения характерны для:

3

остеоартроза
острой ревматической лихорадки
подагры
ревматоидного артрита
склеродермия

#

288 .

Что такое «утренняя скованность»?

4

выпот в мелких и средних суставах
тугоподвижность в суставах, определяемая врачом
ограничение движений в суставах, выявляемое врачом
субъективное ощущение препятствия движению в суставах
боль в суставах в утренние часы

#

289.

Деформация сустава – это:

2

изменение формы сустава за счет отека периартикулярных тканей
стойкое изменение конфигурации пораженного сустава
выпот в полость сустава
нарушение конфигурации пораженного сустава за счет синовита
опухоли коленного сустава

#

290.

Смешанный ритм болей — это боли в суставах:

1

усиливающиеся как утром после вставания с постели, так и вечером после нагрузок
возникающие в начале движений после покоя, независимо от времени суток
сопровождающиеся болезненностью сустава при пальпации
возникающие при исследовании пассивных движений
возникающие при исследовании активных движений

#

291.

Энтезопатия – это:

3

дегенеративное изменение хряща
стойкое изменение формы сустава
болезненность в месте прикрепления сухожилия к кости
боль, возникающая при попытке движения через сопротивление
отек околосуставной сумки

#

292.

Пациент жалуется на боль в суставах кистей, больше в утренние часы, сопровождающуюся утренней скованностью.

Ритм болей:

1

воспалительный
механический
механический и воспалительный
стартовый
механический и стартовый

#

293.

Узелки Гебердена характерны для:

1

остеоартроза
острой ревматической лихорадки
подагры
ревматоидного артрита
склеродермия

#

294.

Наиболее частая локализация пораженных суставов при ревматоидном артрите в начале заболевания:

4

коленные и голеностопные суставы

тазобедренные суставы

первый плюснефаланговый сустав

II и III пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы кистей

дистальные межфаланговые суставы кистей

#

295.

Что является провоцирующим фактором в развитии приступа подагры:

2

интенсивные физические упражнения

обильная жирная мясная пища и прием алкоголя

переохлаждение

психический стресс

обезвоживание

#

296.

Суставной синдром при острой ревматической лихорадке включает в себя:

2

поражение мелких суставов кистей

обратимый артрит средних и крупных суставов

прогрессирующий артрит средних и крупных суставов

эпизодическое обострение артрита первого плюснефалангового сустава

деформацию коленных суставов

#

297.

Симптом «тугой перчатки» наиболее типичен для:

4

подагры

ревматического артрита

остеоартроза

ревматоидного артрита

склеродермия

#

298.

Понятие «серопозитивный вариант ревматоидного артрита» включает:

4

обнаружение в крови больного LE-клеток

выявление в крови больного высокого уровня серомукоида

обнаружение в синовиальной жидкости большого количества нейтрофилов

выявление в крови больного ревматоидного фактора

выявление в крови больного повышенный соэ

#

299.

Минимальным диагностическим титром ревматоидного фактора в сыворотке крови (латекс-тест) является:

2

1 : 10

1 : 20

1 : 32

1 : 64

1 : 128

#

300.

Минимальным диагностическим титром ревматоидного фактора в реакции Ваалера-Розе является:

2

1 : 20

1 : 32

1 : 64

1 : 128

1 : 256

#

301.

Диагностическим критерием ревматоидного артрита является утренняя скованность длительностью не менее:

2

20 минут

1 часа

3 часов

1 суток

2 суток

#

302.

Признаками 1 стадии ревматоидного артрита при рентгенологическом обследовании являются:

1

околосуставной остеопороз

сужение суставной щели

единичные краевые узурсы околосуставных поверхностей костей

множественные краевые узурсы околосуставных поверхностей костей

подвывихи

костные анкилозы

#

303.

Симптом утренней скованности является следствием:

2

реактивного миозита

нарушения суточного ритма продукции глюкокортикостероидов надпочечниками

отека мышц вследствие гиперальдостеронизма

воспалительной отечности суставов

воспалительной отечности мышц

#

304.

«Утиная походка» отмечается при поражении:

2

коленных суставов

тазобедренных суставов

суставов стоп

всех суставов

мелких суставов

#

305.

Нефротический синдром -это симптомокомплекс, не включающий:

1

артериальную гипертензию

протеинурию

гипопротеинемию

гиперлипидемию

отеки

#

306.

Синдром почечной недостаточности не проявляется:

4

повышением концентрации мочевины в крови

повышением концентрации креатинина в крови

повышением концентрации индикана в крови

гиперальбуминемией

гипоизостенурией

#

307.

Пациент предъявляет жалобы на скованность рук и дисфагию.

4

ахалазия кардии

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

рак пищевода

системная склеродермия

дерматомиозит

#

308.

Типичные признаки ревматической лихорадки исключают

1

узловатую эритему

«летучий» артрит
ревматический кардит
малую хорею
плеврит

#

309.

Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

3

локтевых суставах
плечевых суставах
проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
коленных суставах
голеностопных суставах

#

310.

У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

1

гигантоклеточный артериит
геморрагический васкулит
узелковый периартериит
болезнь Бюргера
микроскопический полиангиит

#

311.

Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

2

укорочение пальцев в результате остеолитического процесса
ульнарная девиация
в виде "шеи лебедя"
в виде "бутоньерки"
в виде "молоткообразного пальца"

#

312.

Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:

4

тест муцинового сгустка
определение глюкозы в синовиальной жидкости
определение комплемента в синовиальной жидкости
микроскопическое исследование синовиальной жидкости
клинический анализ крови

#

313.

Узелки Бушара появляются при:

3

подагре
ревматоидном артрите
остеоартрозе
склеродермия
узелковом периартериите

#

314.

При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:

1

тазобедренные суставы
коленные суставы
дистальные межфаланговые суставы кистей
плечевые суставы
голеностопные суставы

#

315.

Развитие острой ревматической лихорадки связано с инфицированием:

3

вирусом
стафилококком

бета-гемолитическим стрептококком группы А
альфа-гемолитическим стрептококком группы А
сальмонеллой

#

316.

При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:

1

артериолы и капилляры
сосуды среднего калибра
сосуды любого диаметра
крупные сосуды
венозные сосуды

#

317.

У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отёчность и боли в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:

2

ревматоидный артрит
системная красная волчанка
реактивный артрит
ревматизм
системная склеродермия

#

318.

У больной, 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

2

пальпаторная болезненность в области трохантера
ограничение ротации бедра на пораженной стороне
укорочение правой ноги на 4 см
положительный симптом Лассега справа
положительный симптом Кушелевского

#

319.

Поражение позвоночника при болезни Бехтерева анкилозирующем спондилите чаще начинается с:

2

шейного отдела
поясничного отдела
крестцово-подвздошных суставов
грудного отдела
вовлечение в процесс всех отделов позвоночника

#

320.

Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

3

гемофилической артропатии
псевдоподагре
псориастическом артрите
ревматоидном артрите
ревматизме

#

321.

Укажите признак, характерный для инфекционного артрита:

2

Хруст суставов
в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево
нарушение подвижности суставов
полиартрит
рентгенологическая картина – сужение суставного щели

#

322.

Укажите наиболее типичную локализацию подагрических тофусов:

2

в области крестца
разгибательная поверхность локтевого сустава

в области коленных суставов

хрящи носа

ушная раковина

#

323.

Выберите лабораторный тест, который наиболее информативен для подтверждения диагноза полиомиозита:

5

СОЭ

антинуклеарный фактор

ревматоидный фактор

антитела к мышечным антигенам

повышение в крови уровня креатинкиназы

#

324.

Какой из лабораторных показателей является наиболее достоверным критерием диагноза ревматоидного артрита:

3

Повышения уровня α_2 -глобулина

Наличие в сыворотке крови СРБ

Наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора

Повышение СОЭ

Лейкоцитоз

#

325.

Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются

3

В локтевых суставах

В плечевых суставах

В проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставов

В коленных суставах

В голеностопных суставах

#

УРОЛОГИЯ

1

Что является основной функциональной единицей почки?

3

каналец

клубочек

нефрон

клетка ЮГА (юстогломерулярный аппарат)

мальпигиево тельце

2

Где локализуются боли при заболеваниях почек?

1

в поясничной области

в позвоночнике

в области лопатки

в шее

в руках

#

3

Бактериурия - это:

3

наличие в моче эритроцитов

наличие в моче солей

наличие в моче бактерий

наличие в моче белка

наличие в моче лейкоцитов

#

4

Какой метод рентгенологической диагностики заболеваний почек Вы знаете?

3

цистография

везикулография

экскреторная урография

простатография

радиоизотопная урография

5

Что относится к аномалиям яичек?

4

эписпадия

гипоспадия

фимоз

крипторхизм

парафимоз

#

6

Какое вещество применяется для хромоцистоскопии при камне мочеточника?

3

уротраст

хлоргексидин

индигокармин

экстракт марены красильной

йодамид

7

Как оказать первую помощь при острой задержке мочеиспускания?

4

диуретики

спазмолитики

блокада по Лорин-Эпштейну

надлобковая пункция мочевого пузыря

цистоскопия

#

8

Моча для общего анализа берется:

3

не имеет значения

из суточной мочи

из средней порции

из последней порции

из первой порции

#

9

Сколько оболочек имеется у яичка?

1

7

6

5

4

3

#

10

С целью диагностики подвздошной дистоии почки применяют:

1

ретроградную уретеропиелографию
микционную цистоуретрографию
флюорографию
цистоскопию
бужирование уретры

#

11

Какие аномалии мочевого пузыря Вы знаете?

3

цистит
уретероцеле
дивертикул мочевого пузыря
полип мочевого пузыря
камни мочевого пузыря

#

12

Какой камень рентгеннегативный?

3

фосфатный
флеболит
уратный
оксалатный
обезвествленный лимфатический узел

#

13

Какова длина уретры у взрослой женщины в норме?

2

2-3 см
4-5 см
9-10 см
6-8 см
11-12 см

#

14

УЗИ применяется:

3

для определения почечного кровотока
для определения структуры почек
для определения функции почек
для определения клубочковой фильтрации
для определения канальцевой реасорбции

#

15

В чем заключается лечение парафимоза?

4

орхипексия
операция Винкельмана
меатотомия
вправление головки полового члена
везикопексия

#

16

Что является срочным показанием к катетеризации мочевого пузыря ?

2

странгурия
ишурия
анурия
олигурия
поллакиурия

#

17

Аренальные причины ОПН:

1

врожденная двусторонняя аплазия почек
отравление уксусной эссенцией
отравление солями тяжелых металлов
камни лоханок
гемолитический шок

#

18

К развитию ХПН может привести:

5

хронический гепатит
эписпадия
хронический гастрит
легочная недостаточность
поликистоз почек

#

19

Клубочковая фильтрация и канальцевая секреция определяется:

4

пробой Зимницкого
пробой Амбурже
пробой Фольгарда
пробой Реберга-Тареева
пробой Аддиса-Каковского

#

20

Клиренс креатинина- это:

3

количество азотистых шлаков, выделяемых с мочой за 1 минуту
объем креатинина, удаляемого из крови за 1 минуту
объем плазмы крови, который полностью освобождается от данного вещества за 1 минуту
количество вещества, фильтруемого из крови за 1 минуту

#

21

Рабочий рудника попал под обвал. Мелкой породой придавило нижние конечности. под завалом находился 12 часов. В момент освобождения из-под завала АД 140/80 мм рт. ст., пульс= 84 удара в минуту. Какое осложнение может развиваться у больного?

2

хроническая почечная недостаточность
острая почечная недостаточность
синдром длительного раздавливания
миоглобинурия

#

22

Какое количество нефронов имеется в каждой почке ?

4

200-3000тыс.

600-900 тыс

100-150 тыс.

2.5-5 млн

1- 1.2 млн

#

23

Что такое дизурия ?

2

расстройство стула

расстройство мочеиспускания

отсутствие мочи

большое количество мочи

наличие гноя в моче

#

24

Что такое фосфатурия ?

2

наличие в моче соли мочевой кислоты

наличие в моче солей фосфорной кислоты

наличие в моче солей угольной кислоты

наличие в моче солей щавелевой кислоты

наличие в моче кальция

#

25

Что такое гемоспермия ?

4

наличие крови в моче

тотальная гематурия

выделение крови в конце акта мочеиспускания

наличие крови в эякуляте

выделение крови из уретры в начале акта мочеиспускания

#

26

При каком заболевании может быть отек головки полового члена, затрудненное мочеиспускание, отек кожи полового члена, сильные боли ?

1

парафимоз

фимоз

гидроцеле

сперматоцеле

фуникулоцеле

#

27

Какова длина мочеточника у взрослого человека в норме ?

4

10-15 см.

45-50 см

32-40 см

25-30 см

16-20 см

#

28

Каков диаметр почечной артерии у взрослого человека в норме ?

4

6-8 мм

3-4 мм

5-5.5мм

9-12 мм

до 2 см

#

29

Что такое недержание мочи ?

3

императивные позывы к мочеиспусканию

учащенное мочеиспускание

непроизвольное выделение мочи вне акта мочеиспускания

парадоксальная задержка мочеиспускания

частое и затрудненное мочеиспускание

#

30

Где локализуются боли при заболевании мочевого пузыря ?

3

в промежности

в ягодицах

в надлобковой области

в эпигастральной области

в поясничной области

#

31

Что такое гидатурия ?

4

наличие жира в моче

наличие бактерий в моче

наличие гноя в моче

наличие эхиноккоковых пузырей в моче

наличие лимфы в моче

#

32

Что такое простаторея ?

4

выделение секрета простаты во время полового акта.

выделение семенной жидкости без эрекции

преждевременное семяизвержение

выделение секрета простаты в конце акта дефикации или мочеиспускания

выделение секрета простаты при полюции

#

33

Анурией необходимо считать, когда:

4

отсутствует самостоятельное мочеиспускание

суточное количество мочи не более 5000мл.

частое, болезненное и малыми порциями мочеиспускание

суточное количество мочи не более 50 мл.

выделение малого количества мочи в сутки

#

34

Олигозооспермия может быть результатом

1

перенесенных тяжёлых инфекций
сахарного диабета
нефроптоза
мочекаменной болезни
мочеполовых свищей

#

35

Какова скорость клубочковой фильтрации у здорового человека?

4

50-100мл/мин
100-130мл/мин
130-150мл/мин
120-130мл/мин
100-140мл/мин

#

36

Рентгенологический метод диагностики рентгеннегативного камня почек и мочеточников:

3

ангиография почек
осадочная цистография
ретроградная пневмопиелография
пневмоперитонеум
перицистография

#

37

Из чего состоят фосфатные камни?

3

мочевой кислоты и её солей
кальциевые соли угольной кислоты
кальциевые соли фосфорной кислоты
кальциевые соли щавелевой кислоты
сернистые соединения аминокислоты

#

38

Характерный симптом камня мочевого пузыря:

2

полиурия
прерывистость струи мочи
постоянная боль в пояснице
дизурия в ночное время
олигурия

#

39

Типичная иррадиация болей при почечной колике:

4

в плечо, лопатку
в мечевидный отросток грудины
в эпигастральную область
в паховую область, бедро, половые органы
в шею

#

40

Назовите редкое осложнение почечной колики:

1

бактериотоксический шок
простатит
варикоцеле
уретероцеле
водянка оболочек яичка

#

41

Какое исследование может подтвердить или исключить наличие почечной колики в дифференциальной диагностике с острым хирургическим заболеванием брюшной полости?

2

ангиография
хромоцистография
урофлоуметрия
венотестикулография
компьютерная томография почек

#

42

Какой вид новокаиновой блокады используется в дифференциальной диагностике почечной колики с острыми заболеваниями брюшной полости?

4

пресакральная
хлорэтиловая
предпузырная
блокада семенного канатика или круглой связки матки
эпидурально-сакральная

#

43

С помощью какой пробы можно получить предварительное представление о локализации воспалительного процесса в мочевой системе?

3

проба Роберга
проба Каковского-Аддиса
двухстаканная проба мочи
проба Нечипоренко
клинический анализ мочи

#

44

Наиболее частая урологическая причина хронической почечной недостаточности:

2

нефролитиаз
поликистоз почек
пиелонефрит
пионефроз
паранефрит

#

45

Лечение разрыва уретры:

3

блокада по Лорин-Эпштейну
блокада по Вишневскому
эпицистостомия
катетеризация мочеиспускательного канала
консервативное лечение

#

46

Метод оперативного лечения при стриктуре мочеиспускательного канала:

1

операция Хольцова

операция Боари

операция Русакова

операция Бергмана

операция Михельсона

#

47

Особенности протенурии при туберкулезе почек

4

выше 10 г\л

выше 2,5г\л

5-10 г\л

не превышает 1 г\л

3-4 г\л

#

48

Лечение острого первичного пиелонефрита

4

нефрэктомия

оперативное

декаасуляция почки

консервативное

нефростомия

#

49

Рентгенологическая картина, характерная для гнойного пиелонефрита:

5

почка опущена

ограничение физиологической подвижности почки

расширение ЧЛС

дефект наполнения в ЧЛС

функция почки отсутствует

#

50

Симптом паранефрита

1

асимметрия поясничной области

анурия

никтурия

боль над лоном

высокая температура тела

#

51

Рентгенологический симптом хронического пиелонефрита

1

симптом "обгоревшего дерева"

смазанность контура поясничной мышцы

каверна, сообщающаяся с чашечно-лоханочной системой

изъеденность контуров сводов чашек

ампутация чашек

52

Причина острого вторичного пиелонефрита

4

фурункул кожи

гастрит

остеомиелит

беременность

кариес зубов

#

53

Методы выявления скрытой пиурии при хроническом пиелонефрите:

2

проба Ребега-Тареева

проба Нечипоренко

общий анализ мочи

проба Зимницкого

ТХХ-тест

#

54

Рентгенологический симптом паранефрита

3

каверна

симптом Ходсона

отсутствие контура поясничной мышцы

ампутация чашечек

изъеденность контуров сводов чашечек

#

55

Осложнения хронического простатита

3

расстройства желудка

неукротимая рвота

нарушение потенции

язвенный цистит

хроническая почечная недостаточность

#

56

Какие изменения в общем анализе крови при остром орхоэпидидимите?

3

лейкопения

лимфоцитоз

лейкоцитоз

тромбоцитопения

эритроцитоз

#

57

Какие осложнения могут быть после перенесенного гонорейного уретрита?

2

абцесс почки

множественные структуры уретры

гнойные свищи уретры

рак мочеиспускательного канала

хроническая почечная недостаточность

#

58

Какие вы знаете аномалии структуры почек?

1

мультикистозные почки

рудиментарная почка

опущенная почка

удвоенная почка

гипоплазия почки

#

59

Какие вы знаете виды инфравезикальной обструкции?

1

врожденное сужение мочеиспускательного канала

уретроцеле

уретрит

везикулит

пузырно-почечный рефлюкс

#

60

Какие вы знаете аномалии органов мошонки?

2

орхоэпидидимит

крипторхизм

гнойный свищи мошонки

фимоз

орхит

#

61

Виды гипоспадий

2

фимоз

головчатая форма

парафимоз

уретрит

баланопостит

#

62

Какие вы знаете аномалии лоханок и мочеточников?

5

орхоэпидидимит

нефроптоз

пиелонефрит

паранефрит

уретроцеле

#

63

Лечение острого первичного пиелонефрита

4

нефрэктомия

оперативное

декаасуляция почки

консервативное

нефростомия

#

64

Какие вы знаете рентгенологические методы диагностики аномалии почек?

5

уретерография

пневморен

хромоцистоскопия

цистоскопия

обзорная урография

#

65

Какие вы знаете стадии развития гидронефроза?

1 2 3

первая стадия

вторая стадия

третья стадия

четвертая стадия

пятая стадия

#

ТРАВМАТОЛОГИЯ

1. Соха vara- это:

3

Шеечно-диафизарный угол больше 127°

Шеечно-диафизарный угол равен 127°

Шеечно-диафизарный угол меньше 127°

Шеечно-диафизарный угол $127-135^{\circ}$;

Нормальное положение тазобедренного сустава

2. Pes calcaneus - это:

2

Полая стопа;

Пяточная стопа;

Плоская стопа;

Отсутствие пяточной кости;

Добавочная кость

3. Какая шина применяется для лечения врожденного вывиха бедра:

4

Крамера

Отводящая шина ЦИТО

Белера

Виленского

Дитерихса

4. Какая шина применяется для лечения переломов плеча:

2

Крамера

Отводящая шина ЦИТО

Белера

Виленского

Дитерихса

5. Когда начать лечение врожденного вывиха бедра:

3

В 1 мес

В возрасте 1-год

Как установлен диагноз

Как пойдет в школу

В 7 лет

6. Какая гипсовая повязка накладывается при лечении кривошеи:

3

Кокситная

Торакобрахиальная

Кранио-цервикальная

Лонгетная

Мостовидная

7. Как измерить относительную длину нижней конечности:

5

от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки

от щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки

от большого вертела до подошвенной поверхности пятки

от щели тазобедренного сустава до бугристости большеберцовой кости

от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края наружной лодыжки

8. При каком переломе таза нарушается целостность тазового кольца:

4

односторонний перелом седалищной кости

двухсторонний перелом седалищной кости

односторонний перелом лонной кости

односторонний перелом лонной и седалищной костей

двухсторонний перелом лонных костей

9. При каком переломе таза не нарушается целостность тазового кольца:

4

продольный перелом крестца

продольный перелом подвздошной кости

разрыв симфиза

перелом лобковой с одной и седалищной с другой стороны

перелом лобковой и седалищной с одной стороны

10. Как называется операция вскрытия коленного сустава:

3

фасциотомия;

миотомия;

артротомия;

тенотомия;

экзартикуляция.

11. Какое укорочение при врожденном вывихе бедра?

1

относительное

абсолютное

кажущееся

анатомическое

кажущееся анатомическое

12. С какого возраста при врожденном вывихе R-диагностика дает картину костной ткани:

3

после рождения

после 1 месяца

после 3-х месяцев
после 6 месяцев
после 1 года

13. Чему равен угол Хильгенрейнера в норме у новорожденного:

4
10-20
35-40
20-25
27-30
30-35

14. Ребенку 5 лет, диагностирован врожденный вывих бедра. Какое лечение надо проводить:

5
массаж мышц ягодичной области и бедра
ЛФК
разведение ножек
закрытое вправление вывиха и фиксация гипсовой повязкой
скелетное вытяжение, открытое вправление вывиха бедра

15. Как измерить анатомическую длину плеча:

2
от акромиального отростка до суставной щели локтевого сустава
от края акромиального отростка до локтевого отростка или наружного надмыщелка плечевой кости
от акромиального отростка до внутреннего надмыщелка плеча
от головки плечевой кости до головки лучевой кости
от головки плечевой кости до локтевого отростка или наружного надмыщелка плеча

16. Перечислите признаки нарастающего сдавления конечности гипсовой повязкой:

3
отсутствие боли;
бледно-розовый цвет ногтевых пластин;
цианоз пальцев;
чувство хруста в области перелома;
ощущение тепла под повязкой.

17. Укажите вид соединения костей, к которому относится соединение между берцовыми костями:

3
диартроз
синостоз
синдесмоз
синхондроз
артроз

18. Назовите основные элементы первичной хирургической обработки раны:

2
ампутация конечности
рассечение, иссечение загрязненных и нежизнеспособных тканей
экзартикуляция конечностей
промывание ран растворами
обкалывание ран антибиотиками

19. Отметьте уровень перелома бедренной кости с наибольшей варусной деформацией (симптом галифе)

3
чрезвертельный
через шейку

на границе верхней и средней трети
надмыщелковый
чрезмыщелковый перелом

20. Укажите наиболее рациональный способ иммобилизации конечности после вправления вывиха бедра:

3

гипсовая кокситная повязка
деротационный сапожок
скелетное вытяжение
манжетное вытяжение
наложение аппарата Илизарова

21. Как измерить анатомическую длину предплечья:

2

от суставной щели локтевого сустава до шиловидного отростка локтевой кости
от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости
от локтевого отростка до шиловидного отростка лучевой кости
от суставной щели локтевого сустава до суставной щели лучезапястного сустава
от локтевого отростка до суставной щели лучезапястного сустава

22. Перечислите условия, при которых скелетное вытяжение противопоказано:

2

отсутствие спицы
наличие инфекции в месте проведения спицы
отсутствие стандартной шины
отсутствие электродрели
анкилоз близлежащего к перелому сустава

23. Укажите правильное направление проведения спицы через верхний метафиз большеберцовой кости:

1

снаружи внутрь
изнутри кнаружи
спереди назад
сзади вперед
можно во всех направлениях

24. Укажите, чем определяется необходимость строгого выбора места, уровня и направления при проведении спицы:

2

возможность ранения мышцы
возможность повреждения кровеносных сосудов и нервов
лучшими условиями анестезии
меньшей сопротивляемостью кости проведению спицы
возможность проникновения в сустав

25. Отметьте правильное направление проведения спицы через надмыщелковую область бедра:

3

спереди назад
снаружи внутрь
изнутри кнаружи
сзади вперед
можно во всех направлениях

26. Отметьте разновидности переломов, для лечения которых предпочтительнее использование метода скелетного вытяжения:

2

перелом обеих костей предплечья

перелом обеих костей голени со смещением
перелом метафиза большеберцовой кости без смещения
перелом локтевого сустава
перелом лучевой кости в типичном месте

27. Какая шина накладывается для транспортировки больного при переломе бедра:

3

Кузьминского
Белсра
Дитрикса
Еланского
Крамера

28. Куда смещается периферический отломок при переломе бедра в нижней трети:

3

кпереди
кнутри
кзади
кнаружи
кпереди и кнаружи

29. Укажите куда смещается периферический отломок при аддукционном переломе хирургической шейки плеча:

2

кнаружи
кнутри
ротуруется
вверх
кпереди

30. Укажите за какое анатомическое образование проводится спица Киршнера при переломах плечевой кости:

4

через большой бугор
через проксимальный отломок
через наружный надмыщелок плеча
через локтевой отросток
через внутренний надмыщелок плеча

31. Укажите куда открыт угол при отводящем переломе плеча:

3

кпереди
кзади
кнаружи
кнутри
кзади и кнутри

32. Из каких величин складывается истинная или анатомическая длина нижней конечности:

3

относительной и кажущейся длин нижней конечности
анатомической и кажущейся длин и длины бедра
анатомической длины бедра и анатомической длины голени
функционального укорочения и длин бедра и голени
относительной функциональной длины нижней конечности

33. Что является противопоказанием для оперативного лечения переломов костей:

3

поперечные переломы
интерпозиция мягких тканей
травматический шок
ложный сустав
переломы с расхождением отломков по длине и ширине

34. Что следует предпринять у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной артерии:

4

введение наркотических средств
введение кровоостанавливающих и сосудосуживающих средств
наложить повязку на рану
наложить жгут на конечность
иммобилизовать конечность

35. Укажите доврачебную помощь при переломах нижней конечности:

4

массаж конечностей
наложение гипсовой повязки
введение раствора глюкозы
иммобилизация конечности шинами
переливание кровезаменителей

36. Оказывая первую медицинскую помощь при закрытых переломах на поле боя необходимо:

4

наложить жгут
снять обувь с поврежденной конечности
снять одежду с поврежденной конечности
провести транспортную иммобилизацию
наложить асептическую повязку

37. Неосложненные переломы позвонков сопровождаются:

3

полным перерывом спинного мозга
частичным перерывом проводимости спинного мозга
спинной мозг не поврежден
сотрясением или ушибом спинного мозга
сдавлением спинного мозга

38. Осложненные переломы позвонков сопровождаются:

4

переломом дужек и отростков
переломом 2-х или более позвонков
повреждение внутренних органов
повреждением спинного мозга
повреждением связочного аппарата позвоночника

39. При переломах поперечных отростков поясничных позвонков определяется:

3

положительный симптом «прилипшей пятки»
симптом «осевой нагрузки»
характерная поза Томпсона
незначительные боли, внешних признаков нет
псевдоабдоминальный синдром

40. Транспортировка больных с повреждением позвоночника осуществляется:

1

на жесткой ровной поверхности в положении лежа
на кресле после иммобилизации шинами
на носилках в удобном для больного положении
в положении «лягушки»
разрешается самостоятельное передвижение, если больной способен ходить

41. В каком положении позвоночный столб испытывает наибольшую нагрузку

3

стоя на обеих ногах
стоя на одной ноге
сидя
лежа на спине
лежа на животе

42. В каком отделе наиболее часто повреждается спинной мозг при переломе позвоночного столба:

5

крестцовом
поясничном
нижне-грудном
в средне-грудном
в средне-шейном

43. Куда смещается центральный отломок при переломе бедра в верхней трети:

3

кзади
кнутри
кнаружи и кпереди
по длине
кзади и кнутри

44. При каком переломе таза нарушается целостность тазового кольца:

4

односторонний перелом седалищной кости
двухсторонний перелом седалищной кости
односторонний перелом лонной кости
односторонний перелом лонной кости и седалищной кости
двухсторонний перелом лонных костей

45. Как измерить длину верхней конечности:

1

от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости или до конца 3 пальца
от головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости или до конца 3 пальца
от акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка локтевой кости или до конца 5 пальца
от головки плечевой кости до шиловидного отростка локтевой кости или до конца 5 пальца
от щели плечевого сустава до щели лучезапястного сустава

46. Под каким обезболиванием надо вправлять вывих бедра:

3

местным
спинно-мозговым
общим
внутрикостным
проводниковым

47. Укажите, как будет изменяться относительная длина бедра при вывихе головки бедренной кости кверху:

4

- увеличивается незначительно
- увеличивается значительно
- не изменяется
- уменьшается
- уменьшается за счет сгибания коленного сустава

48. Отметьте, как изменяется абсолютная длина бедра при вывихах его кверху:

3

- увеличивается незначительно
- увеличивается значительно
- не изменяется
- уменьшается значительно
- уменьшается за счет ротации бедра

49. Отметьте, мышцу сгибателя бедра:

2

- четырёхглавая
- подвздошно-поясничная
- двухглавая
- гребешковая
- икроножная

50. Укажите уровень бедра, на котором бедренная артерия непосредственно прилежит к кости:

3

- верхняя треть
- средняя треть
- нижняя треть
- наружный мышцелок
- внутренний мышцелок

51. Назовите части верхнего конца бедренной кости, на которых отсутствует надкостница

5

- большой вертел
- малый вертел
- головка бедра
- подвертельная область
- мышцелки бедра

52. Отметьте симптомы, характерные для переломов верхнего конца бедренной кости со смещением:

1

- наружная ротация стопы, укорочение конечности
- внутренняя ротация стопы
- удлинение конечности
- укорочение относительной длины
- не изменяется

53. характерный симптом при переломе таза без нарушения его непрерывности:

2

- симптом Байкова
- симптом Габая
- симптом «заднего хода»
- симптом Турнера

симптом Дипюитрена

54. Симптом «прилипшей пятки» встречается при:

5

переломах пятки
переломах диафиза бедра
переломах голени, стопы
разрыве мышц бедра
переломах таза, шейки бедра

55. Линия Шентона в норме проходит:

1

по верхневнутренней границе запирательного отверстия и переходит в линию шейки бедра
по нижневнутренней границе запирательного отверстия и переходит в линию шейки бедра
по верхнему краю запирательного отверстия
по верхнему краю шейки бедра и переходит на крыло подвздошной кости
горизонтальная линия, соединяющая оба V-образных хряща

56. Синдактилия – это:

3

отсутствие пальцев кисти или стопы
увеличение числа пальцев кисти и стопы
полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы
деформация пальцев кисти или стопы
увеличение объема пальцев кисти или стопы (гигантизм)

57. Полидактилия – это:

2

отсутствие пальцев кисти или стопы
увеличение числа пальцев кисти и стопы
полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы
деформация пальцев кисти или стопы
увеличение объема пальцев кисти или стопы (гигантизм)

58. Hallux valgus – это:

4

плоская стопа
отклонение пальцев стопы кнаружи
отклонение пальцев стопы внутрь
отклонение первого пальца стопы кнаружи
термин, обозначающий плоскостопие

59. Osteogenesis imperfect – это:

3

заболевание позвоночника
укорочение нижних конечностей
несовершенный остеогенез
образование гиперкостной мозоли
онкозаболевание

60. При вальгусной деформации 1 пальца стопы типичной формой сопутствующей деформации стопы является:

4

пяточная стопа
полая стопа
эквино-варусная стопа
поперечно-распластанная стопа

вальгусная стопа

61. Что такое Hallux valgus?

3

полая стопа

плоскостопие

отклонение первого пальца стопы кнаружи

добавочный палец на стопе

крючкообразная деформация 1 пальца стопы

62. Эффективное лечение отклонения первого пальца стопы кнаружи

4

мазевые повязки

согревающие компрессы

йодовые смазывания

оперативное устранение

уринотерапия (мочевые компрессы)

63. Какой раствор новокаина применяется при блокаде переломов ребер:

1

0,25%-30мл

0,5%-15 мл

1%-5мл

1%-15мл

2%-20 мл

64. Анатомическая длина бедра определяется:

3

от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки

от передней верхней ости подвздошной кости до внутренней лодыжки

от большого вертела бедренной кости до коленной щели

от большого вертела бедренной кости до надколенника

от большого вертела бедренной кости до подколенной ямки

от головки бедренной кости до надколенника

65. Что называется «окончатый» переломом ребер»:

5

перелом со смещением

перелом по лопаточной линии

перелом без смещения

перелом по типу зеленой веточки

двойной перелом ребер

66. Вагосимпатическая блокада проводится в области:

4

Перелома

Паравертебральных нервов

Солнечного сплетения

Блуждающего и симпатического нервов шеи

Грудного отдела позвоночника

67. Под каким обезболиванием надо вправлять вывих бедра:

3

местным;

спинномозговым;

общим;

внутрикостным;
проводниковым.

68. Какой симптом отсутствует при косолапости
2

Эквинус
Пронация
Супинация
Аддукция
Натоптыш

69. Какой симптом или болезнь отсутствует при кривошеи:
5

напряжение кивательной мышцы
болезнь Клиппеля-Фейля
крыловидная лопатка
болезнь Гризеля
болезнь Пертеса

70. Какая блокада производится при переломах таза:
5

по Вишневному
по Куленкампу
вагосимпатическая
фулярная
по Школьникову-Селиванову

71. R-ген признаками ложных суставов являются:
2

появление параоссальной костной мозоли
появление замыкательных пластин в области проксимального и дистального отломков
рентгенологических признаков нет
появление эндостальной костной мозоли
появление признаков первичного костного сращения

72. Остеохондропатия головки бедра называется:
1

болезнь Лег-Кальве-Пертеса
болезнь Келлера
болезнь Кинбека
болезнь Кюмеля
болезнь Кальве

73. Остеохондропатия тел позвонков называется:
5

болезнь Келлера 2
болезнь Кенига
болезнь Озгуда-Шлаттера
болезнь Лег-Кальве-Пертеса
болезнь Шойермана-Мау

74. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости это:
4

болезнь Келлера 1
болезнь Келлера 2

болезнь Кальве
болезнь Озгуда –Шлаттера
болезнь Пертеса

77. Что противопоказано делать при транспортной иммобилизации:

3

шина обязательно должна захватывать два и более сустава;
придать конечности среднефизиологическое положение;
снимать одежду и обувь с пострадавшего;
при открытых переломах вправление отломков не производить;
необходимо предложить мягкую подстилку между телом и шиной.

76. В каком месте противопоказано проведение классического скелетного вытяжения:

2

большой вертел
диафиз бедра
мышелки бедра
пяточная кость
бугристость большеберцовой кости

77. Перечислите признаки нарастающего сдавления конечности гипсовой повязкой:

3

отсутствие боли
бледно розовый цвет, ногтевые пластины
нарастание боли, цианоз пальцев
чувство хруста в области перелома
ощущение тепла под повязкой

78. Какую гипсовую повязку накладывают при контрактуре коленного сустава для устранения контрактуры:

4

мостовидная
кокситная
задняя гипсовая лангета
редресационная
циркулярная гипсовая повязка

79. Как называется операция вскрытие коленного сустава:

3

фасциотомия
миотомия
артротомия
тенотомия
экзартикуляция

80. Какой из перечисленных симптомов является положительным при повреждении мениска:

3

Кохера
Ланганбека
Байкова
Гаранжо
Текстора

81. Какой симптом характерен при повреждении передней крестообразной связки:

3

симптом блокады
симптом щелчка Чаклина

симптом вывиха
боковая девиация голени
выраженный отек сустава

82. Как называется гнойное воспаление коленного сустава:

4

гемартроз
синовит
тендовагинит
гонит
коксит

83. Какое положение коленного сустава называется средне физиологически согнутое под углом:

3

110
130
145
170
180

84. Куда крепится собственная связка надколенника:

4

медиальной мыщелку большеберцовой кости
латеральной мыщелку большеберцовой кости
головке малоберцовой кости
бугристости большеберцовой кости
верхней трети большеберцовой кости

85. Какая мышца сгибает голень:

5

четырёхглавая мышца бедра
тонкая мышца бедра
длинная приводящая мышца бедра
полусухожильная мышца бедра
двуглавая мышца бедра

86. Где проходит линия излома при эпифизарном переломе большеберцовой кости:

4

перелом средней трети
перелом верхней трети диафиза
перелом нижней трети диафиза
перелом ближе к суставному концу
перелом заднего края большеберцовой кости

87. Как называется соединение большеберцовой и малоберцовой кости в дистальном отделе:

2

синостоз
синдесмоз
синхондроз
артроз
дисплазия

88. Чем кончается малоберцовая кость в дистальном отделе:

4

наружным мыщелком
внутренним мыщелком

внутренней лодыжкой
наружной лодыжкой
надмыщелком

89. Как правильно измерить анатомическую длину бедра:

3

от передней верхней ости подвздошной кости до щели коленного сустава
от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края надколенника
от большого вертела до щели коленного сустава
от большого вертела до нижнего края надколенника
от щели тазобедренного сустава до щели коленного сустава

90. Как правильно измерить анатомическую длину голени:

4

от нижнего края надколенника до щели голеностопного сустава
от щели коленного сустава до щели голеностопного сустава
от нижнего края надколенника до нижнего края наружной лодыжки
от щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки
от бугристости большеберцовой кости до нижнего края внутренней лодыжки

91. В каком положении больного измеряется функциональное укорочение или удлинение нижней конечности:

3

сидя
стоя на одной ноге
лежа на спине
стоя на двух ногах
лежа на боку

92. Из каких величин складывается функциональное укорочение или удлинение нижней конечности:

3

из кажущегося и относительного укорочения и анатомического бедра
из анатомического и относительного
из анатомического, кажущегося и относительного укорочения нижней конечности
из относительного, кажущегося укорочения и анатомической голени
относительного и кажущегося укорочений нижней конечности

93. Как проходит нормальная ось нижней конечности:

4

от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника к внутренней лодыжке
от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника к наружной лодыжке
от большого вертела, середину надколенника к внутренней лодыжке
от передней верхней ости подвздошной кости, середину надколенника, между первым и вторыми пальцами стопы
от большого вертела, середину надколенника, между первым и вторыми пальцами стопы

94. Как измерить истинную или анатомическую длину нижней конечности:

5

от передней верхней ости подвздошной кости до подошвенной поверхности пятки
от щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки
от щели тазобедренного сустава до подошвенной поверхности пятки
от большого вертела до нижнего края внутренней лодыжки
от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки

95. Как в норме проходит ось верхней конечности:

1

от головки плечевой кости, через головку лучевой кости на головку локтевой кости 2. от акромиального отростка
через головки плечевой кости на шиловидный отросток лучевой кости

от головки плечевой кости через головку лучевой кости на середину между лучевой и локтевой костью в лучезапястном суставе

от головки плечевой кости через головку лучевой кости на шиловидный отросток лучевой кости

от головки плечевой кости через головку лучевой кости на конец 3 пальца

#

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

1

У ребёнка 4-х месяцев отмечается втяжение грудной клетки. Его мать отмечает, что уже некоторое время не может его покормить – ребёнок отказывается брать грудь. Как можно классифицировать такое состояние согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»:

2

обычная пневмония

тяжелая пневмония

обычная простуда

тяжелое обезвоживание

летаргичность

#

2

Какой из перечисленных симптомов является «общим признаком опасности» (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста») у больного ребенка 11 месяцев?

2

подмышечная температура $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$

летаргичность

рвота в анамнезе

кровь в стуле

стридор

#

3

Какой из следующих признаков является «признаком общей опасности» (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»), который следует проверять у любого ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, доставленного в медицинское учреждение?

5

раздражительность

подмышечная температура $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$

хрипы в лёгких

гнойное отделяемое из уха

судороги

#

4

Под учащённым дыханием (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста») у 3-месячного ребёнка с кашлем понимается дыхание с частотой от:

4

20 в минуту и более

30 в минуту и более

40 в минуту и более

50 в минуту и более

60 в минуту и более

#

5

Под учащённым дыханием (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста») у ребёнка в возрасте 2-х лет с кашлем понимается дыхание с частотой от:

3

60 в минуту и более

50 в минуту и более

40 в минуту и более

30 в минуту и более

20 в минуту и более

#

6

У ребёнка в возрасте 8 месяцев отмечается тахипноэ и свистящие хрипы в лёгких. Определите наиболее вероятную тактику ведения этого ребенка согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»:

2

Срочно направить в больницу

Дать пробный ингаляционный бронхолитик короткого действия до 3 раз.

Оценить жизненно важные показатели, возможные общие признаки опасности.

Дать витамин А и выполнить пероральную регидратацию.

Дать первую пробную дозу антибиотика.

#

7

Какой из следующих признаков позволит классифицировать затрудненное дыхание у 9-месячного ребенка как «тяжелую пневмонию» согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»:

5

тахипноэ

подмышечная температура $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$

дистантные хрипы

частота дыхания 45 вдохов в минуту

стридор в спокойном состоянии

#

8

Какой из следующих признаков позволит классифицировать затрудненное дыхание у 5-месячного ребенка как «тяжелую пневмонию» согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»?

1

втяжение грудной клетки

раздражительность

стридор при возбуждении

частота дыхания 52 вдоха в минуту

беспокойство

#

9

Какой из следующих симптомов у 5-месячного ребенка с кашлем является основанием для госпитализации (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»)?

4

частота дыхания 60 вдохов в минуту

продолжительность кашля более 30 дней

стридор при возбуждении

втяжение грудной клетки

температура $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$

#

10

Какой из следующих признаков позволит классифицировать состояние годовалого ребенка с диареей как «Тяжелое обезвоживание» (согласно стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста»)?

3

кожная складка расправляется медленно

беспокойство

летаргичность

выраженная жажда

рвота

#

11

Какая из следующих групп симптомов позволит классифицировать диарею у ребёнка как «сочетающуюся с обезвоживанием средней тяжести» (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»)?

1

выраженная жажда, кожная складка расправляется медленно

выраженная жажда, судороги в анамнезе заболевания

беспокойство, наличие крови в стуле

беспокойство, рвота в анамнезе заболевания

выраженная жажда, запавшие глаза

#

12

У ребенка в возрасте 2 года 1 месяц в течение 8 дней отмечается жидкий стул с признаками раздражимости и выраженной жажды. Определите наиболее вероятную тактику ведения ребенка согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»:

1

оральная регидратационная терапия

рациональная антибиотикотерапия

изменение пищевого рациона

госпитализация в стационар

динамическое наблюдение

#

13

Что из перечисленного соответствует классификации «Стойкой диарее» (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»)?

5

диарея, продолжающаяся более 3 дней

диарея, продолжающаяся более 7 дней

диарея, продолжающаяся более 10 дней

диарея, продолжающаяся более 12 дней

диарея, продолжающаяся более 14 дней

#

14

У ребёнка в возрасте 6 месяцев отмечается рвота и водянистая диарея с неприятным запахом, но без крови в течение последних 6 часов. При осмотре ребёнок сильно обезвожен, с сухими слизистыми оболочками. Со слов родителей ребёнок вакцинацию не проходил. При обследовании температура 39°C, ЧСС 130 уд/мин, частота дыхания 54 вдоха/мин, АД 75/50 мм рт.ст. Исследование кала на скрытую кровь отрицательно. Какова наиболее вероятная причина развития этого заболевания?

4

Лямблии

Вирус гриппа

Шигелла

Ротавирус

Сальмонелла

#

15

Как классифицировать (в соответствии со стратегией «Интегрированного ведения болезней детского возраста») состояние ребенка в возрасте 14 месяцев, с запавшими глазами у которого в течение 15 дней наблюдается диарея (другие симптомы отсутствуют)?

5

диарея с тяжелым обезвоживанием

диарея с обезвоживанием средней тяжести

диарея без обезвоживания

тяжелая стойкая диарея

стойкая диарея

#

16

Характерной особенностью диарейного синдрома при шигеллезах является наличие:

1

скудного незловонного стула с примесью мутной слизи и крови

обильного жидкого стула с большим количеством зелени и слизи

обильного зловонного стула с примесью слизи

жидкого, пенистого, не переваренного стула

обильного желеобразного стула малинового цвета

#

17

У ребенка в возрасте 6 недель отмечается жидкий стул в течение 3-х последних дней. При осмотре ребёнок заторможен, реакции вялые, глаза запавшие. Кожная складка на животе расправляется очень медленно. Со слов матери кровь в стуле не отмечалась. Какова тактика врача (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»):

5

регидратационная терапия

рациональная антибиотикотерапия

изменение пищевого рациона

динамическое наблюдение

госпитализация в стационар

#

18

Как классифицировать (в соответствии со стратегией «Интегрированного ведения болезней детского возраста») состояние ребенка 4-х месяцев с диареей в течение 16 дней, который не находится на грудном вскармливании, не имеет общих признаков опасности, насторожен, не имеет запавшие глаза, жадно пьет, а кожная складка у него расправляется немедленно?

5

диарея с тяжелым обезвоживанием

диарея с обезвоживанием средней тяжести

диарея без обезвоживания

тяжелая стойкая диарея

стойкая диарея

#

19

Как классифицировать (в соответствии со стратегией «Интегрированного ведения болезней детского возраста») состояние 23-месячного ребенка, у которого в течение 20 дней наблюдается диарея, но нет общих признаков опасности, ребёнок насторожен, охотно пьёт, у него запавшие глаза, а кожная складка расправляется немедленно?

4

диарея с тяжелым обезвоживанием

диарея с обезвоживанием средней тяжести

диарея без обезвоживания

тяжелая стойкая диарея

стойкая диарея

#

20

Как классифицировать (в соответствии со стратегией «Интегрированного ведения болезней детского возраста») состояние 19-месячного ребенка, у которого в течение 7 дней наблюдается диарея, но нет общих признаков опасности или запавших глаз, ребёнок раздражителен, нормально пьёт, а кожная складка расправляется немедленно?

3

диарея с тяжелым обезвоживанием

диарея с обезвоживанием средней тяжести

диарея без обезвоживания

тяжелая стойкая диарея

стойкая диарея

#

21

Ребенка следует обследовать на предмет «Основного симптома» лихорадки (в соответствии со стратегией «Интегрированного ведения болезней детского возраста»), если у ребенка:

4

лихорадка в анамнезе

рвота в анамнезе

подмышечная температура 37,0°C или выше

подмышечная температура 37,5°C или выше

ректальная температура 37,5°C или выше

#

22

У ребенка в возрасте 2 года 8 месяцев в течение 10 дней отмечается постоянный подъем температуры до 39,2° С. Определите наиболее вероятную тактику ведения ребенка (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»):

5

рациональная антибиотикотерапия

оральная регидратационная терапия

жаропонижающая терапия

динамическое наблюдение

госпитализация в стационар

#

23

Какой из следующих признаков позволит классифицировать (в соответствии со стратегией «Интегрированного ведения болезней детского возраста») состояние двухлетнего ребенка, прибывшего пять дней назад из региона, свободного от малярии, как «Очень тяжелое лихорадочное заболевание», если лихорадка у ребёнка отмечается в течение последних трех дней?

3

беспокойство

мелкая эритематозная сыпь

ригидность затылочных мышц

рвота в анамнезе болезни

кровь в стуле

#

24

Какой из следующих признаков позволит классифицировать состояние ребёнка с болью в ухе как «Мастоидит» (согласно стратегии «Интегрированное ведения болезней детского возраста»)?

2

покраснение за ухом

напряженная припухлость за ухом

гнойное выделение из одного уха

негнойное выделение из обоих ушей

подмышечная температура 37,5°C или выше

#

25

Как можно классифицировать (согласно стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста») состояние двухлетнего ребенка с гнойным отделяемым из уха в течение 5 дней, температурой 37,5°C, и отсутствием болезненной припухлости за ухом?

2

мастоидит

острая инфекция уха

хроническая инфекция уха

очень тяжелое лихорадочное заболевание

возможная бактериальная инфекция

#

26

Ребенок в возрасте 4 месяцев в течение последних 7 дней стал беспокойным, хуже спит днем и ночью, «беспричинно» кричит после кормления и в промежутках между ними. Со слов матери отмечается гипогалактия. Какова тактика врача (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»):

4

регидратационная терапия

динамическое наблюдение

перевод на искусственное вскармливание

назначение докорма

введение прикорма

#

27

Как можно классифицировать (согласно стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста») состояние 25-месячного ребенка с отеками обеих стоп и нормальным для его возраста весом?

1

тяжелое недоедание

недостаточный вес

тяжелое лихорадочное заболевание

возможная бактериальная инфекция

нет проблем с питанием

#

28

Как можно классифицировать (согласно стратегии «Интегрированное ведение болезней детского возраста») состояние 9-месячного мальчика массой 5 кг с выраженной бледностью ладоней и отсутствие других признаков?

1

тяжелое недоедание

малый вес

тяжелое лихорадочное заболевание

возможна бактериальная инфекция

не малый вес

#

29

Ребенку до 5 лет необходимо сделать не менее четырех прививок от каждой из нижеприведенных инфекций за исключением одной. Какая вакцина не обязательна ребенку до 5 лет?

5

пневмококковая вакцина

комбинированная вакцина против дифтерии, столбняка и коклюша

вакцина против *Neisseria meningitidis* типа B

инактивированная вакцина против полиомиелита

вакцина против ветряной оспы

#

30

Выберите симптом, который с наибольшей вероятностью может оказаться признаком бактериальной инфекции у младенца в возрасте от 2 недель до 2 месяцев (согласно стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста»):

4

дыхание с частотой 57 в минуту

кашель в течение 38 дней

стридор

втяжение грудной клетки

ректальная температура 37,5°C

#

31

Внезапное появление цианоза у новорожденного в горизонтальном положении и его исчезновение в вертикальном положении наиболее вероятно свидетельствует о:

3

врожденном пороке сердца
болезни гиалиновых мембран
диафрагмальной грыже
аспирационном синдроме
респираторном дистресс-синдроме

#

32

Какое сочетанное состояние может маскировать явления цианоза при развитии острой дыхательной недостаточности?

4

эритроцитоз
гиповолемия
гипотония
анемия
гипертермия

#

33

Отсутствие эффекта от оксигенотерапии является признаком нарушения:

3

диффузии кислорода через альвеоло-капиллярную мембрану
вентиляции легких
перфузии легких
центральной регуляции дыхания
диссоциации оксигемоглобина

#

34

Как изменяются показатели пульсоксиметрии при отравлении угарным газом?

5

не изменяются
носят флуктуирующий характер
значительно снижаются
носят циклический характер
завышаются

#

35

При каком парциальном давлении кислорода в крови (мм.рт.ст.), клинически определяется дыхательная недостаточность?

1

менее 75
менее 80
менее 85
менее 90
менее 95

#

36

При каком уровне восстановленного гемоглобина в крови (г/л) клинически обнаруживается цианоз?

5

более 10
более 20
более 30
более 40
более 50

#

37

При спирографии у пациента 58 лет выявленные изменения (ЖЕЛ 50% от должной величины, ОФВ1 - 40% от должной величины, индекс Тиффно - 50%) соответствуют:

3

рестриктивному типу нарушения вентиляции
обструктивному типу нарушения вентиляции
смешанному нарушению вентиляции
варианту нормы
изменения не связаны с патологией дыхательного аппарата

#

38

На консультации 60-летний мужчина с ХОБЛ средней степени тяжести признает, что долгое время курил сигареты и курит до сих пор. Врач пытается объяснить ему пользу отказа от курения. Какое из следующих утверждений является наиболее точным?

2

после прекращения курения функция лёгких значительно улучшится;
после прекращения курения функция легких не изменится, но скорость её ухудшения замедлится;
после прекращения курения функция легких и скорость ее ухудшения не изменятся, но улучшится функция сердечно-сосудистой системы;

после прекращения курения функция легких приблизится к показателям некурящего человека того же возраста;

после прекращения курения функция легких и сердечно-сосудистой системы не изменится.

#

39

38-летняя женщина обратилась к врачу с прогрессирующей одышкой и кашлем. Она никогда не курила сигареты, не подвергалась пассивному воздействию дыма или химических веществ на производстве. Исследование функции легких показало нарушение дыхания по обструктивному типу, которое не реагирует на бронходилататоры. Какова наиболее вероятная причина такого затрудненного дыхания?

3

Воздействие радона внутри жилого помещения

Хроническая обструктивная болезнь лёгких

Дефицит α 1-антитрипсина

Бронхиальная астма

Пневмония

#

40

59-летний мужчина с ХОБЛ обратился к врачу по поводу ухудшения одышки. При осмотре температура тела нормальная. Отмечается вздутие яремных вен и отеки нижних конечностей. Аускультивно дыхание ослаблено с обеих сторон. Какова наиболее вероятная причина усиления одышки у пациента?

4

Обострение ХОБЛ

Пневмония

α 1-дефицит антитрипсина

Легочное сердце

Пневмоторакс

#

41

У пациента с охриплым голосом и периодической афонией отмечается затрудненное дыхание с приступами удушья. Какова наиболее вероятная причина такого затрудненного дыхания?

1

фиксированное инородное тело гортани

инородное тело главного бронха

баллотирующее инородное тело трахеи

инородное тело сегментарного бронха

обтурация долевого бронха средней доли правого лёгкого

#

42

Что из нижеперечисленного с наибольшей вероятностью может способствовать развитию синдрома обструктивного апноэ сна?

2

Курение

Повышенный вес

Употребление алкоголя

Периферические отеки

Повышенное артериальное давление

#

43

Для какого возбудителя наиболее характерен интерстициальный тип воспаления легочной ткани?

4

хламидия

стафилококк

пневмококк

вирус цитомегалии

клебсиелла

#

44

Какой из нижеперечисленных препаратов в наибольшей степени подходит для лечения микоплазменной пневмонии?

5

Тетрациклин
Цефуросим
Ампициллин
Бициллин
Эритромицин

#

45

Какой из нижеперечисленных препаратов противопоказан для лечения пневмонии у беременных?

2

Пенициллин
Левифлоксацин
Ровамицин
Цефтриаксон
Эритромицин

#

46

Пневмония, развившаяся в период эпидемии гриппа, и протекающая с быстро прогрессирующей деструкцией легочной ткани, как правило вызвана:

3

пневмококком
палочкой Фридендера
стафилококком
микоплазмой
вирусом цитомегалии

#

47

Какой из нижеперечисленных критериев вероятнее свидетельствует о тяжелом течении пневмонии:

2

брадикардия с ЧСС ≤ 60 в минуту
тахикардия с ЧСС ≥ 120 в минуту
артериальная гипертензия с диастолическим АД > 100 мм рт.ст.
с систолическим АД 100 мм рт.ст.
желудочковая экстрасистолия в количестве 150-190 комплексов в сутки

#

48

Какой из нижеперечисленных препаратов в наибольшей степени подходит для лечения пневмонии у беременной в I триместре?

5

Ципрофлоксацин
Тетрациклин
Левомецетин
Доксициклин
Амоксициллин

#

49

7-летний ребенок поступил с жалобами на влажный кашель, лихорадку и общее недомогание. Детальное обследование иных симптомов не выявило. Все прививки получены. Рентгенологическое исследование показало, что у ребенка долевая пневмония. Что из нижеперечисленного в наибольшей степени подходит данному пациенту?

2

Ибупрофен
Ампициллин
Цефтриаксон
Хлорамфеникол
Интерферон

#

50

Какой из нижеперечисленных препаратов в наибольшей степени подходит для лечения вазоспастической стенокардии?

3

блокаторы гистаминовых рецепторов
блокаторы β -адренорецепторов
блокаторы медленных кальциевых каналов
блокаторы α -адренорецепторов

блокаторы обратного захвата серотонина

#

51

Какой из нижеперечисленных препаратов в наибольшей степени подходит для лечения стабильной стенокардии напряжения у пациентов с сопутствующей бронхиальной астмой?

3

нитраты

ингибиторы I_f-каналов синусового узла

бензотиазепиновые антагонисты кальция

дигидропиридиновые антагонисты кальция

ингибиторы циклооксигеназы

#

52

42-летний юрист обратился к вам по поводу болей в груди примерно через 1 неделю после того, как его 52-летний коллега перенес инфаркт миокарда. Ваш пациент испытывает прерывистую, не сильную боль, которая не связана с нагрузкой и чаще возникает, когда он сидит и смотрит телевизор по вечерам. Электрокардиограмма в состоянии покоя и стресс-тест ЭКГ на беговой дорожке не выявили каких-либо отклонений. А после объявления результатов обследования пациент сказал, что все его симптомы исчезли. Какому состоянию в наибольшей степени соответствует представленная клиническая ситуация?

4

депрессивное расстройство

ипохондрическое расстройство

соматизирующее расстройство

тревожное расстройство

биполярное расстройство

#

53

Какой из нижеперечисленных препаратов в наибольшей степени подходит для снижения артериального давления у женщины в период лактации?

1

дротаверин

магния сульфат

нифедипин

клофелин

пропранолол

#

54

Какие из нижеперечисленных препаратов противопоказаны при лечении артериальной гипертензии у женщины во время беременности?

4

альфа-адреномиметики

блокаторы кальциевых каналов

бета-адреноблокаторы

ингибиторы АПФ

калийсберегающие диуретики

#

55

Абсолютным противопоказанием для назначения тиазидных диуретиков больным артериальной гипертензией является:

3

фибрилляция предсердий

атриовентрикулярная блокада

подагра

хроническая сердечная недостаточность

сахарный диабет

#

56

При каком из нижеперечисленных состояний характерно более раннее появление асцита по сравнению с периферическими отеками?

4

митральный стеноз

декомпенсированное хроническое легочное сердце

дилатационная кардиомиопатия

цирроз печени

тромбофлебит бедренных вен

#

57

Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью является:

3

снижение конечного диастолического давления в правом желудочке

снижение частоты сердечных сокращений

снижение массы тела

уменьшение размеров печени

снижение концентрации калия в сыворотке

#

58

К вам на прием обратился мужчина, 35 лет. Месяц назад перенес ангину, через 2 недели после которой появились отеки под глазами, слабость, утомляемость. А ещё через 2 недели присоединились отеки ног. В анализе мочи: удельный вес – 1022, белок – 4,0 г/л, эритроциты – 20-25 в поле зрения, гиалиновые цилиндры в препарате. Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен?

4

амилоидоз почек

острый пиелонефрит

обострение хронического гломерулонефрита

острый гломерулонефрит

острый цистит

#

59

Какова наиболее характерная локализация т.н. "сердечных" отеков у грудных детей?

4

стопы и голени

область затылка

область плечевого пояса

лицо, лобок и половые органы

область крестца

#

60

Девочка 7 лет обратилась в поликлинику с жалобами на генерализованные отеки, боли в пояснице, снижение мочевыделения, увеличение массы тела. Из анамнеза известно, что ребенок 2 недели назад перенес острый тонзиллит. Каков наиболее вероятный диагноз?

5

острый пиелонефрит

острый миокардит

мочекаменная болезнь

геморрагический васкулит

острый гломерулонефрит

#

61

У 42-летней женщины с избыточным весом через 45 минут после употребления в пищу жареной курицы внезапно появились коликообразные боли в правой верхней части живота. Боль сопровождается тошнотой и рвотой, и любая попытка поесть ещё вызывает усиление боли. Что из перечисленного является наиболее вероятной причиной?

4

язва желудка

язва двенадцатиперстной кишки

острый гепатит

желчнокаменная болезнь

острый панкреатит

#

62

В схему первой линии эрадикации *H. pylori* входит:

4

Левифлоксацин

Тетрациклин

Ципрофлоксацин

Амоксициллин

Сульфасалазин

#

63

В лечении кандидозного эзофагита наиболее часто применяется:

5

Альбендазол
Ранитидин
Омепразол
Метронидазол
Флуконазол

#

64

Голодные и/или «ночные боли», возникающие через 2,5–4 часа после еды и исчезающие после очередного приема пищи, заставляют думать о:

2

язве фундального отдела желудка
язве 12-перстной кишки
неспецифическом язвенном колите
хроническом панкреатите
язве нижнего отдела пищевода

#

65

Рациональной тактикой врача общей практики при приступе желчной колики у пациента является

4

купирование болей наркотическими анальгетиками
госпитализация в хирургическое отделение только при наличии желтухи
назначение консультации врача-хирурга
госпитализация в хирургическое отделение по экстренным показаниям
направление на лабораторное исследование крови на трансаминазы и билирубин

#

66

Наиболее характерным симптомом инфекционного эзофагита является?

3

изжога
икота
одинофагия
отрыжка воздухом
рвота с желчью

#

67

Морфологическими субстратами неспецифического язвенного колита являются:

1

хронические эрозии и язвы
специфические гранулемы
лимфоцитарные гранулемы
рубцовые изменения кишечника
свищевые и спаечные изменения

#

68

Характерным проявлением глютенной энтеропатии является:

2

запор и рвота с примесью желчи
диарея при употреблении злаков
запор при употреблении мяса
диарея при употреблении молока
диарея при употреблении жира

#

69

Для синдрома мальабсорбции наиболее характерным симптомом является:

4

рвота
запор
дисфагия
диарея
рефлюкс

#

70

Повышение уровня антител к глиадину и тканевой трансаминазе наблюдается при:

3

язвенном колите
болезни Крона
глютеновой энтеропатии
синдроме раздраженного кишечника
хроническом панкреатите

#

71

Для лечения язвенного колита используют:

4

Амоксициллин

Тетрациклин

Панкреатин

Сульфасалазин

Дапсон

#

72

При хроническом панкреатите с внешнесекреторной недостаточностью характер стула:

1

обильный, кашицеобразный, блестящий

скудный, фрагментированный тёмный

обильный, водянистый с хлопьями

скудный, жидкий, с примесью алой крови

густой, дёгтеобразный, тёмный

#

73

К ранним проявлениям внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы относят:

2

гипергликемию

полифекалию

кахексию

пурпуру

гипоальбуминемию

#

74

Частой причиной развития псевдомембранозного колита является:

1

длительное применение антибиотиков

хроническое аутоиммунное воспаление

хроническая пищевая токсикоинфекция

длительное злоупотребление алкоголем

Helicobacter pylori

#

75

Клиническими признаками колитического синдрома являются:

3

боль вокруг пупка, водянистый стул, тошнота, рвота

боль в правом подреберье, скудный стул, тошнота, желтуха

боль внизу живота, слизисто-кровянистый стул, тенезмы

боль в эпигастрии, скудный жидкий стул, тошнота, изжога

боль в эпигастрии, скудный неоформленный стул, лихорадка

#

76

Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является:

2

Helicobacter pylori

Clostridium difficile

Escherichia coli

Candida albicans

Bifidobacterium longum

#

77

Больные с целиакией могут употреблять:

2

макаронные изделия

картофель

черный хлеб
колбасные изделия
мюсли

78

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно:

3

копрологическое исследование
исследование желудочной секреции
биохимическое исследование крови
рентгенологическое исследование кишечника
ультразвуковое исследование кишечника

79

Результат теста на толерантность к d-ксилозе зависит от:

1

всасывающей функции тонкой кишки
функции поджелудочной железы
желудочной секреции
детоксикационной функции печени
белковосинтетической функции печени

80

После появления клиники острого панкреатита наибольший уровень амилазы крови можно зафиксировать через:

5

6-12 часов
12-18 часов
18-24 часа
24-48 часов
48-72 часа

81

Для оценки нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы определяют активность:

3

липазы кала
эластазы крови
эластазы кала
глюкозы крови
липазы крови

82

Наиболее частым побочным эффектом препаратов урсодезоксихолевой кислоты является:

2

запор
диарея
изжога
головная боль
сухость во рту

83

Креаторея определяется как:

4

повышенное содержание в кале нейтрального жира
повышение содержания в кале липазы
наличие остатков непереваренной пищи в кале
повышенное содержание в кале мышечных волокон
повышенное содержание в кале йодофильной флоры

84

Запоры характерны для:

1

язвенной болезни 12-перстной кишки
болезни оперированного желудка
хронического энтерита
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

неспецифического язвенного колита

#

85

К лекарственным средствам, слабительный эффект которых реализуется за счёт увеличения объема каловых масс, относят:

2

Кора крушины

Семена льна

Вазелиновое масло

Касторовое масло

Натрия пикосульфат

#

86

К наиболее важным лабораторным показателям цитолиза гепатоцитов относят

5

повышение уровня билирубина

снижение сулемового титра и тимоловой пробы

гиперальбуминемию, гипопротромбинемию

снижение уровня сахара

повышение активности трансаминаз

#

87

Для лечения аутоиммунного гепатита используют?

5

Сульфасалазин

Амоксициллин

Интерферон

Панкреатин

Преднизолон

#

88

У 25-летнего мужчины наблюдается желтушность склер в течение 3 дней, но в остальном он чувствует себя хорошо. Лабораторные результаты: АСТ 45 Ед/л, АЛТ 48 Ед/л, щелочная фосфатаза 100 Ед/л, общий билирубин 54,7 мкмоль/л, прямой билирубин 3,42 мкмоль/л и альбумин 35 г/л. Общий анализ крови и лактатдегидрогеназа (ЛДГ) в норме. Что из нижеперечисленного является наиболее вероятным диагнозом?

3

гемолитическая анемия

алкогольный гепатит

болезнь Жильбера

острый панкреатит

желчнокаменная болезнь

#

89

О наличии синдрома холестаза свидетельствует

1

повышение уровня щелочной фосфатазы

повышение уровней аминотрансфераз

повышение уровня гамма-глобулинов

снижение уровня липопротеидов

снижение уровня сахара

#

90

Основным клиническим признаком холестаза является

4

кахексия

спленомегалия

асцит

кожный зуд

гепатомегалия

#

91

В биохимическом анализе крови функциональное состояние почек отражает уровень:

4

мочевины

остаточного азота

мочевой кислоты

креатинина

альбумина

#

92

Наиболее важным лабораторным признаком хронического пиелонефрита является

5

гематурия

протеинурия

цилиндрурия

оксалатурия

бактериурия

#

93

Какие рекомендации наиболее предпочтительны пациенту с острым гломерулонефритом:

2

увеличение потребления жидкости

ограничение потребления хлорида натрия

увеличение потребления молочных продуктов

ограничение потребления белка

увеличение потребления калийсодержащих продуктов

#

94

Для какого из нижеперечисленных заболеваний наиболее характерно сочетание таких симптомов, как: гипопроteinемия, отеки, протеинурия, эритроцитурия:

1

острый гломерулонефрит

мочекаменная болезнь

острый пиелонефрит

амилоидоз почек

поликистоз почек

#

95

Для контроля эффективности диуретиков у больных с отечно-асцитическим синдромом наибольшее значение имеет оценка:

3

окружности живота

уровня креатинина в крови

суточного диуреза

уровня калия в крови

уровня белка в крови

#

96

Бактериологическая проба мочи считается положительной при наличии бактерий в мочи в количестве:

5

1000 бактерий/мл

5000 бактерий/мл

10000 бактерий/мл

50000 бактерий/мл

100000 бактерий/мл

#

97

Для какого из нижеперечисленных заболеваний наиболее характерна односторонняя боль в поясничной области:

3

мочекаменная болезнь

острый гломерулонефрит

острый пиелонефрит

амилоидоз почек

острый цистит

#

98

Для какого из нижеперечисленных заболеваний наиболее характерна высокая относительная плотность мочи (1030 и выше):

2

мочекаменная болезнь

сахарный диабет
хронический гломерулонефрит
острый пиелонефрит
сердечная недостаточность

#

99

К антагонистам минералокортикоидных рецепторов относится:

1

Эплеренон

Индапамид

Гидрохлортиазид

Торасемид

Диакарб

#

100

Наиболее ранним функциональным нарушением работы почек при сахарном диабете является:

3

артериосклероз

микроальбуминурия

гиперфльтрация

протеинурия

гипостенурия

#

101

Какой из нижеперечисленных симптомов можно отнести к наиболее характерных для острого гломерулонефрита:

4

лейкоцитурия

гипостенурия

бактериурия

протеинурия

оксалатурия

#

102

Основным местом всасывания витамина В₁₂ является:

3

проксимальный отдел подвздошной кишки

проксимальный отдел тощей кишки

дистальный отдел подвздошной кишки

дистальный отдел тощей кишки

дистальный отдел 12-перстной кишки

#

103

Наиболее точным тестом для диагностики железодефицитного состояния является

1

определение уровня ферритина

расчет цветового показателя

определение количества эритроцитов

определение уровня гемоглобина

определение уровня трансферрина

#

104

Наиболее точно определяет запасы железа в организме:

4

уровень гемоглобина

уровень трансферрина

уровень сывороточного железа

уровень сывороточного ферритина

общая железо связывающая способность сыворотки

#

105

Для стадии латентного дефицита железа наиболее характерно:

5

увеличение скорости оседания эритроцитов

снижение уровня гемоглобина

повышение количества ретикулоцитов

снижение уровня гематокрита
изменение морфологии эритроцитов

#

106

К алиментарным причинам железодефицитной анемии относят:

2

избыточное употребление в пищу шлифованного белого риса
недостаточное употребление в пищу мяса и мясных продуктов
избыточное употребление в пищу козьего молока
недостаточное употребление в пищу зелёных овощей и фруктов
избыточное употребление в пищу белого хлеба

#

107

Для какого из нижеперечисленных типов анемии наиболее характерны потемнение мочи, иктеричность кожи и склер, увеличение селезенки?

2

V₁₂-дефицитной
гемолитической
железодефицитной
апластической
постгеморрагической

#

108

Основной причиной анемии у пациентов с хроническими болезнями почек является:

3

снижение уровня железа в организме
снижение уровня альбумина в крови
снижение продукции эритропоэтина
дефицит витамина B12 в организме
хроническая кровопотеря

#

109

Для какого из нижеперечисленных синдромов наиболее характерны истончение и деформация ногтевых пластин, сухость и ломкость волос, сглаженность сосочков языка, нарушение глотания сухой пищи:

2

анемический синдром
сидеропенический синдром
синдром малабсорбции
гемолитический синдром
астено-вегетативный синдром

#

110

Каков целевой уровень международного нормализованного отношения (МНО) при назначении варфарина с целью профилактики рецидивов тромбоза легочной артерии?

4

0,5 – 1,0
1,0 – 1,5
1,5 – 2,0
2,0 – 3,0
3,0 – 4,0

#

111

Изменение какого показателя необходимо контролировать прежде всего при назначении гепарина?

1

активированного частичного тромбопластинового времени
международное нормализованное отношение
протромбиновый индекс
количество тромбоцитов
уровень фибриногена

#

112

Изменение какого показателя необходимо контролировать прежде всего при назначении варфарина?

2

активированного частичного тромбопластинового времени

международное нормализованное отношение
протромбиновый индекс
количество тромбоцитов
уровень фибриногена

#

113

Минимальное значение уровня глюкозы венозной плазмы в любое время суток, свидетельствующее в пользу диагноза «сахарный диабет», составляет:

4

6,1 ммоль/л

7,8 ммоль/л

9,7 ммоль/л

11,1 ммоль/л

15 ммоль/л

#

114

Какой из нижеперечисленных препаратов наилучшим образом подходит для коррекции инсулинорезистентности и снижения продукции глюкозы печенью у пациентов с сахарным диабетом 2 типа:

3

Пиоглитазон

Натеглинид

Метформин

Глибенкламид

Акарбозу

#

115

К какому из нижеперечисленных типов относится сахарный диабет, протекающий с абсолютной инсулиновой недостаточностью?

1

1 тип

2 тип

гестационный

стероидный

MODY-диабет

#

116

Основным механизмом сахароснижающего действия препаратов сульфонилмочевины является:

5

повышение чувствительности тканей к инсулину

подавление продукции глюкозы печенью

снижение инсулинорезистентности

торможение всасывания глюкозы в кишечнике

стимуляция секреции инсулина

#

117

Основным механизмом сахароснижающего действия бигуанидов является:

2

повышение чувствительности тканей к инсулину

подавление продукции глюкозы печенью

снижение инсулинорезистентности

торможение всасывания глюкозы в кишечнике

стимуляция секреции инсулина

#

118

Какой из нижеперечисленных симптомов наилучшим образом характеризует начинающуюся диабетическую нефропатию?

2

гематурия

микроальбуминурия

лейкоцитурия

оксалатурия

бактериурия

#

119

Какой из нижеперечисленных тестов выявляет максимальный уровень глюкозы в крови за последние 3 месяца?

4

глюкозотолерантный тест
глюкоза в плазме натощак
постпрандиальная гликемия
гликированный гемоглобин
глюкоза мочи

#

120

Уровень глюкозы в цельной капиллярной крови через 2 часа после приёма 75 г глюкозы у здорового человека не превышает:

2

6,1 ммоль/л
7,8 ммоль/л
9,7 ммоль/л
11,1 ммоль/л
15 ммоль/л

#

121

Какой из нижеперечисленных типов сахарного диабета стоит заподозрить у 18-летнего юноши, обратившегося к врачу после перенесенной вирусной инфекции с жалобами на жажду, полиурию, общую слабость, а при обследовании выявлены уровень глюкозы крови 16 ммоль/л и наличие ацетона в моче?

1

1 тип
2 тип
гестационный
стероидный
MODY-диабет

#

122

Периферическая диабетическая нейропатия характеризуется:

3

вазомоторными нарушениями
снижением силы мышц конечностей
снижением чувствительности
нарушением мелкой моторики мышц
головокружением

#

123

Для какого из следующих пациентов измерение индекса массы тела (ИМТ) более вероятно будет свидетельствовать об ожирении?

4

мужчина-бодибилдер с ИМТ 38.
беременная женщина с ИМТ 31 на 37-й неделе беременности.
мужчина с застойной сердечной недостаточностью, точечными отеками и ИМТ 30.
женщина-гипертоник с ИМТ 32.
мужчина с ХПН на гемодиализе с ИМТ 33

#

124

28-летний мужчина обратился к врачу по поводу контроля веса тела, поскольку в его семье были родственники с ожирением. Он не занимается спортом. Его ИМТ 27,8 кг/м². Как можно классифицировать его состояние:

2

нормальный вес
избыточный вес
ожирение первой степени
ожирение второй степени
ожирение третьей степени

#

125

Вы ухаживаете за 56-летней женщиной с диабетом и гиперлипидемией. Её ИМТ 35,8 кг/м². Как можно классифицировать её состояние:

4

нормальный вес
избыточный вес
ожирение первой степени
ожирение второй степени

ожирение третьей степени

#

126

Женщина 52 лет обратилась к врачу по поводу выраженной усталости и меноррагии. При осмотре кожа сухая, голос охрипший. ИМТ 32 кг/м². Какой из нижеперечисленных диагнозов является наиболее вероятным?

4

болезнь Аддисона

острый тиреоидит

акромегалия

первичный гипотиреоз

болезнь Кушинга

#

127

Что из нижеперечисленного в наибольшей степени предрасполагает к развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста?

5

физическое переутомление

перегревание

психоэмоциональный стресс

хроническое нарушение сна

длительный постельный режим

#

128

Среди всех внелегочных проявлений пневмонии у пожилых пациентов наиболее часто отмечается:

3

выраженная тахикардия

незначительная желтуха

спутанность сознания

миалгии и оссалгии

олигурия и протеинурия

#

129

82-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на усталость, анорексию, сухость кожи, а также головную боль, которая беспокоит её в течение нескольких месяцев. Какой из нижеперечисленных диагнозов является наиболее вероятным?

1

гипервитаминоз А

гипервитаминоз В3

гипервитаминоз В6

гипервитаминоз С

гипервитаминоз Е

#

130

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается с возрастом, а на симптомы таких заболеваний может влиять эффект нормального старения. Что из перечисленного является признаком нормального старения сердечно-сосудистой системы?

4

снижение периферического сосудистого сопротивления

снижение скорости пульсовой волны

увеличение сердечного выброса

удлинение интервала Р–R

увеличение ЧСС в состоянии покоя

#

131

83-летний мужчина обратился к врачу по поводу общей слабости и потери возможности бытового самообслуживания. В каком порядке будет происходить утрата его бытовых функций в дальнейшем?

1

купание, одевание, посещение туалета, перемещение, кормление.

купание, одевание, перемещение, посещение туалета, кормление.

одевание, купание, посещение туалета, перемещение, кормление.

посещение туалета, купание, одевание, перемещение, кормление.

перемещение, посещение туалета, одевание, купание, кормление.

#

132

76-летняя женщина обратилась к врачу по поводу диареи, которая развилась после недавнего приступа запора. Она проживает в доме престарелых, периодически принимает парацетамол и другие нестероидные противовоспалительные препараты от хронических болей в костях. Какова наиболее вероятная причина развития диареи?

5

Clostridium difficile

дивертикулит

лекарственный колит

передозировка слабительными

парадоксальная диарея

#

133

73-летняя женщина обратилась к врачу с жалобами на потерю вкуса и выпадение волос клочьями во время расчёсывания. 10 лет назад она стала веганкой. С тех пор её кожа стала сухой и начала шелушиться. Стали появляться плохо заживающие раны. В возрасте 62 лет у нее был диагностирован остеопороз, после чего она вот уже в течение 10 лет получает заместительную гормональную терапию. Дефицит какого из нижеперечисленных веществ с наибольшей вероятностью может объяснить указанные клинические симптомы?

5

витамин А

витамин С

железо

медь

цинк

#

134

Старческим считается возраст:

3

45-59 лет;

60-74 года;

75-89 лет;

90-95 лет;

96 и более лет.

#

135

Какое из нижеперечисленных изменений в деятельности сердечно-сосудистой системы наиболее часто ассоциируют со старением?

4

увеличение максимальной ЧСС во время нагрузки

повышение чувствительности β -адренорецепторов

более выраженное расслабление левого желудочка во время диастолы

уменьшение постуральной вариабельности сердечного ритма

более выраженное расширение кровеносных сосудов по действию оксида азота

#

136

72-летний мужчина обратился к врачу по поводу одышки, которая беспокоит его в течение последних 6 месяцев, когда он выгуливает собаку. У пациента артериальная гипертензия, контролируемая ежедневным приемом 2,5 мг гидрохлоротиазида. На ЭхоКГ ФВЛЖ легкая концентрическая гипертрофия левого желудочка и ФВ 45%. Какой из нижеперечисленных препаратов с наибольшей вероятностью улучшит продолжительность жизни этого пациента?

5

Альдостерон

Амиодарон

Дигоксин

Фуросемид

Рамиприл

#

137

Какой из нижеперечисленных показателей прогрессивно возрастает с возрастом?

4

уровень глюкозы в крови;

сократительная способность миокарда;

количество форменных элементов крови;

синтез гормонов гипофиза;

уровень общего холестерина крови,

#

138

64-летний больной застойной сердечной недостаточностью в течение 2 месяцев принимает дигоксин (0,5 мг/сутки), фуросемид (40 мг/сутки), спиронолактон (250 мг/сутки). За 2 последних дня появились боли в животе, мышечная слабость, парестезии в руках и ногах. На ЭКГ отмечается повышение амплитуды зубца Т, расширение комплекса QRS. Укажите наиболее вероятную причину ухудшения состояния пациента?

2

гипокалиемия;
гиперкалиемия;
гипонатриемия;
интоксикация сердечными гликозидами;
гипомагниемия

#

139

Больной 70 лет обратился к врачу по поводу болей в кистях и коленях. По утрам отмечается скованность в коленных суставах и кистях менее 30 минут, а при физической нагрузке – болезненность и крепитация в них. При обследовании: СОЭ 18 мм/ч., ревматоидный фактор отрицательный. На рентгенограмме коленных суставов умеренное сужение суставной щели и краевые остеофиты. Какой из нижеследующих диагнозов наиболее вероятный?

4

реактивный артрит;
подагра;
системная красная волчанка;
остеоартрит;
ревматоидный артрит.

#

140

У 74-летнего больного утренняя скованность суставов более 1 часа, припухлость, боли в покое в симметричных мелких суставах обеих кистей и стоп, увеличение СОЭ до 45 мм/ч, ревматоидный фактор: 100 МЕ/мл, С-реактивный белок 30 мг/л., рентгенологически эрозии в суставах кистей и стоп. Какой из нижеследующих диагнозов наиболее вероятный?

5

реактивный артрит;
подагра;
системная красная волчанка;
остеоартрит;
ревматоидный артрит.

#

141

При остеоартрите наиболее часто поражаются суставы

1

коленные
лучезапястные
челюстно-лицевые
пястно-фаланговые
поясничный отдел позвоночника

#

142

Локализация артрита при обострении в первом плюснефаланговом суставе характерна для:

2

псориатического артрита
подагрического артрита
ревматоидного артрита
реактивного артрита
болезни Рейтера

#

143

Синдром утренней скованности наиболее характерен для:

3

псориатического артрита
подагрического артрита
ревматоидного артрита
реактивного артрита
болезни Рейтера

#

144

Боли в суставах при нагрузке, проходящие в покое, характерны для:

5

псориазического артрита
подагрического артрита
ревматоидного артрита
реактивного артрита
остеоартрита

#

145

Поражение какого отдела позвоночника наиболее характерно для ревматоидного артрита:

1

шейного
грудного
поясничного
крестцового
копчикового

#

146

Для диагностики бруцеллёза применяется:

3

реакция Кацони
реакция Вассермана
реакция Райта и Хеддльсона
тест на ревматоидный фактор
тест на антистрептолизин-О

#

147

Развитие какого из нижеперечисленных состояний стоит заподозрить в первую очередь у 36-летнего больного, длительно страдающего ревматоидным полиартритом, у которого в моче обнаружена протеинурия до 3,5 г/л?

2

сахарный диабет
амилоидоз почек
миеломная болезнь
хронический пиелонефрит
хронический гломерулонефрит

#

148

Раннее вовлечение в процесс илеосакральных сочленений, тугоподвижность позвоночника, синдесмофиты и квадратизация позвонков при рентгенографии характерно для:

4

ревматоидного артрита
деформирующего остеоартрита
подагрического артрита
анкилозирующего спондилита
псориазического артрита

#

149

Тофусы представляют собой:

1

отложение в тканях уратов
отложение в тканях фибриноида
отложение в тканях холестерина
уплотнение подкожной клетчатки
разрастание костной ткани на поверхности сустава

#

150

Сустав Шарко является частым осложнением:

2

тиреотоксикоза
сахарного диабета
ревматоидного артрита
подагрического артрита
болезни Рейтера

#

151

Симптомом ревматоидного артрита, появляющимся позже остальных в дебюте заболевания, является:

4

полимиалгия
утренняя скованность
опухание и деформация суставов
субхондральный остеопороз
ревматоидный фактор в сыворотке крови

#

152

Вы лечите 48-летнюю женщину с артритом коленей. Боль не позволяет ей тренироваться, и она начинает беспокоиться об ограничениях в своей деятельности. Какой из нижеследующих препаратов первой линии лучше всего подойдет для контроля болевого синдрома?

1

Ибупрофен, 600 мг три раза в день
Целекоксиб, 200 мг в день
Трамадол, 50 мг каждые 4–6 часов
Амитриптилин, 50 мг на ночь
Габапентин, 300 мг три раза в день

#

153

Пациент обратился к врачу по поводу боли в пояснице на протяжении последних 4 недель. Что из нижеследующего указывает на необходимость проведения компьютерной томограммы?

3

корешковая боль в правой ноге
прибавка в весе на 9 кг за последние 6 месяцев.
рецидивирующая лихорадка
боль усиливается при физической активности и утихает в покое.
онемение большого пальца левой ноги

#

154

Вы лечите 46-летнего мужчину с хронической болью в спине без неврологических симптомов. Он принимает нестероидные противовоспалительные средства, но в определенные моменты их недостаточно, чтобы справиться с болью. Что из нижеследующего Вы бы добавили к комплексной терапии пациента:

1

Трамадол
Антиконвульсанты
Антидепрессанты
Миорелаксанты
Кортикостероиды

#

155

Что из перечисленного является первой линией лечения хронической боли в пояснице?

1

Ацетаминофен
Преднизолон
Трамадол
Мидокалм
Прегабалин

#

156

Медикаментозно индуцированная головная боль возникает вследствие злоупотребления:

2

антибиотиками
анальгетиками
антиоксидантами
витаминами группы «В»
мочегонными

#

157

Внезапное появление головной боли в сочетании с такими симптомами, как: утрата сознания, гиперемия лица, стридорозное дыхание, брадикардия, артериальная гипертензия, гемиплегия, паралич взора наиболее характерны для:

3

эмболии мозговых сосудов
субарахноидального кровоизлияния
кровоизлияния в головной мозг
менингоэнцефалита
абсцесса головного мозга

#

158

Внезапное появление головной боли, резкое повышение артериального давления, тахикардия, а после приступа – полиурия, характерны для:

4

синдрома Иценко-Кушинга
климактерического синдрома
синдрома Кона
феохромоцитомы
болезнь Аддисона

#

159

Сочетание лихорадки, головной боли, болезненности в илеоцекальной области, скудной розеолезной сыпи и гепатомегалии указывает на:

5

корь
дизентерию
амебиаз
псевдомембранозный колит
брюшной тиф

#

160

Какой из нижеперечисленных препаратов наиболее эффективен при лечении хронической пароксизмальной гемикрании?

4

амитриптилин
карбозепин
анаприлин
индометацин
суматриптан

#

161

32-летняя женщина обратилась к врачу по поводу хронической головной боли и фибромиалгии. Пациентка утверждает, что эти боли мешают её повседневной жизни и просит назначить ей какое-нибудь облегчающее средство. Что из нижеперечисленного лучше образом подходит пациенту?

3

Трамадол
Антиконвульсанты
Антидепрессанты
Миорелаксанты
Кортикостероиды

#

162

55-летний мужчина обратился к врачу по поводу диабетической нейропатии. Пациент страдает ожирением, а от болевого синдрома принимает нестероидные противовоспалительные препараты, которые не особо помогают. Что из нижеперечисленного лучше подходит пациенту?

3

Целекоксиб, 200 мг в день
Трамадол, 50 мг каждые 4–6 часов
Амитриптилин, 50 мг на ночь
Оксикодон 15–30 мг каждые 4–6 часов
Фентаниловый пластырь, 25 мкг/каждые 72 часа

#

163

Вы наблюдаете пациента с хронической болью. Она принимает нестероидные противовоспалительные препараты и довольно высокие дозы опиоидов длительного действия, но ее боль становится все труднее контролировать. Хотя Вас не беспокоит аберрантное поведение, Вы не хотите увеличивать ей дозу наркотиков, а она уже принимает максимальные дозы своих препаратов. Что из нижеперечисленного лучше подходит пациенту?

3

прекратить прием опиоидов
увеличить количество опиоидов
перейти на более низкую дозу другого опиоида
добавить противосудорожный препарат
добавить антидепрессант

#

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

1

Какой из препаратов следует рекомендовать при кандидомикозе?

3

мономицин
сульфадимезин
нистатин
стрептомицин
пенициллин

#

2

Укажите антисептик, относящийся к окислителям:

5

борная кислота
карболовая кислота
хлорамин
оксицианид ртути
водорода пероксид, калия перманганат

#

3

Гнойная рана дренирована тампоном с гипертоническим раствором поваренной соли. Какой вид антисептики использован?

4

химическая
биологическая
механическая
физическая
смешанная

#

4

Какой из перечисленных методов относится к физической антисептике?

3

первичная хирургическая обработка раны
удаление некротических тканей из раны
дренирование раны тампоном
промывание раны антисептиком
повязка на рану с ферментсодержащей мазью

#

5

Через резиновый трубчатый дренаж грудной полости самопроизвольно эвакуируется экссудат. Какой вид антисептики используется?

1

механическая
физическая
микробиологическая
химическая
биологическая

#

6

Что относится к механической антисептике?

3

орошение раны раствором водорода пероксида
дренирование раны марлевым тампоном
удаление из раны нежизнеспособных тканей
иммобилизация конечности гипсовой повязкой
внутримышечное введение стрептомицина

#

7

Какое действие пероксида водорода выражено наиболее слабо?

1

антимикробное
пенообразующее
дезодорирующее
механическое очищение раны

органолептическое

#

8

Какие из перечисленных лечебных мероприятий относятся к методам биологической антисептики?

3

первичная хирургическая обработка раны
промывание раны водородом перексидом
внутримышечное введение стрептомицина
назначение внутрь сульфадиметоксина
белковая диета

#

9

Гипертонический раствор натрия хлорида применяется при:

4

первичной хирургической обработке раны
наложении рассасывающего компресса
стерилизации режущих инструментов
дренировании гнойных полостей и ран
в качестве примочек

#

10

Какое вещество раньше всего применялось как антисептик?

5

водорода пероксид
сулема
спиртовой раствор йода
борная кислота
карболовая кислота

#

11

Что относится к антисептикам из группы альдегидов?

4

карболовая кислота
сулема
калия перманганат
формалин
серебра нитрат

#

12

Что относится к антисептикам из группы красителей?

2

фурацилин, фурагин
риванол, метиленовый синий, бриллиантовый зеленый
йодонат, йодопирон
раствор хлорной извести
ничего из вышеперечисленного

#

13

Какова суть физической антисептики?

4

повысить иммунитет больного
ослабить патогенные свойства микробов
убить микробы в ране
создать в ране неблагоприятные условия для развития микробов
уничтожить в ране микробные споры

#

14

Кем было предложено применение 3–5 % раствора карболовой кислоты в хирургической практике?

3

Буяльским
Пироговым
Листером
Склифосовским
Бобровым

#

15

Научное обоснование асептических методов хирургической работы принадлежит:

1

Э. Бергману

Н.И. Пирогову

И. Земельвейсу

И.В. Буяльскому

П.И. Дьяконову

#

16

Для стерилизации белья и перевязочного материала создал специальные металлические барабаны (биксы):

2

Субботин

Шиммельбуш

Листер

Гроссига–Филончиков

Бергман

#

17

Для обработки ран применяют раствор перекиси водорода в концентрации:

1

3 %

6 %

10 %

1 %

2 %

#

18

Площадь палат для больных определяется из расчета на 1 койку:

4

2–3 м

2,5 м

3,5 м

6,5–7,5 м

10–15 м

#

19

Операционный блок должен располагаться на:

3

первом этаже здания

последнем этаже здания

предпоследнем этаже здания

на любом этаже

на цокольном этаже здания

#

20

Операционные предельной асептики предназначены для проведения:

3

экстренных операций на органах брюшной полости

полостных операций на сердце и сосудах

трансплантации органов и тканей

общей хирургии

гнойной хирургии

#

21

Генеральная уборка должна производиться не реже одного раза в:

2

2–3 дня

7–10 дней

10–14 дней

30 дней

35 дней

#

22

К рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:

2

кетгут – за 6–7 дней
викрил
лавсан
хромированный кетгут
просеребранный кетгут

#

23

К не рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:

1

лавсан
кетгут хромированный
кетгут просеребранный
кетгут прозолоченный
синтетический викрил

#

24

Обработка рук хирурга в растворе С-4 (первомур) производится в течение:

1

1 минуты
2- х минут
3- х минут
0,5 минут
1,5 минуты

#

25

Наиболее оптимальная стерилизация неоптических хирургических инструментов производится:

4

кипячением
автоклавированием
текучим паром
сухим горячим паром
химическими веществами

#

26

Бактериологический контроль воздуха в операционных осуществляется не реже:

1

1 раза в неделю
1 раза в месяц
1 раза в полгода
1 раза в 2–3 дня
2 раз в неделю

#

27

Термин «антисептика» впервые ввел:

2

Земмельвейс
Прингл
Листер
Пирогов
Пастер

#

28

Листер предложил для стерилизации и дезинфекции использовать раствор:

3

перекиси водорода
перманганата калия
карболовой кислоты
борной кислоты
салициловой кислоты

#

29

Земмельвейс рекомендовал для профилактики инфекционных осложнений обрабатывать руки раствором:

3

нашатырного спирта

карболовой кислоты
хлорной извести
бриллиантового зеленого
метилового синего

30

Перчатки для хирургических манипуляций впервые ввел в практику:

1

Цеге–Мантейфель

Бергман

Пирогов

Спасокукоцкий

Земмельвейс

#

31

Дайте наиболее полный правильный ответ: кровотечение – это излияние крови:

4

во внешнюю среду

в полости организма

в ткани организма

в ткани, полости организма или во внешнюю среду

во внешнюю среду и полости организма

#

32

Какая классификация наиболее полно отражает различные проявления кровотечений?

1

анатомическая, по причине возникновения, по клиническим проявлениям, с учетом времени появления

анатомическая, физиологическая, с учетом времени появления, по причине появления

по причине появления, анатомическая, физиологическая, по клиническим проявлениям, с учетом времени появления

анатомическая, физиологическая, клиническая, с учетом времени появления

этиологическая, анатомическая, физиологическая, клиническая

#

33

Какие кровотечения различают по анатомической классификации?

3

первичные, вторичные

скрытые внутренние, скрытые наружные

артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные

ранние, поздние

наружные, внутренние

#

34

Какие кровотечения различают по клиническим проявлениям?

4

септические, аррозивные

артериальные, венозные, капиллярные

ранние, поздние

наружные, внутренние, скрытые

первичные, вторичные

#

35

Что такое гематома?

1

скопление крови, ограниченное тканями

кровоизлияние в паренхиматозные органы

скопление крови в полости сустава

пропитывание кровью мягких тканей

скопление крови в плевральной или брюшной полости

#

36

На какие группы делятся симптомы кровотечения?

1

местные, общие

явные, скрытые

наружные, внутренние

первичные, вторичные

единичные, множественные

#

37

Дайте наиболее полный правильный ответ: опасность кровотечения заключается в развитии:

1

шока, коллапса, анемии, сдавлении жизненно важных органов

шока, коллапса, истинной аневризмы

шока, анемии, лейкопении

коллапса, нарушения функции органа, асфиксии

анемии, лейкоцитоза, ацидоза

#

38

На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?

1

временные, окончательные

физические, химические

механические, биологические

надежные, ненадежные

доврачебные, врачебные

#

39

Временный гемостаз осуществляется:

4

лигированием сосуда в ране

наложением сосудистого шва

протезированием сосуда

давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием

диатермокоагуляцией

#

40

Непрерывное максимальное по продолжительности время наложения жгута на нижнюю конечность зимой составляет:

3

3 ч

4 ч

1,5 ч

2 ч

0,5 ч

#

41

В каком ответе наиболее полно перечислены способы окончательной остановки кровотечения?

3

механический, биологический, этиологический

физический, химический, биологический, смешанный

механический, физический, химический, биологический

механический, физический, патогенетический

химический, термический, смешанный

#

42

Сосудистый шов в целях гемостаза накладывается при повреждении:

5

капилляров

артериол

венул

любых сосудов

магистральных сосудов

#

43

Укажите метод окончательного гемостаза при ранении аорты:

2

перевязка сосуда в ране

сосудистый шов

наложение кровоостанавливающего зажима

тампонада раны

перевязка сосуда на протяжении

#

44

Что такое группа крови?

3

набор лейкоцитарных антигенов

сывороточные белки

набор эритроцитарных антигенов

набор приобретенных антител

набор иммунных антител

#

45

Каково значение антигенов и антител системы ABO в гемотрансфузионной практике?

2

характеризуют состояние организма

определяют совместимость переливаемой крови

не имеют принципиального значения

позволяют определить необходимый объем гемотрансфузии

верно все вышеперечисленное

#

46

Как называется реакция антиген–антитело при определении резус-фактора крови?

3

псевдоагглютинация

панагглютинация

изоагглютинация

гетероагглютинация

гомоагглютинация

#

47

Причиной аутоагглютинации при определении группы крови может быть:

5

слабая агглютинабельность эритроцитов

неправильное соотношение объемов сыворотки и крови

несоблюдение температурных условий реакции

повышенное содержание ионов кальция в тестовых реактивах

сенсбилизация эритроцитов аутоантигенами

#

48

Ошибки при определении группы крови наиболее часто связаны с:

5

нарушением температурного режима реакции

неправильным соотношением тестовых реактивов и крови

использованием тестовых реактивов с истекшим сроком годности

нарушением техники и несоблюдением времени протекания реакции

нарушением всего вышеперечисленного

#

49

Забор крови для определения совместимости по системе ABO и резус-фактору производится из:

4

пальца на предметное стекло

вены в меланжер

пальца на предметное стекло с добавлением натрия цитрата

вены в сухую пробирку

вены в пробирку с изотоническим раствором натрия хлорида

#

50

При переливании группа крови:

2

проверяется перед первой гемотрансфузией

проверяется перед каждой гемотрансфузией

не проверяется, достаточно данных в паспорте

не проверяется, достаточно данных в истории болезни

не проверяется, достаточно данных анамнеза

#

51

При переливании крови больным, находящимся в состоянии наркоза:

1

пробы на совместимость проводятся в полном объеме
не проводится биологическая проба
проводится только биологическая проба
определяется совместимость только по системе АВО
определяется совместимость только по резус-фактору

#

52

Гемотрансфузионный и акушерский анамнезы перед переливанием крови позволяют:

1

предотвратить возможные гемотрансфузионные осложнения
экстренно подобрать донорскую кровь
определить резус-принадлежность и группу крови больного
выявить наследственные заболевания
оформить историю болезни

#

53

Укажите допустимые методы гемотрансфузии:

1

внутривенные, внутриартериальные, внутрикостные
подкожные, внутривенные, внутриартериальные
внутривенные, перидуральные, энтеральные
внутривенные, подкожные, эндолимфатические
внутриартериальные, внутрикостные, эндотрахеальные

#

54

Как поступают с флаконом, освободившимся после переливания крови и ее компонентов?

3

его моют и сдают в лабораторию
выбрасывают
оставляют 10–15 мл крови во флаконе и хранят двое суток
оставляют 10–15 мл крови во флаконе и хранят 30 суток
оставляют 10–15 мл крови во флаконе и хранят до выписки больного

#

55

Какие реципиенты относятся к категории опасных из-за возможности возникновения гемотрансфузионных осложнений?

5

перенесшие переливание крови
перенесшие инфекционное заболевание
страдающие злокачественными заболеваниями
страдающие заболеваниями крови
такой категории реципиентов нет

#

56

Назовите фазы шока:

5

обморок, коллапс
начальная, промежуточная, терминальная
молниеносная, острая
эректильная, терминальная
эректильная, торпидная

#

57

Для торпидной фазы шока нехарактерно:

2

понижение артериального давления
цианоз лица
похолодание конечностей
слабый пульс
поверхностное дыхание

#

58

Для травматического шока нехарактерно:

2

ацидоз

алкалоз

гиперкалиемия

гипонатриемия

гипохлоремия

#

59

Шоковый индекс Алговера – это отношение:

5

систолического давления к диастолическому

диастолического давления к систолическому

частоты пульса к частоте дыхания

частоты дыхания к частоте пульса

частоты пульса к систолическому давлению

#

60

В норме шоковый индекс Алговера равен:

1

0,5

1,0

1,5

2,0

2,5

#

61

Укажите основные факторы, определяющие тяжесть токсикоза у пострадавших с синдромом длительного сдавливания:

2

отек поврежденной конечности

миоглобинемия и миоглобинурия

гиперкалиемия, гипонатриемия

гиперкреатинемия и гиперфосфатемия

избыток гистамина и адениловой кислоты в крови

#

62

Укажите симптом ушиба мягких тканей головы:

5

рвота

потеря сознания

амнезия

анизокория

подкожная гематома

#

63

Укажите симптомы легкой черепно-мозговой травмы:

2

судороги, кома

головная боль, тошнота, учащение пульса

кровь в спинномозговой жидкости, застойный сосок зрительного нерва

амнезия, анизокория

рвота, брадикардия, головная боль

#

64

Симптомом какого повреждения является истечение ликвора из уха после черепно-мозговой травмы?

4

ушиба головного мозга

сотрясения головного мозга

перелома свода черепа

перелома основания черепа

внутричерепного кровотечения

#

65

Что характерно для наружного клапанного /напряженного/ пневмоторакса?

5

эмфизема мягких тканей области раны

баллотирование средостения
сдавление легкого противоположной стороны
смещение средостения в сторону спавшегося легкого
смещение средостения в противоположную сторону

#

66

Что характерно для наружного открытого пневмоторакса?

3

спадение легкого на стороне повреждения
спадение легкого на поврежденной стороне
баллотирование средостения
смещение средостения в сторону повреждения
смещение средостения в противоположную сторону

#

67

При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:

обзорная рентгенография брюшной полости
лапароскопия
контрастная цистография
ирригоскопия
общий анализ мочи

#

68

Переломовывихом называется состояние, характеризующееся одновременным:

5

переломом и смещением костных отломков
переломом и интерпозицией мышц между отломками
переломом с вколочиванием отломков
вывихом одной кости и переломом другой
вывихом и переломом суставных и околосуставных отделов кости

#

69

Наиболее часто встречается вывих:

3

нижней челюсти
ключицы
плеча
бедра
в голеностопном суставе

#

70

Чаще всего встречается врожденный вывих:

4

плеча
предплечья
в лучезапястном суставе
бедра
основной фаланги I пальца

#

71

Симптомом вывиха является:

2

изменение абсолютной длины конечности
изменение относительной длины конечности
патологическая подвижность в поврежденном суставе
крепитация
подкожная эмфизема

#

72

Обследуя сустав при вывихе в нем, можно выпить все симптомы, кроме:

4

отсутствия активных движений
резкого ограничения пассивных движений
пружинящего сопротивления

ложной подвижности
ступенчатого западения

#

73

Укажите симптом, не характерный для вывиха в суставе конечности:

2

болезненность

крепитация

деформация

изменение длины конечности

вынужденное положение конечности

#

74

Укажите симптом, не наблюдающийся при травматическом вывихе плеча:

4

боль в плечевом суставе

резкое ограничение движений в суставе

деформация и припухлость сустава

крепитация при пальпации головки плеча

пружинящая фиксация плеча при попытке движений в суставе

#

75

У больного имеется открытый перелом костей голени вследствие удара передним бампером легкового автомобиля.

Какого вида перелом при этом наиболее вероятен?

3

вколоченный

компрессионный

многооскольчатый

отрывной

винтообразный

#

76

Исключите неверно указанный слой костной мозоли:

5

параоссальный

периостальный

интермедиарный

эндостальный

костномозговой

#

77

Назовите симптом закрытого перелома кости:

2

подкожная эмфизема

патологическая подвижность

увеличение абсолютной длины конечности

кровотечение;

пружинящее сопротивление в ближайшем суставе

#

78

Обследование пострадавшего с жалобами на боли в области плеча следует начинать с:

1

опроса

рентгенологического исследования плеча

определения уровня гемоглобина крови

выявления крепитации в области плеча

определения патологической подвижности кости

#

79

Каковы должны быть границы транспортной иммобилизации у пострадавшего при переломе плечевой кости?

1

пальцы – лопатка здоровой стороны

кисть – лопатка больной стороны

лучезапястный сустав – лопатка больной стороны

лучезапястный сустав – плечевой сустав больной стороны

предплечье – плечо больной стороны

#

80

Укажите элемент первой помощи на месте происшествия пострадавшему с переломом длинной трубчатой кости:

4

использовать шину Белера

обезболить место перелома

выполнить репозицию отломков

иммобилизовать конечность транспортной шиной

выполнить скелетное вытяжение

#

81

Когда и где следует проводить репозицию костных отломков при открытом переломе?

4

на месте получения травмы (при оказании первой помощи)

при транспортировке в стационар

во время санитарной обработки в приемном отделении

в операционной в ближайшее время после поступления

в любом из перечисленных мест и в любое время

#

82

Чего не следует делать для профилактики шока при переломе крупной трубчатой кости в момент оказания первой помощи?

2

транспортную иммобилизацию конечности

репозицию отломков

останавливать кровотечение

вводить анальгетики

все вышеуказанное

#

83

Какую шину следует применить для транспортной иммобилизации при переломе бедра?

1

Дитерихса

Кузьминского

сетчатую

Белера

аппарат Илизарова

#

84

Площадь ожога всей верхней конечности по «правилу девяток» составляет до:

2

1 %

9 %

18 %

27 %

36 %

#

85

Площадь ожога обеих нижних конечностей по «правилу девяток» составляет до:

4

9 %

18 %

27 %

36 %

45 %

#

86

В ожоговой ране отмечается снижение концентрации:

2

молочной кислоты

небелкового азота

ионов калия

ионов кальция

биологически активных веществ

#

87

Исключите неверно указанную стадию течения ожоговой болезни:

3

ожоговый шок
острая токсемия
острая почечная недостаточность
септикотоксемия или сепсис
реконвалесценция

#

88

Для ожогового шока характерно:

3

слабо выраженная эректильная фаза
ярко выраженная эректильная фаза
отсутствие торпидной фазы
повышение ЦВД
увеличение ОЦК

#

89

Основной причиной дегенеративных изменений и некроза тканей при холодовой травме является:

4

плазмопотеря
паралич нервных окончаний
дисфункция мышц
нарушение кровотока
прекращение потоотделения

#

90

Дореактивный период в течении отморожения включает время:

2

непосредственного воздействия холода
от начала действия холода до согревания
согревания
после восстановления температуры тела
от начала действия холода до отторжения струпа

#

91

Реактивный период в течении отморожении включает время:

2

непосредственного воздействия холода
от начала действия холода до согревания
согревания
после восстановления температуры тела
от начала действия холода до отторжения струпа

#

92

Что недопустимо при оказании первой помощи пострадавшему от холодовой травмы?

3

растирание теплой чистой рукой
растирание мягкой тканью
растирание снегом
обработка согретых участков спиртом
наложение теплоизолирующей повязки

#

93

По инфицированности выделяют раны:

5

гнойные, асептические, отравленные
асептические, скальпированные, гнойные
укушенные, свежеинфицированные, асептические
чистые, свежеинфицированные, зараженные
гнойные, свежеинфицированные, асептические

#

94

Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения при огнестрельном ранении?

1

давлением на ткани снаряда
пульсацией клеток в зоне раны
волнообразными движениями стенок канала
изменением осмотического давления
массой снаряда

#

94

Чем обуславливается степень зияния раны?

5

глубиной повреждения
повреждением нервных стволов
повреждением фасций
повреждением мышц и сухожилий
направлением эластических волокон кожи

#

95

Через какое время микробы в ране обычно начинают проявлять свою активность?

2

1-4 ч
6-8 ч
10-12 ч
14-18 ч
24 ч

#

96

В развитых грануляциях различают 6 слоев. Какой из них четвертый?

3

лейкоцитарно-некротический
вертикальных сосудов
созревающий
горизонтальных фибробластов
сосудистых петель

#

97

В какой ране более вероятно развитие инфекции?

2

резаной
укушенной
рубленной
расположенной на лице
скальпированной

#

98

Для ускорения заживления при лечении раны в фазе дегидратации необходимы:

3

частые перевязки
применение ферментов
наложение мазевых повязок
наложение повязок с гипертоническими растворами
лечебная гимнастика

#

99

Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

4

иссечение краев и дна раны
вскрытие карманов и затеков
удаление гнойного отделяемого
иссечение краев, стенок и дна раны
промывание раны антисептиком; гемостаз

#

100

Дном раны является кость. Как произвести первичную хирургическую обработку раны?

5

иссечь надкостницу
выскоблить острой ложечкой кость
снять верхний слой надкостницы
трепанировать кость
иссечь только края и стенки раны

#

101

Имеется рана с ограниченным участком некроза края кожи. Что необходимо сделать?

5

назначить УВЧ на рану
наложить повязку с гипертоническим раствором
наложить повязку с мазью Вишневского
дренировать рану
иссечь омертвевший участок кожи

#

102

Укажите основное показание к наложению первично-отсроченного шва:

4

шок
большая кровопотеря
невозможность стянуть края раны после хирургической обработки
возможность развития инфекции
ранение нерва

#

103

Первично-отсроченный шов накладывают на рану в сроки:

2

3-4-й день

5-6-й день

8-15-й день

сразу после первичной хирургической обработки

20-30-й день

#

104

Трансплантат для аутодермопластики по способу Лоусона–Краузе представляет собой:

4

кусочки кожи диаметром 0,3–0,5 см;
полоски расщепленной кожи размером до 3x5 см;
полнослойный лоскут– «сито»;
цельный полнослойный лоскут кожи;
полнослойный лоскут с насечками в шахматном порядке.

#

105

Чем отличается поздняя первичная хирургическая обработка от вторичной хирургической обработки?

2

техникой операции
сроками операции
числом предыдущих перевязок
отсутствием первичной хирургической обработки
применением дренирования или отказом от него

#

106

Укажите возможный тип реакции организма в ответ на внедрившуюся в него инфекцию:

5

нормостенический

нормотонический

гипертензивный

астенический

гиперергический

#

107

Назовите одно из условий, необходимых для развития хирургической инфекции в организме человека:

2

наличие сапрофитов

наличие «входных ворот» для инфекции

сохранение целостности кожных покровов
снижение резистентности микроорганизмов
высокий титр антител

#

108

Что препятствует развитию гноеродных микробов?

3

анемия
кахекия;
стойкий иммунитет
авитаминоз
наличие мертвых тканей, гематом

#

109

Назовите фактор риска внутрибольничной инфекции:

3

больные в возрасте старше 20 лет
продолжительные операции
отсутствие патогенной микрофлоры в операционной
бережное обращение с тканями во время операции
отсутствие дренажей в ране

#

110

Какие изменения возникают при острой хирургической инфекции в морфологическом составе крови?

1

эритроцитоз
лейкопения
лимфоцитоз
сдвиг формулы вправо
сдвиг формулы влево

#

111

Что называется флегмоной?

4

гнойное воспаление потовых желез
гнойное воспаление сальных желез
ограниченное воспаление клетчатки
разлитое воспаление клетчатки
воспаление со скоплением гноя в суставе

#

112

Какое из перечисленных заболеваний чаще всего осложняется гнойной инфекцией?

3

злокачественная опухоль
пороки сердца
сахарный диабет
хроническая почечная недостаточность
закрытая травма головного мозга

#

113

Как поступить при флегмоне мягких тканей в стадии размягчения?

1

выполнить широкий разрез и дренирование
наложить согревающий компресс
наложить мазевую повязку
рекомендовать холодный компресс
выполнить новокаиновое обкалывание с антибиотиками

#

114

У больного с туберкулезным кокситом образовался натечный абсцесс на бедре. Какова Ваша лечебная тактика?

2

разрез и тампонада с антисептиками полости абсцесса
пункция; отсасывание гноя и введение антибиотиков
согревающий компресс
УФ-облучение гнойника

рентгенотерапия

#

115

Что называется острым остеомиелитом?

4

гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей

гнойное воспаление суставной сумки

туберкулезное поражение позвонков

гнойное воспаление костного мозга

специфическое воспаление костной ткани

#

116

Одним из мероприятий успешного лечения острого гематогенного остеомиелита является:

4

массаж конечности

активные движения в суставах конечности

скелетное вытяжение

иммобилизация конечности гипсовой повязкой

наложение согревающего компресса

#

117

Какая операция не выполняется в ранние сроки при остром остеомиелите?

5

вскрытие флегмоны

рассечение надкостницы

трепанация костномозговой полости

секвестрэктомия

костная пластика

#

118

Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита?

1

массаж, лечебная физкультура

введение антибиотиков

переливание крови

введение витаминов

создание функционального покоя пораженной области

#

119

Какое осложнение не является характерным для острого гематогенного остеомиелита?

2

патологический перелом

гангрена конечности

сепсис;

поднадкостничный абсцесс

межмышечная флегмона

#

120

Для пломбировки секвестральной полости при хроническом остеомиелите не применяется:

2

хрящ

подкожная жировая клетчатка

спонгиозная масса кости

мышца

кровяной сгусток

#

121

Какие лечебные мероприятия не могут быть рекомендованы при сепсисе?

1

вскрытие гнойного очага

введение антибиотиков

ограничение введения жидкостей

переливание крови

витаминотерапия

#

122

Что является наиболее важным при лечении сепсиса?

3

строгий постельный режим
тщательный сбор анамнеза
лечение сопутствующего заболевания
ликвидация первичного очага
выявление наследственного фактора

#

123

Что менее характерно для сепсиса?

3

тахикардия
лейкоцитоз
анурия
повышение температуры тела
наличие гнойного очага

#

124

Одним из важнейших компонентов лечения при сепсисе является:

2

массаж
антибиотикотерапия
лечебная физкультура
физиотерапевтические процедуры
витамиотерапия

#

125

Укажите первично-хроническую форму гематогенного остеомиелита:

2

тифоидный остеомиелит
абсцесс Броди
артрит
сифилис костей
туберкулез кости

#

126

Ранним рентгенологическим признаком острого гематогенного остеомиелита является:

3

облитерация костномозгового канала
секвестральный гребень
периостит
оссифицирующий миозит
остеосклероз

#

127

Кровь на бактериальный посев при сепсисе необходимо забирать:

2

при нормальной температуре тела больного
при ознобе и на высоте температурной реакции
сразу же после спада температуры
через 6–12 ч после отмены антибиотиков
только при появлении антибиотиков

#

128

Оптимальные условия для развития газовой гангрены возникают при:

2

закрытых переломах
механических повреждениях кожных покровов
ожогах II–IV степени
отморожениях II–IV степени
укусах насекомых

#

129

Характерными местными признаками газовой гангрены являются:

2

воспалительная реакция, некроз, отек, интоксикация
отсутствие воспалительной реакции, отек, некроз
отек, лимфангиит
слоновость
лейкоцитоз, бактериемия, субфасциальная флегмона

#

130

Преимущественной локализацией процесса при газовой гангрене является:

2

голова, шея
конечности
туловище
промежность
кишечник

#

131

При воздействии на организм возбудителей газовой гангрены развиваются:

3

многочисленные абсцессы
отслойка эпидермиса с некрозом подкожной клетчатки
газообразование с некрозом мышц и соединительной ткани
травматический шок
некроз кожи, мышц, костной ткани

#

132

Клинически различают следующие формы газовой гангрены:

1

острую, молниеносную
острую, подострую
острую, хроническую
хроническую, рецидивирующую
рецидивную, вялотекущую

#

133

Патологоанатомически различают следующие формы газовой гангрены:

4

эритематозную, буллезную, флегмонозную, некротическую
метастатическую, септическую
септическую, септико-пиемическую
эмфизематозную, некротическую, флегмонозную, отечную
катаральную, септическую, тканерасплавляющую

#

134

По анатомической классификации выделяют следующие формы газовой гангрены:

1

эпифасциальную, субфасциальную
внутрисуставную
внутрикостную
эпидуральную, субдуральную
кожную, подкожную, мышечную

#

135

Характерными признаками газовой гангрены при осмотре раны являются:

4

отек, гиперемия, гнойное отделяемое
отек, красные пятна и полосы на коже
зловонное отделяемое из раны, бледность кожи
эмфизема, быстрое нарастание отека
тянущие боли в ране, отек, подергивание мышц

#

136

Неспецифическая профилактика газовой гангрены включает:

1

первичную хирургическую обработку раны

массивную антибиотикотерапию
введение противогангренозной сыворотки
обкалывание раны антибиотиками
определение чувствительности возбудителя к антибиотикам

#

137

Наиболее важным лечебным мероприятием при газовой гангрене является:

4

противошоковая терапия
введение лечебных доз противостолбнячной сыворотки
десенсибилизирующая и антибактериальная терапия
вскрытие очага инфекции с некрэктомией и оксигаротерапией
обкалывание очагов поражения антибиотиками

#

138

Какова минимальная доза противогангренозной сыворотки при лечении газовой гангрены?

3

30 000 ME
90 000 ME
150 000 ME
300 000 ME
600 000 ME

#

139

Характерными клиническими признаками неклостридиальной инфекции мягких тканей являются:

4

отек, мраморный рисунок кожных покровов, газообразование
гиперемия кожных покровов с четкими границами
некроз мышц и соединительной ткани, газообразование
абсцедирование с гнойно-геморрагическим зловонным отделяемым
анемия, лейкоцитоз, подергивание мышц в области воспаления

#

140

Ведущую роль в патогенезе столбняка играет выделяемый возбудителем экзотоксин:

5

стрептокиназа
тетаногемолизин
гиалуронидаза
лейкоцидин
тетаноспазмин

#

141

Продолжительность инкубационного периода при столбняке чаще всего составляет:

2

1-3 дня
4-14 дней
15-20 дней
21-30 дней
31-40 дней

#

142

Ранними симптомами столбняка являются:

4

быстро прогрессирующий отек
сардоническая улыбка, опистотонус
брадикардия, понижение температуры тела, сухость кожных покровов
подергивание мышц в области раны, гипертермия
потеря сознания, паралич

#

143

Явным признаком столбняка является:

4

бред
декомпенсация сердечно-сосудистой системы
анемия

сардоническая улыбка
циклически повторяющиеся приступы лихорадки

#

144

Неспецифическая профилактика столбняка заключается в:

3

наложении швов на рану

гемосорбции

первичной хирургической обработке раны с широким рассечением и дренированием ее

баротерапии

массивной антибиотикотерапии

#

145

Какова продолжительность инкубационного периода при лепре?

5

до 1 года

до 2 лет

до 3 лет

до 5 лет

свыше 6 лет

#

146

При лепроматозном типе лепры преимущественно поражаются:

1

кожа и подкожная клетчатка

спинномозговые нервы

ткани ретикулоэндотелиальной системы

паренхиматозные органы

все вышеперечисленное

#

147

Какие суставы наиболее часто поражаются при сифилисе?

2

коленные, голеностопные

межфаланговые

межпозвонковые

плечевые, тазобедренные

височно-нижнечелюстные

#

148

Какие кости наиболее часто поражаются при костно-суставной форме туберкулеза?

4

черепа

предплечья и голени

бедренные

тела позвонков

таза

#

149

Какие суставы наиболее часто поражаются при костно-суставной форме туберкулеза?

3

межфаланговые, лучезапястные, голеностопные

межпозвоночные, крестцово-подвздошные

коленные, тазобедренные, плечевые

все вышеперечисленные

суставы при туберкулезе не поражаются

#

150

Натечным абсцессом называется скопление гноя:

3

в полостях организма

в области первичного очага

в тканях, отдаленных от первичного очага

в костномозговом канале

под надкостницей

#

151

Что характерно для актиномикоза челюстно-лицевой области?

4

деревянистая плотность и нечеткие границы инфильтрата
валикообразные складки кожи в области поражения
вовлечение в инфильтрат кожи и подлежащих тканей
синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом
все вышеперечисленное

#

152

Актиномикотический процесс при поражении желудочно-кишечного тракта обычно локализуется в:

5

пищеводе, желудке
тонкой кишке
слепой кишке
сигмовидной кишке
прямой кишке

#

153

Возможно ли метастазирование при актиномикозе?

3

возможно лимфогенным путем
возможно венозным путем
возможно артериальным путем
возможно любым вышеперечисленным путем
невозможно

#

154

Где наиболее часто локализуется актиномикозный очаг?

4

в кишечнике
в легких
в конечностях
на лице и шее
в паренхиматозных органах

#

155

Перемежающаяся хромота бывает при:

2

посттромбофлебитическом синдроме
облитерирующем эндартериите
артрите
остеомиелите
тромбофлебите

#

156

Атеросклероз сосудов конечностей приводит к:

3

роже
варикозному расширению вен
гангрене
артрозу
асциты

#

157

Послеоперационные эмболии легочной артерии чаще всего являются следствием:

4

абсцессов
флегмон
лимфаденитов
флеботромбозов
эндартериита

#

158

Эмболия не может быть вызвана:

4

сгустком крови
воздухом
жиром
костным отломком
колонией микробов

#

159

Из перечисленных форм газовой гангрены не бывает:

2

отечной
буллезной
некротической
флегмонозной
эмфизематозной

#

160

Антикоагулянты не применяются при:

5

тромбофлебите
начинающейся гангрене
эндартериите
тромбоэмболии
облитерирующем атеросклерозе

#

161

При влажной гангрене отсутствует:

4

отек
интоксикация
мраморность кожи
демаркационный вал
боль

#

162

При консервативном лечении трофической язвы конечности необходимы:

3

постельный режим, положение с опущенной конечностью
прекращение оттока отделяемого из язвы в повязку
тщательный туалет язвенной поверхности и кожи вокруг язвы
повязки с салициловой мазью
наложение согревающего компресса на язву

#

163

Влажная гангрена особенно тяжело протекает у больных:

5

облитерирующим эндартериитом
фурункулезом
гематогенным остеомиелитом
туберкулезом костей
сахарным диабетом

#

164

Неспецифическая гангрена развивается при:

2

клостридиальной инфекции
сифилисе
сахарном диабете
отравлении спорыньей
тромбозе или эмболии крупного сосуда

#

165

Больному с гангреной органов брюшной полости /желчный пузырь, кишка и др.в первую очередь показано:

5

введение больших доз антибиотиков
введение спазмолитиков
введение обезболивающих
введение антикоагулянтов
экстренная лапаротомия с удалением пораженного органа

#

166

Укажите время после травмы, в пределах которого в условиях холодной консервации возможна реплантация отдельных пальцев:

5

6-8 ч

8-10 ч

10-14 ч

14-18 ч

18-24 ч

#

167

Различают пролежни:

3

скрытые и явные

ятрогенные и патологические

эндогенные и экзогенные

острые, подострые, хронические и рецидивирующие

эритематозные, буллезные, флегмонозные и некротические

#

168

Наружным искусственным свищом является:

2

трахеопищеводный

гастростома

артериовенозный шунт

холедоходуоденоанастомоз

урахус

#

169

Укажите клинический признак доброкачественной опухоли:

1

округлая форма и дольчатое строение

неподвижна и спаяна с окружающими тканями

пальпируются увеличенные лимфоузлы

при пальпации опухоль болезненна

флюктуация над опухолью

#

170

Какая из перечисленных опухолей является доброкачественной?

2

меланома

фиброаденома

аденокарцинома

лимфосаркома

фибросаркома

#

171

Рак развивается из:

2

незрелой соединительной ткани

железистого или покровного эпителия

кровеносных сосудов

лимфатических узлов

гладкой или поперечно-полосатой мускулатуры

#

172

Какая опухоль, поражающая соединительную ткань, является злокачественной?

5

фиброма

липома
хондрома
остеома
саркома

#

173

Что характерно для доброкачественной опухоли?

5

быстрый рост
инфильтрирующий рост
кахекия
быстрая утомляемость
неспаянность с окружающими тканями

#

174

Что характерно для доброкачественной опухоли?

4

быстрый рост
инфильтрирующий рост
наклонность к рецидивам после операции
отсутствие способности давать метастазы
резкое влияние на обмен веществ

#

175

Что не характерно для злокачественной опухоли?

1

наличие капсулы
атипизм строения
метастазирование
полиморфизм строения
относительная автономия роста

#

176

К диагностическим операциям относятся:

3

аппендэктомия
грыжесечение
биопсия лимфоузлов
вправление вывиха плеча
вскрытие панариция

#

177

По срочности различают операции:

3

экстренные, срочные, паллиативные
плановые, экстренные, многоэтапные
экстренные, срочные, плановые
радикальные, плановые, паллиативные
диагностические, несрочные, одноэтапные

#

178

Экстренная операция показана при:

3

варикозно расширенных венах нижних конечностей
липоме
перфоративной язве желудка
трофической язве
раке печени

#

179

Плановое оперативное лечение производится по поводу:

5

острого аппендицита
ущемленной грыжи
кровотечения из поврежденного сосуда

асфиксии
желчно-каменной болезни

#

180

Операция по жизненным показаниям производится при:

1

продолжающемся кровотечении
доброкачественной опухоли
злокачественной опухоли
облитерирующем энтеритите
варикозном расширении вен нижних конечностей

#

181

При острой кровопотере и остановленном кровотечении во время операции проводится переливание:

1

крови
интралипиды
гемодеза
фибриногена
эпсилонаминокапроновой кислоты

#

182

К радикальной операции относится:

1

холецистэктомия
гастростомия по поводу раны пищевода
обходной анастомоз при раке кишки
биопсия
пункция плевральной полости

#

183

Укажите мероприятие, направленное на профилактику легочных осложнений после операции:

4

назначение препаратов железа
вдыхание закиси азота
промывание желудка
дыхательная гимнастика
холод на живот

#

184

Подготовка кишечника в дооперационном периоде предусматривает назначение:

4

отхаркивающих препаратов
бесшлаковой диеты
зондового питания
очистительных клизм
холода на живот

#

185

Изменения в общем анализе крови, характерные для перенесенной острой кровопотери:

2

повышение СОЭ
снижение уровня гемоглобина
эозинофилия
лейкоцитоз
увеличение гематокрита

#

186

При эндогенной интоксикации назначают:

2

спазмолитики
инфузионную терапию
обезболивающие препараты
антикоагулянты
частую смену повязок

#

187

Исследование, помогающее в диагностике тромбоза легочной артерии:

2

биохимический анализ крови

электрокардиография

общий анализ мочи

фибробронхоскопия

рентгенография

#

188

Профилактика нагноения операционной раны:

3

частые швы на рану

рассасывающие швы на рану

дренирование раны

лечебная физкультура

герметичная повязка

#

189

Предоперационная подготовка к аппендэктомии включает:

2

премедикацию

очистительную клизму

бритье кожного покрова брюшной стенки

психологическую подготовку

опорожнение мочевого пузыря

#

190

Хирургического лечения может потребовать паразитарное заболевание, вызванное:

4

трихинеллами

острицами

актиномицетами

альвеококком

цистицерком

#

191

Хирургического лечения может потребовать паразитарное заболевание, вызванное:

3

актиномицетами

острицами

эхинококком

цистицерком

лямблиями

#

192

Эхинококк в организме человека распространяется по:

3

кишечнику

межфасциальным пространствам

кровеносным и лимфатическим сосудам

мочевыводящим путям

желчевыводящим путям

#

193

Укажите избирательную локализацию эхинококка в организме человека:

3

почки, надпочечники, спинной мозг

желудочно-кишечный тракт

легкие, головной мозг, печень

подкожная клетчатка, костный мозг

поджелудочная железа, селезенка

#

194

Укажите оболочки эхинококкового пузыря:

4

интермедиарная, мезотелиальная
пиогенная, промежуточная
мембранозная, серозная
зародышевая, хитиновая
эпителиальная, грануляционная

#

195

Для клинического проявления эхинококкоза нехарактерно:

5

боль
перитонит
плеврит
абсцедирование
кишечная непроходимость

#

196

Отдаленная связанная кожная пластика по В.П. Филатову это метод пластики:

1

стебельчатым лоскутом
мостовидным лоскутом
артеризованным кожно-жировым лоскутом
круглым мигрирующим стебельчатым лоскутом
расщепленным кожным лоскутом

#

197

Расщепленный кожный лоскут для трансплантации представляет собой:

2

срезанный слой эпидермиса
эпидермис и часть собственно кожи
собственно кожу
собственно кожу с тонким слоем подкожной клетчатки
узкие полосы собственно кожи

#

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

1

У практически здорового человека, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют. Что, скорее всего, послужило причиной кровотечения?

4

хиатальная грыжа
рак желудка
язва двенадцатиперстной кишки
синдром Мэллори–Вейсса
гастрит

#

2

Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

2

дивертикулы ДПК;
дуоденальная язва;
рак желудка;
синдром Мэллори–Вейсса;
геморрагический гастрит;

#

3

Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

3

энтерография
компьютерная томография
эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия
артериография
радионуклидное сканирование

#

4

У больного 44 лет, поступившего в стационар через 6 часов от начала массивного желудочно-кишечного кровотечения, проявившегося рвотой алой кровью и коллапсом, произведена ЭГДС. Установлен источник кровотечения – дуоденальная язва – и выполнена эндоскопическая коагуляция сосудов в дне язвы, после чего кровотечение остановилось. В ходе интенсивной терапии в отделении реанимации через 8 часов после ЭГДС наступил рецидив кровотечения. Что из нижеперечисленного показано данному больному?

1

экстренная лапаротомия

внутривенное введение вазопрессина

повторное эндоскопическое исследование

введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой

наблюдение и продолжение консервативных мероприятий

#

5

Молодой мужчина поступает в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 в минуту, анурия. Пальпаторно передняя брюшная стенка резко напряжена. Диагноз скорее всего будет поставлен на основании:

2

подсчета лейкоцитов в периферической крови

обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя

уровня СОЭ

контрастной рентгенографии желудка

контрастного рентгенологического исследования толстой кишки

#

6

Молодой мужчина поступает в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 в минуту, анурия. Пальпаторно передняя брюшная стенка резко напряжена. Показания к неотложной операции у этого больного менее всего будут зависеть от следующего фактора:

4

общего состояния больного

срока от начала заболевания

степени распространенности перитонита

длительности язвенного анамнеза

цифр артериального давления

#

7

Что из перечисленного является наиболее предпочтительным для больного молодого возраста с перфоративной дуоденальной язвой при отсутствии предшествующего язвенного анамнеза и других осложнений язвенной болезни?

4

метод Вангенстина-Тейлора

резекция желудка

ваготомия с дренирующей желудок операцией

лапароскопическое ушивание перфоративной язвы

традиционное ушивание перфоративной язвы

#

8

Мужчина 31 года поступает с внезапным приступом сильных болей в верхних отделах живота. Ранее не болел. При пальпации живота – выраженное напряжение передней брюшной стенки. Пульс – 78 в минуту. При обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя выявлен «свободный газ». Данному больному показана:

3

эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия

рентгеноскопия желудка с барием

неотложная лапаротомия

наблюдение

УЗИ печени

#

9

Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастриальной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок. Укажите патологическое состояние, чаще других встречающееся при наличии указанных симптомов:

2

гипертензия
водно-электролитные нарушения
лихорадка
нарушение функции печени
гипергликемия

10

Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок. Какое из нижеперечисленных лечебных мероприятий показано данному больному?

5

показано неотложное хирургическое вмешательство
показано санаторно-курортное лечение
после проведенного консервативного лечения вероятно развитие рецидива
лечение может быть проведено амбулаторно
необходимо перед операцией предварительное проведение консервативной терапии

#

11

У больного декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В средне-тяжелом состоянии он поступает с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость, истощен. Клинической находкой врача приемного отделения у данного больного будет:

3

симптом «падающей капли» и «шум плеска»
вздутие верхних отделов живота
отсутствие перистальтики и стул в виде «малинового желе»
кахексия
снижение тургора кожи

#

12

Из нижеперечисленного выберите органы, в которые не метастазирует аденокарцинома желудка:

4

в яичники
в печень
в надключичные лимфоузлы
в трубчатые кости бедра
в дугласово пространство

#

13

У больного 70 лет опухоль антрального отдела полностью стенозирует выход из желудка. Диагноз установлен с помощью ЭГДС. При поступлении взята биопсия. Больной истощен, постоянные рвоты, явные признаки прогрессирующей кахексии, выраженная сопутствующая патология. Какие методы хирургического лечения наиболее обоснованы у данного больного?

4

субтотальная резекция желудка
наложение гастростомы
наложение илеостомы
наложение гастроеюноанастомоза
наложение гастро-дуоденоанастомоза

#

14

Характер болей при перфорации язвы:

3

постепенно нарастающие
схваткообразные
«кинжальные»
тянущие
ноющие

#

15

Рентгенологический признак перфорации язвы:

2

чаши Клойбера
серповидная прослойка газа между куполом диафрагмы и печенью
раздвинутые петли кишок

пневматизация кишечника

трехслойная «ниша»

#

16

В какой орган чаще всего пенетрируют язвы:

4

в печень

в желчный пузырь

в печеночно-двенадцатиперстную связку

в поджелудочную железу

в селезенку

#

17

На плановой операции по поводу рака сигмовидной кишки у больного 57 лет обнаружен одиночный метастаз в левой доле печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга?

3

наличие метастаза указывает, что опухоль неоперабельна, поэтому следует ограничиться наложением двустольной сигмостомы

произвести obstructивную резекцию сигмы

произвести резекцию сигмы с наложением анастомоза и резекцию левой доли печени

наложить трансверзостому

произвести левостороннюю гемиколэктомию

#

18

Больной 76 лет заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня беспокоила задержка газов и стула. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 уд/мин. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. Ваш предположительный диагноз?

3

дивертикулит сигмовидной кишки

рак сигмовидной кишки, обтурирующий ее просвет, перфорация, перитонит

заворот сигмовидной кишки

обтурационная толстокишечная непроходимость

неспецифический язвенный колит

#

19

Больная 67 лет в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. В анализе крови – анемия. В кале иногда появляется кровь. При ирригоскопии в слепой кишке – дефект наполнения 2×3 см с неровными, бугристыми контурами. Ваш диагноз?

3

дивертикул

актиномикоз

опухоль слепой кишки

туберкулез

неспецифический язвенный колит

#

20

У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°C, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное. В анализе крови лейкоцитоз. При УЗИ – тень, неоднородная по строению, высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз?

2

перекрут кисты левого яичника

перфорация дивертикула с образованием абсцесса

левосторонний аднексит

рак ободочной кишки с перфорацией

заворот сигмовидной кишки с некрозом ее

#

21

В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. С какого исследования необходимо начать обследование больного в первую очередь?

4

ирригоскопия
ректороманоскопия
колоноскопия
пальцевое исследование прямой кишки
антеградный пассаж бария по кишечнику

#

22

У больного 46 лет появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры. При ректороманоскопии: на фоне отека слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой оболочки шероховатая, видны эрозии и язвы, сливающиеся между собой. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой отмечается сужение просвета, сглаживание гаустрации, нечеткость контуров, образование спикULOобразных выпячиваний. Ваш диагноз?

2

полип кишки
неспецифический язвенный колит
доброкачественная опухоль
дивертикулез
болезнь Крона

#

23

Больной 50 лет жалуется на недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При исследовании пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии выявлены язвы в виде продольных щелей, глубокие, слизистая оболочка между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулемного воспаления. В анализе крови анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса. Ваш диагноз?

1

болезнь Крона
аппендикулярный инфильтрат
дивертикулез
неспецифический язвенный колит
полипы ободочной кишки

#

24

Больной 72 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, периодически вызывающей приступы кишечной непроходимости. При ревизии опухоль размером 15×10 см, прорастает в перитонеальную брюшину. Отмечается множество метастазов в лимфоузлах брыжейки тонкой кишки, сальника. Как хирург должен закончить операцию?

2

опухоль неоперабельна, эксплоративная лапаротомия
наложить илеотрансверзоанастомоз
наложить цекостому
наложить илиостому
правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

#

25

У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние больной тяжелое, беспокойна, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс – 112 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, ассиметричный. В мезогастрии пальпируется плотноэластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска». Укажите правильный клинический диагноз:

4

опухоль нисходящей ободочной кишки, острая obturационная кишечная непроходимость
разрыв аневризмы брюшного отдела аорты
гангренозный холецистит, возможно, с перфорацией
заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость
геморрагический панкреонекроз

#

26

Больной в течение последних трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс – 94 уд/мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный

плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. Укажите правильный клинический диагноз:

1

опухоль слепой кишки, осложнившаяся обтурационной кишечной непроходимостью
периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость
аппендикулярный инфильтрат
тромбоз верхней брыжеечной артерии
острая токсическая дилатация толстой кишки

#

27

Больного 67 лет в течение полугода беспокоят запоры по 3-4 дня, появление слизи и следов темной крови в кале. За двое суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Состояние больного средней тяжести. Живот вздут, видна перистальтика кишечника. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Выслушиваются усиленные кишечные шумы. При ректальном исследовании определяется атония сфинктера, на высоте пальца патологии не выявлено. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удается ввести не более 500,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляются множественные тонко- и толстокишечные уровни жидкости с газом над ними. Выберите правильный клинический диагноз:

2

заворот сигмовидной кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость
опухоль ректо-сигмоидного отдела толстой кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость
неспецифический язвенный колит, токсическая дилатация толстой кишки
спастическая кишечная непроходимость
илеоцекальная инвагинация

#

28

Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360°. После расправления заворота, новокаиновой блокады брыжейки и согревания петли кишки последняя приобрела красный оттенок с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных артерий брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант хирургической тактики:

1

необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию
ограничиться назоинтестинальной интубацией
наложить илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок»
операцию нужно закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться
показана интестинопликация по Ноблю

#

29

Больная 62 лет поступила в отделение через 12 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе – аппендэктомия. Боли появились после приема растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс – 92 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой подвздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягкоэластическое опухолевидное образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании имеются кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, при этом определяется симптом «двузубца». Укажите правильный клинический диагноз:

4

опухоль слепой кишки, обтурационная кишечная непроходимость
абсцесс правой подвздошной области
сдавление толстой кишки кистой яичника с развитием обтурационной кишечной непроходимости
илеоцекальная форма инвагинации
токсическая дилатация толстой кишки

#

30

Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

2

наличием выпота в брюшной полости
скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
наличием свободного газа в брюшной полости
все перечисленное неверно

#

31

Наиболее информативным методом инструментальной диагностики острой кишечной непроходимости является:

1

обзорная рентгенография брюшной полости

лапароскопия
ангиография
гастроскопия
колоноскопия

#

32

Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости:

4

только консервативное лечение
экстренная операция
плановая операция
оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
назогастральная интубация

#

33

Для заворота сигмовидной кишки характерны следующие симптомы, кроме:

5

схваткообразных болей
асимметрии живота
«шума плеска»
симптома Цеге фон Мантейфеля
диарреи

#

34

При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела, Вы обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона, Воскресенского. О каком заболевании можно думать?

4

остром холецистите
остром панкреатите
почечной колике
остром аппендиците
кишечной непроходимости

#

35

Больной 46 лет предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, повышение температуры тела до 37,8°C. Объективно состояние удовлетворительное. Пульс – 96 в минуту, удовлетворительных свойств. Живот при пальпации болезненный и напряжен в правой подвздошной области. Здесь же определяются симптом Щеткина–Блюмберга, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Лейкоциты крови – $10,8 \times 10^9$ /л. Укажите правильный диагноз:

3

острый катаральный аппендицит
острый катаральный холецистит
острый флегмонозный аппендицит
острый панкреатит
пилефлебит

#

36

При осмотре больного вы поставили диагноз острый флегмонозный аппендицит без явлений перитонита. Для выполнения аппендэктомии оптимальным доступом будет:

4

доступ по Кохеру
доступ по Пфаненштилю
нижнесрединная лапаротомия
доступ Волковича–Дьяконова
доступ по Пирогову

#

37

У больного 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый флегмонозный аппендицит. Выберите правильную хирургическую тактику:

2

консервативное лечение, антибактериальная терапия
аппендэктомия в экстренном порядке доступом Волковича–Дьяконова
необходимо произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза установить дренаж для введения антибиотиков
выполнить операцию из ниже-среднего доступа
оперативное лечение следует предпринять только в случае прогрессирования перитонита

#

38

Больной 28 лет жалуется на боли в правой подвздошной области, которые начались 12 часов тому назад в эпигастрии и в последующем сместились в правую подвздошную и мезогастральную область. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,7°C, пульс – 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Язык влажный, обложен по краям. Живот мягкий. Небольшая болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Болезненность в области треугольника ПТИ, здесь же определяется ригидность мышц. Симптомы Пастернацкого, Образцова (псоас-симптом) – положительные. Анализ крови: лейкоциты – $11,8 \times 10^{12}/л$, палочкоядерный сдвиг – 9%. Анализ мочи удельный вес – 1016, лейкоциты – 3-4 в поле зрения. Выберите наиболее вероятный диагноз:

1

острый аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка
правосторонняя почечная колика
острый деструктивный аппендицит, с тазовым расположением червеобразного отростка
правосторонний пиелонефрит
опухоль правой половины ободочной кишки

#

39

Вы оперируете больного 31 года по поводу острого аппендицита. При вскрытии брюшной полости установлено, что имеется острый флегмонозный аппендицит, купол слепой кишки не изменен. Выберите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка после выполнения аппендэктомии:

2

перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи в кисетный шов
перевязка кетгутовой лигатурой с последующим погружением культи в кисетный и Z-образный швы
целесообразно применение «лигатурного» способа обработки
погружение культи червеобразного отростка в кисетный шов без предварительной перевязки
погружение неперевязанной культи отростка отдельными узловыми шелковыми швами

#

40

Вы оперируете больную 25 лет с предположительным диагнозом острый флегмонозный аппендицит. На операции выявлено, что в правой подвздошной ямке и в малом тазу имеется серозный выпот без запаха. Червеобразный отросток длиной – около 10 см, утолщен, гиперемирован, без налета фибрина. Укажите Ваши действия и их последовательность:

3

произвести аппендэктомию
осуществить ревизию органов малого таза и терминального отдела подвздошной кишки
произвести ревизию терминального отдела подвздошной кишки, органов малого таза и при отсутствии патологии со стороны других органов – аппендэктомию
учитывая невыраженность воспалительных изменений в червеобразном отростке, ограничиться оставлением микроиригатора для введения антибиотиков
произвести аппендэктомию и дренирование малого таза

#

41

Вы оперируете больного 25 лет по поводу острого флегмонозного аппендицита из доступа по Волковичу–Дьяконову. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что в правой подвздошной ямке имеется незначительное количество серозного выпота. В рану удалось вывести купол слепой кишки с основанием червеобразного отростка. Последний утолщен, гиперемирован, с налетом фибрина, однако верхушка червеобразного отростка не выводится. Ваши дальнейшие действия:

2

необходимо рассечь париетальную брюшину правого латерального канала и выделить червеобразный отросток
произвести ретроградную аппендэктомию
расширить рану
выполнить срединную лапаротомию с последующей аппендэктомией
поставить тампоны к предполагаемому месту расположения верхушки отростка

#

42

Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела – 37,6°C. Какой диагноз наиболее вероятен у больной?

3

острый пиелонефрит
острый правосторонний аднексит
острый аппендицит
разрыв овариальной кисты
нарушенная внематочная беременность

#

43

У больного 5 дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на 5-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,4°C, пульс – 88 в минуту. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12×8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови – $11,0 \times 10^{12}/л$. О каком заболевании можно думать?

3

опухоль слепой кишки
терминальный илеит
аппендикулярный инфильтрат
туберкулез
ущемленная правосторонняя паховая грыжа

#

44

Больной 26 лет оперирован по поводу острого аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в правой подвздошной области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота. Укажите дальнейшие действия хирурга:

2

нижне-срединная лапаротомия, санация брюшной полости, дренирование обоих латеральных каналов и полости малого таза
аппендэктомия, осушить брюшную полость, установить в правой подвздошной ямке микроирригатор через отдельный прокол брюшной стенки для инфузии антибиотиков
аппендэктомию не производить, тампонада и дренирование правой подвздошной ямки
аппендэктомия, ушить наглухо операционную рану
аппендэктомия, лапаростомия

#

45

Больной 27 лет оперирован по поводу острого аппендицита. На операции флегмонозно измененный отросток и мутный выпот в правой подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6-й день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, гомогенное, плотное и умеренно болезненное. Температура тела – 37,2°C. Лейкоциты – $9,1 \times 10^{12}/л$. О каком осложнении можно думать?

5

разлитом перитоните
пилефлебите
абсцессе правой подвздошной ямки
поддиафрагмальном абсцессе
воспалительном инфильтрате в дугласовом пространстве

#

46

У больной 34 лет на 7-й день после операции по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больной не улучшилось. При ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата. Температура приняла гектический характер. Ваш диагноз?

3

пиелонефрит
поддиафрагмальный абсцесс
абсцесс дугласова пространства
перитонит
пилефлебит

#

47

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата. Какая операция показана больной?

4

вскрыть абсцесс через доступ Волковича–Дьяконова, тампонада и дренирование полости абсцесса, аппендэктомию производить не следует
произвести аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области и установить микроирригатор в брюшную полость для инфузии антибиотиков
лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости
внебрюшинный доступ по Пирогову, дренировать гнойник, аппендэктомию не производить

вскрыть абсцесс через задний свод влагалища

#

48

У больного, оперированного по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7-е сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, ознобы. При рентгеноскопии имеется выпот в правом плевральном синусе, высокое стояние правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности. При ультразвуковом исследовании в поддиафрагмальном пространстве выявлено объемное образование, содержащее жидкость. Какое заболевание следует заподозрить?

2

правосторонняя пневмония

поддиафрагмальный абсцесс

острый холецистит

острый панкреатит

перитонит правых отделов живота

#

49

У больного 59 лет трое суток назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли в животе стихли. На следующий день боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Пульс – 128 в минуту. Язык сухой. Живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный по всему животу. Лейкоцитоз – $18,6 \times 10^9$ /л. О каком заболевании можно думать?

1

острый перфоративный аппендицит, разлитой перитонит

пилефлебит

периаппендикулярный абсцесс

пищевая токсикоинфекция

деструктивный холецистит

#

50

Больная 56 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 72 часа от начала заболевания. На операции в правой подвздошной ямке имеется воспалительный конгломерат, состоящий из слепой кишки, петель тонкого кишечника и большого сальника. Конгломерат плотный, ткани в нем инфильтрированы, легко ранимы, червеобразный отросток не виден. Ваша дальнейшая тактика:

2

продолжить разделение тупым и острым путем воспалительного инфильтрата, произвести аппендэктомию

установить дренаж для введения антибиотиков, аппендэктомию не производить, ушить операционную рану наглухо

ограничиться диагностической лапаротомией

произвести резекцию слепой кишки с отростком и припаянными петлями тонкой кишки

ввести в брюшную полость через рану отграничивающие тампоны микроирригатор для инфузии антибиотиков,

аппендэктомию в плановом порядке через 4-6 месяцев

#

51

У больного на 3-и сутки после операции аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развилась картина гнойной интоксикации, гипертермия. При осмотре живота имеет место метеоризм, болезненность его правой половины без перитонеальных симптомов. На 8-е сутки у больного развилась желтуха, отмечена гепатомегалия, явления почечной недостаточности, высокая температура с ознобами. Ваш диагноз?

2

холедохолитиаз

пилефлебит

пиелонефрит

абсцесс брюшной полости

энтероколит

#

52

Развитие пилефлебита наиболее вероятно при одной из следующих форм острого аппендицита:

4

катаральном

флегмонозном

первичном гангренозном

гангренозном с переходом некротического процесса на брыжейку отростка

аппендикулярном инфильтрате

#

53

Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

3

перфорации дивертикула Меккеля
деструктивного аппендицита
стеноза большого дуоденального соска
рихтеровского ущемления грыжи
острой кишечной непроходимости

#

54

Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме:

5

вздутия живота
гиповолемии
исчезновения кишечных шумов
гипопротеинемии
усиленной перистальтики

#

55

Как устанавливается диагноз общего перитонита до операции?

4

рентгенологически
анамнестически
лабораторным определением признаков воспалительной реакции
по клиническим признакам
по ультразвуковым данным

#

56.

Среди осложнений острого перитонита встречаются: шок, сепсис, шоковое легкое, пневмония. Что еще Вы можете отнести к характерным осложнениям?

1

печеночно-почечная недостаточность
гиперкоагуляция
диспротеинемия
острое расширение желудка
тромбэмболия легочной артерии

#

57

Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, наиболее часто применяемый в послеоперационном периоде:

3

дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
гемосорбция
санационная релапаротомия
эндолимфатическое введение антибиотиков
локальная внутрижелудочная гипотермия

#

58

У больного 70 лет с недостаточностью кровообращения II-III степени имеется картина разлитого перитонита 5-суточной давности. Какова лечебная тактика?

3

срочная операция после 24-часовой подготовки
экстренная операция после введения сердечных средств
экстренная операция после кратковременной 2-3-часовой инфузионной терапии
операция после полной ликвидации дефицита компонентов ОЦК, электролитов, белка
экстренная операция немедленно после установления диагноза

#

59

Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

2

обтурационной
странгуляционной
спастической
динамической
паралитической

#

60

Для низкой кишечной непроходимости характерно все, кроме:

5

постепенного нарастания симптомов
вздутия живота
появления чаш Клойбера
задержки стула
быстрого обезвоживания

#

61

Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

2

наличием выпота в брюшной полости
скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
наличием свободного газа в брюшной полости
все перечисленное неверно

#

62

Дивертикул Меккеля возникает:

2

на тощей кишке
на подвздошной кишке;
на восходящем отделе ободочной кишки
на сигмовидной кишке
как следствие аппендэктомии

#

63

Противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците является:

4

инфаркт миокарда
беременность 36-40 недель
непереносимость новокаина
аппендикулярный инфильтрат
нарушение свертываемости крови

#

64

У больного 18 лет на 10 день после операции аппендэктомии развился абсцесс малого таза. Что вы предпримете?

4

консервативную терапию
вскрытие абсцесса ниже-срединным доступом и дренирование малого таза
вскрытие абсцесса через правую подвздошную область
вскрытие и дренирование абсцесса через переднюю стенку прямой кишки
вскрытие абсцесса правосторонним внебрюшинным доступом

#

65

Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого деструктивного аппендицита. Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомию в данном случае?

2

нижне-срединная лапаротомия
разрез Волковича-Дьяконова
правосторонний параректальный доступ
поперечная лапаротомия над лоном
правосторонний трансректальный разрез

#

66

У больного, наблюдавшегося в клинике по поводу аппендикулярного инфильтрата, на 10-е сутки появились признаки его нагноения. Каким доступом необходимо вскрыть абсцесс?

5

через переднюю стенку прямой кишки
произвести ниже-срединную лапаротомию
доступом по Ленандеру
разрезом по Волковичу-Дьяконову с вскрытием брюшной полости;
забрюшинным доступом по Пирогову.

#

67

Каким способом вскрывают межкишечный абсцесс?

2

по Пирогову
через брюшную полость
по Клермону
по Мельникову
по Литтману

#

68

Какова тактика хирурга у больного с острым деструктивным аппендицитом, распространенным перитонитом?

5

экстренная операция доступом по Волковичу-Дьяконову
консервативное лечение, при неэффективности - операция
только консервативное лечение
экстренная операция доступом по Волковичу-Дьяконову, с дальнейшим переходом на лапаротомию
экстренная операция - срединная лапаротомия

#

69

Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки?

1

асцит
хроническая толстокишечная непроходимость
пальпируемая опухоль
анемия
кровотечение из прямой кишки

#

70

Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, на первом месте стоят:

3

геморрой
повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях
микротравмы слизистой оболочки прямой кишки
огнестрельные ранения прямой кишки
воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов

#

71

Для хронического парапроктита наиболее характерным является:

2

гематурия
наличие свищевого отверстия на коже промежности
выделение алой крови в конце акта дефекации
боли внизу живота
диарея

#

72

В каком случае абсолютно показана операция:

2

неосложненная грыжа;
ущемленная грыжа;
скользящая грыжа;
невправимая грыжа;
комбинированная грыжа.

#

73

Для геморроя типичны следующие симптомы:

5

частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»
постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов

#

74

Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомокомплекс:

5

умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцируемая приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации
чувство неполного освобождения при акте дефекации, лентовый кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделения слизи, нередко однократной порции темной крови
неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал «овечьего» типа, вздут живот, необлегченный скудным стулом
частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, иногда профузные поносы, возможна температурная реакция
сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры

#

75

В случае лечения по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях рациональнее всего:

3

назначить слабительные (сернокислая магнезия), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой
сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
назначить анальгетики, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету
удалить тромбированные узлы
применить склерозирующую терапию

#

76

У бедренной грыжи грыжевыми воротами являются:

4

медиальная паховая ямка
латеральная паховая ямка
треугольник ПТИ
сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены
надпузырная ямка

#

77

У больной предполагается рак ампулярного отдела прямой кишки. При пальцевом исследовании опухоль не достигается. Какую диагностическую манипуляцию следует применить дальше?

3

колоноскопия
ирригоскопия
ректороманоскопия
лапароскопия
УЗИ брюшной полости

#

78

Определите зону наиболее частого метастазирования анального рака прямой кишки:

4

селезенка
легкие
кости позвоночника
паховые лимфоузлы
лимфоузлы по ходу аорты

#

79

Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

4

растворение конкрементов литолитическими препаратами
микрохолецистостомия
дистанционная волновая литотрипсия
холецистэктомия
комплексная консервативная терапия

#

80

Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадирующими в лопатку. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз?

3

эмпиема желчного пузыря
рак головки поджелудочной железы
водянка желчного пузыря
острый перфоративный холецистит
эхинококк печени

#

81

Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

4

выраженный диспепсический синдром
длительный анамнез
сопутствующие изменения печени
наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита
наличие конкрементов в желчном пузыре

#

82

Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

2

рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
холедохолитиаз
рак головки поджелудочной железы
эхинококк печени
метастазы в печень опухолей различной локализации

#

83

Больная 56 лет, длительное время страдающая желчнокаменной болезнью, поступила на 3-и сутки от начала обострения заболевания. Проведение комплексной консервативной терапии не привело к улучшению состояния больной. По мере наблюдения отмечено значительное вздутие живота, схваткообразный характер болей, повторная рвота с примесью кишечного содержимого, при аускультации усиленная перистальтика. При рентгенографии брюшной полости – уровни жидкости в тонкой кишке, аэрохолия. Диагноз?

4

острый перфоративный холецистит, осложненный перитонитом
острый деструктивный холецистопанкреатит
динамическая непроходимость кишечника
желчнокаменная кишечная непроходимость
острый гнойный холангит

#

84

Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

1

увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой
увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления
отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

#

85

Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

3

комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения
терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки
срочное хирургическое вмешательство – холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента
срочное хирургическое вмешательство – энтеротомия, удаление желчного конкремента
паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой

#

86

Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным при интенсивной, длительной желтухе?

2

внутривенная инфузионная холангиография
эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
чрезкожная чрезпеченочная холангиография

УЗИ

пероральная холецистохолангиография

#

87

Больная 62 лет оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. В течение первых суток после операции отмечено снижение артериального давления, уровня гемоглобина, бледность кожных покровов, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение следует заподозрить?

5

инфаркт миокарда

тромбоэмболия легочной артерии

острый послеоперационный панкреатит

динамическая кишечная непроходимость

внутрибрюшное кровотечение

#

88

Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения предпочтительнее?

1

эндоскопическая папиллосфинктеротомия

комплексная консервативная терапия

трансдуоденальная папиллосфинктеропластика

холедохотомия с наружным дренированием холедоха

экстракорпоральная литотрипсия

#

89

Какое исследование обладает наибольшей информативностью для диагностики калькулезного холецистита?

4

пероральная холецистохолангиография

лапароскопия

обзорный рентгеновский снимок брюшной полости

УЗИ

эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

#

90

Больной 64 лет поступил с клинической картиной острого калькулезного холецистита. На 2-е сутки от момента поступления на фоне консервативной терапии возникли острые боли в правом подреберье, распространившиеся по всему животу. При осмотре состояние тяжелое, бледен, тахикардия. Отмечается напряжение мышц живота и перитонеальные явления во всех его отделах. О каком осложнении следует думать?

3

острый деструктивный панкреатит

подпеченочный абсцесс

перфорация желчного пузыря, перитонит

желчнокаменная непроходимость кишечника

тромбоз мезентериальных сосудов

#

91

Больной 58 лет произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, извлечены конкременты из холедоха. На 2-е сутки после вмешательства отмечена повторная мелена, бледность кожных покровов, снижение артериального давления. О каком осложнении следует думать?

4

острый панкреатит

перфорация двенадцатиперстной кишки

холангит

кровотечение из области вмешательства

острая кишечная непроходимость

#

92

Во время операции по поводу калькулезного холецистита при интраоперационной холангиографии выявлено расширение желчевыводящих путей, сброс контраста в двенадцатиперстную кишку замедлен, высказано предположение о наличии конкрементов. Какой метод интраоперационного обследования является наиболее информативным для подтверждения диагноза?

4

пальпация желчного протока

трансиллюминация
зондирование протоков
фиброхолангиоскопия
ревизия корзинкой Dormia

93

Через 12 суток после холецистэктомии и холедохотомии с удалением конкрементов по дренажу Кера продолжает поступать до 1 л желчи в сутки. При фистулографии выявлен конкремент устья холедоха. С какого вмешательства следует начать лечение?

4
повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента
проведение литолитической терапии через дренаж
дистанционная волновая литотрипсия
эндоскопическая папиллосфинктеротомия
чрезкожное чрезпеченочное эндобилиарное вмешательство

94

На 7-е сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Каковы Ваши действия?

3
экстренная операция – повторное дренирование протока
лапароскопия с диагностической и лечебной целью
наблюдение за больным, УЗИ-контроль
попытаться ввести дренаж вслепую
фистулография

95

Какое из указанных обстоятельств является противопоказанием для наложения микрохолецистостомы?

3
внутрипеченочное расположение желчного пузыря
пожилой и старческий возраст больных
перфоративный холецистит с развитием перитонита
отсутствие конкрементов в желчном пузыре
развитие эмпиемы желчного пузыря

96

Больной 42 лет оперирован с предположительным диагнозом холедохолитиаз, механическая желтуха. На операции патологии желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень краснокоричневого цвета. Поставлен диагноз гепатит. Какие лечебные мероприятия целесообразны?

4
наружное дренирование желчных протоков
холецистостомия
десимпатизация печеночной артерии
ничего не предпринимать, рану ушить
холецистэктомия, дренирование брюшной полости

97

Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита без явлений перитонита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

2
экстренная холецистэктомия
консервативная терапия, при неэффективности - холецистэктомия
микрохолецистостомия под контролем УЗИ
наложение хирургической холецистостомы
дистанционная волновая литотрипсия

98

Больная 32 лет поступила для планового хирургического лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. При ультразвуковом исследовании – множественные конкременты в полости желчного пузыря, стенка его не изменена. Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какой способ хирургического лечения следует предпочесть?

2
холедохолитотомия с сохранением желчного пузыря

лапароскопическая холецистэктомия
микрохолецистостомия и санация желчного пузыря под контролем УЗИ
холецистэктомия традиционным хирургическим доступом
дистанционная волновая литотрипсия

#

99

Больная 45 лет доставлена в приемное отделение больницы через 3 суток после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, однократно рвоту. Температура – 38°C. При пальпации определяется умеренно выраженный мышечный дефанс и положительный симптом Щеткина–Блюмберга в правом подреберье. Лейкоцитоз – до $10,5 \times 10^9/\text{л}$. Наиболее правильной тактикой в данном случае будет являться:

1

экстренная операция по поводу перфорации желчного пузыря, местного перитонита
только консервативное лечение (спазмолитики и антибиотики)
УЗИ печени и желчного пузыря и определение дальнейшей тактики с учетом данных исследования
экстренная лапароскопия

ЭРПХГ

#

100

Причиной развития механической желтухи у больного может быть все нижеперечисленное, кроме:

1

конкремента в области шейки желчного пузыря
увеличения головки поджелудочной железы
конкремента в проксимальной части холедоха
опухоль Фаттерова сосочка
рубцовый стеноз дуоденального соска.

#

101

У больной 55 лет, страдающей хроническим калькулезным холециститом, на фоне обострения возникли резкие боли в правом подреберье, тошнота, рвота, болезненность и напряжение мышц в верхней половине живота. Через несколько часов появилась желтушность склер, уровень амилазы крови вырос и составил 59 мг/л. О каком осложнении следует думать?

5

перфорация желчного пузыря
обтурация камнем пузырного протока
картина обусловлена развитием острого папиллита
картина обусловлена наличием околососочкового дивертикула
картина обусловлена ущемленным камнем дуоденального сосочка

#

102

У больного, поступившего с резкими болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой, желтушностью кожных покровов на экстренной дуоденоскопии выявлен ущемленный камень большого дуоденального сосочка. Что необходимо предпринять в данной ситуации?

1

эндоскопическая папиллосфинктеротомия
операция, дуоденотомия, удаление конкремента
наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ
операция, установить дренаж Кера в холедох
наложение макрохолецистостомы

#

103

Слабость какой стенки пахового канала характерна для косой паховой грыжи?

3

верхней
нижней
передней
задней
всех стенок

#

104

На операции установлена причина механической желтухи – метастазы рака желудка в головку поджелудочной железы. Тактика:

3

гепатикоэнтеростомия
ограничиться пробной лапаротомией
наложить холецисто-энтероанастомоз

транспеченочное наружное дренирование дренирование печеночных путей
наложить холецистостому

#

105

Больная 30 лет, эмоционально лабильна. Холецистэктомия два года назад. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье и эпигастрии после еды, периодически рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноскопии желудка – маятникообразные движения в нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, заброс в желудок контрастной массы, расширение просвета кишки. Ваш диагноз?

5

холедохолитиаз

стеноз БДС

стриктура холедоха

язва двенадцатиперстной кишки

хроническая дуоденальная непроходимость

#

106

У больной 82 лет после погрешности в диете появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, боли в правом подреберье, отрыжка, через 2 дня появилась иктеричность кожи и темная моча. Поступила в стационар с явлениями механической желтухи. При обследовании выявлен дивертикул двенадцатиперстной кишки. Какова вероятная локализация дивертикула двенадцатиперстной кишки, приведшая к механической желтухе?

4

луковица двенадцатиперстной кишки

нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки

нижняя горизонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки

в области большого дуоденального соска

область связки Трейца

#

107

Два года назад больной перенес холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через 6 месяцев стали появляться боли в правом подреберье, темная моча. При поступлении билирубин 120 мкмоль/л. Наиболее точный метод диагностики для определения уровня препятствия?

4

УЗИ

сцинтиграфия печени

внутривенная холеграфия

эндоскопическая панкреатохолангиография

чрезкожночрезпеченочная холангиография

#

108

Четыре года назад холецистэктомия. Через год после операции возобновились боли в правом подреберье, иногда опоясывающего характера. При поступлении в стационар билирубин – 21 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 346 ед/л. Имеется непереносимость йодистых препаратов. Какой из методов диагностики наиболее информативен в данной ситуации?

3

сцинтиграфия печени

УЗИ

эндоскопическая панкреатохолангиография

пероральная холеграфия

реогепатография

#

109

Больная 2 года назад перенесла холецистэктомию. Боли возобновились через 5-6 месяцев после операции. При поступлении состояние средней тяжести, иктеричность кожи и склер. Наиболее достоверный метод диагностики заболевания?

4

исследование билирубина крови, мочи, кала

исследование ферментов крови

лапароскопия с биопсией печени

эндоскопическая панкреатохолангиография

фистулография

#

110

Для дифференциального диагноза у больного 50 лет с жидкостным образованием печени необходимо выполнить:

4

лапароскопию

каваграфию
УЗИ печени
УЗИ с диагностической пункцией
аортографию

#

111

У больной 27-летнего возраста при ЭГДС выявлена опухоль антрального отдела желудка без признаков стенозирования просвета привратника. Во время УЗИ диагностировано тканевое образование 5-го сегмента печени. Высказано подозрение на аденому печени, либо солитарный метастаз. Каков наиболее рациональный путь ведения больной?

3

симптоматическая терапия
наблюдение онколога
госпитализация в хирургический стационар
компьютерная томография через 6 месяцев
амбулаторное проведение целиакографии

#

112

Больной 42 лет поступил в хирургическое отделение стационара с жалобами на рвоту кровью, слабость, потерю сознания. Из анамнеза известно, что он 5 лет назад находился на стационарном лечении в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита, отмечает злоупотребление алкоголем. При физикальном обследовании состояние больного средней тяжести, пульс – 105 в минуту, ритмичный, АД – 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации определяется болезненная увеличенная печень, увеличение селезенки. При ректальном исследовании – мелена. Укажите наиболее вероятную причину желудочно-кишечного кровотечения:

4

язвенная болезнь желудка
эрозивный гастродуоденит
синдром Меллори-Вейса
варикозное расширение вен пищевода
синдром Деллафуа

#

113

У больной, перенесшей 7 лет назад холецистэктомию, на фоне полного здоровья появилась желтуха, не сопровождающаяся болевым синдромом, слабость, похудание. При УЗИ - расширение гепатикохоледоха до 1,5 см, просвет его гомогенный, прослеживается до терминального отдела, поджелудочная железа обычных размеров. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

1

рак большого дуоденального соска
персистирующий гепатит
холедохолитиаз
перихоледохеальный лимфаденит
хронический панкреатит

#

114

Больная 1 год назад перенесла холецистэктомию. В день поступления отметила внезапное появление резких болей в эпигастрии и левом подреберье, рвоту, потемнение мочи, кожный зуд. При осмотре: болезненность и мышечное напряжение в эпигастрии и левом подреберье. В анализе мочи: диастаза 1024 ЕД, положительная проба на содержание желчных пигментов. При УЗИ - отек поджелудочной железы. Наиболее вероятная причина данного страдания:

2

стеноз большого дуоденального соска;
вклиненный в БДС камень;
рубцовая стриктура холедоха;
хронический панкреатит;
острый гепатит.

#

115

Варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка наиболее часто встречается при:

2

синдроме Мирриззи
циррозе печени
вирусном гепатите
метастатическом поражении печени
болезни Кароли

#

116

К осложнениям острого холецистита относятся все, кроме:

1

варикозное расширение вен пищевода
механической желтухи
холангита
подпеченочного абсцесса
перитонита

#

117

Какое из осложнений желчекаменной болезни требует экстренного оперативного вмешательства?

1

деструктивный холецистит с распространенным перитонитом
рубцовая стриктура холедоха
холедохолитиаз
кишечно-пузырный свищ
желтуха

#

118

Чем можно объяснить перемежающуюся желтуху?

4

вклиненным камнем терминального отдела холедоха
опухолью холедоха
камнем пузырного протока
вентильным камнем холедоха
множественными камнями желчного пузыря

#

119

Характер болей при деструктивном панкреатите:

4

схваткообразные боли
боль неопределенного характера
боль, вызывающая беспокойство
сильная, постоянная боль
боль отсутствует

#

120

Больной поступил в клинику с подозрением на острый панкреатит. Укажите наиболее информативный метод диагностики заболевания:

2

целиакография
ультразвуковое исследование
лапароцентез
термография
гастродуоденоскопия

#

121

Больная 40 лет поступила в клинику на 2-е сутки с момента заболевания. После осмотра и обследования поставлен диагноз острого панкреатита. Состояние средней тяжести, выраженная ферментативная интоксикация, клиники панкреатогенного перитонита нет. Какой метод лечения, угнетающий панкреатический протеиновый синтез, наиболее эффективен и доступен?

2

дренирование грудного лимфатического протока
цитостатики
локальная желудочная гипотермия
гемосорбция
лапароскопический перитонеальный диализ

#

122

Механизм лечебного действия цитостатиков при остром панкреатите:

4

блокада блуждающего нерва
уменьшение воспаления в железе
уменьшение болей
блокада белкового синтеза в клетках железы
инактивация панкреатических ферментов

#

123

Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита, выявляемые при гастродуоденоскопии:

3

острые язвы желудка
острые язвы двенадцатиперстной кишки
отек и гиперемия задней стенки желудка
кровоизлияния на передней стенке желудка
утолщение складок желудка и двенадцатиперстной кишки

#

124

Больной 30 лет поступил в клинику на 2-е сутки заболевания с диагнозом острый панкреатит, выраженной ферментативной интоксикацией и панкреатогенным перитонитом. Укажите метод выведения панкреатических ферментов из организма:

2

локальная внутрижелудочная гипотермия
перитонеальный диализ
перидуральная анестезия
катетеризация пупочной вены
катетеризация аорты

#

125

5

У больного 20 лет клиническая картина острого панкреатита, но нельзя исключить прободную язву желудка. Решено выполнить диагностическую лапароскопию. Выберите достоверный лапароскопический признак деструктивного панкреатита:

пневматизация кишечника
гиперемия брюшины
отек большого сальника
наличие желудочного содержимого в брюшной полости
бляшки стеатонекроза на брюшине

#

126

1

Наиболее частая причина смерти при деструктивном панкреатите в поздние сроки заболевания:

гнойные осложнения
желтуха
энцефалопатия
кровотечение
тромбоэмболия легочной артерии

#

127

На 15-е сутки у больного с деструктивным панкреатитом сохраняются выраженные явления интоксикации, температура тела 39°C, озноб, потливость, лейкоцитоз, гиперемия кожи в поясничной области. Диагноз?

5

отечный панкреатит
абсцесс поджелудочной железы
абсцесс сальниковой сумки
гнойный перитонит
забрюшинная флегмона

#

128

Показания для внутривенного форсированного диуреза у больного с деструктивным панкреатитом:

2

панкреатогенный перитонит
интоксикация
парез кишечника
болевого синдром
делирий

#

129

Показания к оперативному вмешательству при деструктивном панкреатите:

2

парапанкреатический инфильтрат
флегмона забрюшинной клетчатки
отек забрюшинной клетчатки

механическая желтуха
тяжелая интоксикация

#

130

Больной госпитализирован в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. В течение 6 месяцев похудел на 15 кг. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено отнесение его кпереди. Предварительный диагноз?

2

стеноз привратника
рак поджелудочной железы
язвенная болезнь желудка
рак желудка
опухоль толстой кишки

#

131

Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

3

желтуха
частые потери сознания
высокое содержание сахара в крови и моче
увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь
креаторея, стеаторея

#

132

Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Укажите простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

5

эксплоративная лапаротомия
лапароскопия
ирригоскопия
холангиография
обзорная рентгенография брюшной полости

#

133

Спустя 6 месяцев после перенесенного панкреонекроза у больного 45 лет выявлена при УЗИ киста тела поджелудочной железы 3×4 см. Укажите начальный вариант лечения:

2

цистоэнтероанастомоз
наружное дренирование под контролем УЗИ
панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков в дистальной части поджелудочной железы
марсупиализация
цистогастродуоденостомия

#

134

Больной 40 лет в течение 10 лет страдал хроническим рецидивирующим панкреатитом. Во время операции заподозрен рак железы. Ваши действия для уточнения диагноза и определения объема оперативного вмешательства:

2

прекратить операцию, закрыть брюшную полость, дообследовать больного
цитологическое и гистологическое исследование биопсийного материала (срочное) с последующим определением объема операции
панкреатэктомия
наружный дренаж панкреатических протоков Т-образным дренажем
маргинальная невротомия

#

135

Укажите лабораторный тест исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы:

1

инсулин крови
секретин крови
панкреозимин крови
ферменты железа
адреналин крови

#

136

Больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание на 10 кг, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, поносы, повышение температуры тела (37,3°C). Болен около года. При осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. Ваш предположительный диагноз?

3

язва желудка
острый холецистит
рак поджелудочной железы
гепатит
хроническая дуоденальная недостаточность

#

137

У больной 60 лет при поступлении жалобы на опоясывающие боли в эпигастральной области, многократную рвоту пищей и желчью. При пальпации – болезненность в эпигастральной области с раздражением брюшины. Тахикардия. Лейкоциты крови – $10,0 \times 10^9/\text{л}$, амилаза мочи – 1024, амилаза крови – 80. На рентгенограмме – пневматизация поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз?

1

острый панкреатит
обострение язвенной болезни
острый гастрит
острый холецистит
острая кишечная непроходимость

#

138

У больной 70 лет с механической желтухой на операции обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, желчный пузырь увеличен в размерах, при пункции получена густая, темная желчь, единичные метастазы в печень. Какая операция необходима?

2

панкреатодуоденальная резекция
холецистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом
холецистэктомия
холедоходуоденоанастомоз
наружное дренирование холедоха

#

139

У больной 70 лет интенсивная механическая желтуха в течение месяца. Отмечает кожный зуд, потерю аппетита и массы тела. Желчный пузырь увеличен, безболезненный. Ваш предположительный диагноз?

2

рак желчного пузыря
рак головки поджелудочной железы
рак печени
рак желудка
рак ободочной кишки

#

140

Больной 35 лет заболел внезапно после погрешности в диете. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Боли в эпигастральной области, а затем по всему животу, рвота. Состояние тяжелое, цианоз, тахикардия. Температура – 37°C, АД – 110/80 мм рт.ст. Язык обложен, сухой. При пальпации живота отмечается болезненность во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика ослаблена. На рентгенограмме: свободного воздуха в брюшной полости нет. Как уточнить причину перитонита?

2

УЗИ

гастродуоденоскопия
пневмогастрография
лапароскопия
рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

#

141

У больной 40 лет с клиникой разлитого перитонита при лапароскопии обнаружен геморрагический выпот в количестве 1,5 л, гематома в области брыжейки поперечно-ободочной кишки и гепатодуоденальной связки, гиперемия брюшины. Желчный пузырь – обычных размеров. Ваш диагноз?

3

перфорация опухоли ободочной кишки
внематочная беременность
геморрагический панкреонекроз

разрыв кисты яичника

разрыв селезенки

#

142

Во время лапароскопии у больного 40 лет обнаружено до 1,5 л геморрагической жидкости. Какие дополнительные лабораторные исследования жидкости позволят уточнить диагноз?

3

определение лейкоцитов

определение гемоглобина

определение амилазы

цитологическое исследование

исследование микробной флоры

#

143

У больного 45 лет с постнекротическим инфильтратом в эпигастральной области при пункции железы под контролем УЗИ получено гнойное содержимое. В сальниковой сумке определяется жидкость, железа увеличена в размерах. Какой метод лечения предпочтителен?

5

антибиотикотерапия и дезинтоксикационная терапия

противовоспалительная терапия и физиотерапия

противовоспалительная терапия и рентгенотерапия

лапаротомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки

дренирование гнойника под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками

#

144

Слабость какой стенки пахового канала характерна для прямой паховой грыжи:

2

верхней

задней

передней

нижней

всех стенок

#

145

Какое первоочередное мероприятие проводится при многочасовой давности ущемления паховой грыжи:

3

теплая ванна

попытка вправления грыжи

срочная операция

введение спазмолитиков и анальгетиков для облегчения вправления грыжи

динамическое наблюдение

#

146

Укажите ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

3

диарея

коллапс

схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов

симптомы раздражения брюшины

дегидратация

#

147

К какому виду острой кишечной непроходимости относится ретроградное ущемление тонкой кишки?

4

спаечной

функциональной

обтурационной

странгуляционной

геморрагической

#

148

Больной 70 лет обратился с ущемленной паховой грыжей, вызвал терапевта на дом. Давность ущемления 10 часов. Имеются признаки кишечной непроходимости, гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием. Действия врача, обследовавшего больного?

4

вправление грыжи
вправление грыжи после инъекции наркотиков
холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики
экстренная госпитализация в хирургический стационар
направление на консультацию к хирургу

#

149

Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?

3

консервативное лечение, направленное на регуляцию стула
экстренная операция – грыжесечение
плановая операция после амбулаторного обследования
госпитализация, наблюдение в хирургическом отделении
ношение бандажа

#

150

Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3-и сутки от начала заболевания. Температура до 39°C, гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?

3

некроз яичка
фуникулит
флегмона грыжевого мешка
острый орхит
водянка яичка

#

151

Для чего пожилым больным с грыжами белой линии живота и пупочными грыжами перед операцией необходимо обследовать желудок?

4

для определения характера органа в грыжевом мешке
для выявления размеров грыжевых ворот
для диагностики внутрибрюшной гипертензии
для исключения опухоли желудка
для исключения гастростаза

#

152

У больного 70 лет левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации:

4

ношение постоянно бандажа
экстренная операция
оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
плановая операция, после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания
одновременное грыжесечение и удаление аденомы

#

153

У больного 40 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия:

4

наблюдение, операция при ущемлении грыжи
оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи
наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки
плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи
ношение бандажа

#

154

У кого чаще наблюдаются бедренные грыжи?

2

у мужчин
у женщин
в детском возрасте
у подростков
в пожилом возрасте у мужчин

#

155

При каких грыжах грыжевой мешок чаще бывает многокамерным, с дополнительными перегородками, карманами, кистами?

5

паховых

бедренных

пупочных

белой линии

послеоперационных вентральных

#

156

Укажите характерные симптомы при ущемлении в грыже мочевого пузыря:

4

диарея

тенезмы

задержка стула и газов

дизурия, гематурия

диспепсия

#

157

Что такое рихтеровское ущемление грыжи?

4

ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка

ущемление перекрученной сигмовидной кишки

ущемление желудка в диафрагмальной грыже

любое пристеночное ущемление кишки

ущемление Меккелева дивертикула в паховой грыже

#

158

Какой из факторов определяет абсолютные показания к операции при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже?

1

наличие симптомов перитонита

сроки с момента ущемления

сопутствующие заболевания

пол и возраст больного

неполноценное обследование больного

#

159

Какова клиническая картина при Рихтеровском ущемлении?

1

стертость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка

быстрое развитие клиники тонкокишечной непроходимости

возникает клиника толстокишечной непроходимости

возникают дизурические расстройства

появляются симптомы внутрибрюшного кровотечения

#

160

У пожилой больной с ущемленной паховой грыжей на обзорной рентгенограмме брюшной полости пневматизированные петли тонкой кишки, чаши Клойбера. Какой орган ущемлен?

4

предбрюшинная клетчатка

желудок

сальник

тонкая кишка

придатки матки

#

161

Каков объем резекции некротизированной на протяжении 10 см петли тонкой кишки в проксимальном и дистальном направлениях?

4

проксимально 10 см, дистально 10 см

проксимально 20 см, дистально 10 см

проксимально 30 см, дистально 10 см

проксимально 50 см, дистально 20 см

проксимально 60 см, дистально 30 см

#

162

У больной 60 лет с длительно существующей вправимой пупочной грыжей небольших размеров внезапно увеличилось в объеме грыжевое выпячивание, изменился характер болей, грыжа перестала полностью вправляться в брюшную полость. Укажите причину появившейся клинической симптоматики:

1

ущемление органа в грыжевом мешке

невправимая пупочная грыжа

метастаз рака желудка в пупок

киста урахуса

асцит

#

163

У больной с ожирением 4-й степени внезапно появились тянущие боли в низу живота справа, с иррадиацией в правое бедро, тошнота, однократная рвота. Пальпируется опухолевидное образование ниже паховой складки. О каком заболевании идет речь?

4

почечная колика справа

острый аппендицит

киста круглой связки матки

ущемленная бедренная грыжа

паховый лимфаденит

#

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

на программу Государственной итоговой аттестации выпускников, завершающих обучение по основной образовательной программе по специальности 560001 / 31.05.01 «Лечебное дело», осуществляемой на медицинском факультете КРСУ

Представленная на экспертизу программа Государственной итоговой аттестации (далее ГИА) разработана в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО), утвержденного приказом Минобрнауки России от «09» февраля 2016 № 95, Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования Кыргызской Республики, утвержденного приказом МОиН КР от «15» сентября 2015 № 1179/1, и основной профессиональной образовательной программы высшего образования (ООП ВО), разработанной в КРСУ.

Представленная программа устанавливает порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации. В представленной программе ГИА определена форма проведения ГИА, указан объем времени на подготовку и проведение ГИА, установлены сроки ее проведения.

В разделе «Характеристика выпускника» прописаны область, объекты и виды профессиональной деятельности и профессиональные задачи по специальности 31.05.01/5600001 «Лечебное дело».

Объем, структура и содержание ГИА в полной мере отражают полную готовность выпускников к профессиональной деятельности и отражают сформированность у обучающихся общих и профессиональных компетенций, а именно:

ОК-1. Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

ОК-2. Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции.

ОК-3. Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции.

ОК-4. Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения.

ОК-5. Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала.

ОК-6. Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.

ОК-7. Готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций.

ОК-8. Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

ОПК-1. Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности.

ОПК-2. Готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности.

ОПК-3. Способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности.

ОПК-4. Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.

ОПК-5. Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.

ОПК-6. Готовность к ведению медицинской документации.

ОПК-7. Готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий, и методов при решении профессиональных задач.

ОПК-8. Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ, и их комбинаций при решении профессиональных задач.

ОПК-9. Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.

ОПК-10. Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

ОПК-11. Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.

ПК-1. Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК-2. Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения.

ПК-3. Способность и готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

ПК-4. Способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения.

ПК-5. Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

ПК-6. Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

ПК-7. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

ПК-8. Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

ПК-9. Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

ПК-10. Готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

ПК-11. Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

ПК-12. Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.

ПК-13. Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.

ПК-14. Готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

ПК-15. Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля

основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.

ПК-16. Готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.

ПК-17. Способность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-18. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ПК-19. Способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

ПК-20. Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины.

ПК-21. Способность к участию в проведении научных исследований.

ПК-22. Готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан.

При формировании фонда оценочных средств (ФОС) выдержано соответствие действующему ФГОС ВО. ФОС включает в себя:

- перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе изучения дисциплин;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания;
- методические материалы, определяющие процедуру оценивания знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций.
- представлены литературные источники, имеющиеся в наличии в фонде библиотеки университета по разделам дисциплин.

ФОС в программе ГИА является полным и адекватным отображением требований ФГОС ВО подготовки 560001/31.05.01 «Лечебное дело», соответствует целям и профессиональным задачам по данному направлению и может быть рекомендован к использованию в учебном процессе при оценке качества общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, приобретаемых выпускниками в рамках освоения основной профессиональной образовательной программы «Лечебное дело».

Представлена информация о процедуре проведения государственного экзамена по дисциплине «История Кыргызстана».

Программа ГИА представляет собой заверченный, самостоятельный нормативный документ. Всесторонний анализ представленной программы проведения ГИА показал, что она составлена в соответствии с ФГОС ВО и в полной мере соответствует требованиям, предъявляемым к данной составляющей ООП в вузе, и позволяет определить уровень подготовки выпускника к самостоятельной работе.

К.м.н., доцент
кафедры терапевтических дисциплин №2
специальностей ЛД и ПД

Бобушова Г.С.

К.м.н., доцент
кафедры акушерства и гинекологии

Далбаева Б.Ж.

К.м.н., доцент
кафедры госпитальной хирургии

Суров Э.А.

К.м.н., доцент
кафедры педиатрии

Сушанло Х.М.