**ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

001. Пороговый уровень среднесуточного (среднее за 24 часа) систолического АД (мм рт.ст.) для диагностики АГ по данным суточного мониторирования АД:

=125-129.

=>130.

=120-125.

=135-140.

>140.

002. Пороговый уровень дневного (или в период бодрствования) систолического АД (мм рт.ст.) для диагностики АГ по данным суточного мониторирования АД:

=125-129.

=>135.

=120-125.

=135-140.

>140.

003. Пороговый уровень среднесуточного диастолического АД (мм рт.ст.) для диагностики АГ по данным суточного мониторирования АД:

75.

=>80.

85.

90.

004. Пороговый уровень систолического АД (мм рт. ст.) для диагностики АГ по данным суточного мониторирования АД в ночной период времени:

125-130.

=>120.

120-125.

135-140.

140 и выше

005. Пороговый уровень диастолического АД (мм рт. ст.) для диагностики АГ по данным суточного мониторирования АД в ночной период времени:

75.

=>70.

85.

90.

006. Пороговый уровень систолического АД (мм рт. ст.) для диагностики АГ по данным домашних измерений АД:

125-130.

=>135.

120-125.

136-140.

140 и выше

007. Пороговый уровень диастолического АД (мм рт. ст.) для диагностики АГ по данным домашних измерений АД:

=70-80.

=>85.

=86-90.

=91-95.

008. При каком АД имеются показания к началу антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, ИБС, ХБП, Инсульт/ТИА в возрасте 18-64 года:

130/80.

=>140/=>90.

125/85.

139/88.

009. При каком АД имеются показания к началу антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, ИБС, ХБП, Инсульт/ТИА в возрасте 65-79 лет:

125-130/85.

=>140/=>90.

120-125/=85.

135-139/80.

010. При каком АД имеются показания к началу антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, ИБС, ХБП, Инсульт/ТИА в возрасте =>80 лет:

125-130/85.

=>160/=>90.

120-125/85.

135-139/85.

011. Целевой уровень АД (мм рт. ст.) при переносимости для всех пациентов кроме имеющих поражение почек в возрасте 18-64 года:

120-130/70-79.

130-139/80.

120-125/80-90.

135-140/80-90.

012. Целевой уровень систолического АД (мм рт. ст.) при переносимости для пациентов имеющих ХБП в возрасте 18-64 года:

120-130/70-79.

130-139/70-79.

120-125/80-90.

135-140/80-90.

013. Целевой уровень систолического АД (мм рт. ст.) при переносимости для всех пациентов в возрасте 65-79 лет:

120-130/70-79.

130-139/70-79.

120-125/80-90.

135-140/80-90.

014. Целевой уровень систолического АД (мм рт. ст.) при переносимости для всех пациентов в возрасте =>80 лет:

120-130/70-79.

130-139/70-79.

120-125/80-90.

135-140/80-90.

015. У пациента без признаков ожирения выявлена артериальная гипертензия, резистентная к лечению. Отмечает слабость, парестезии, приступы миоплегии. В крови – гипокалийемия. Какое заболевание следует исключать прежде всего?

Синдром тиреотоксикоза

Феохромоцитома

Болезнь Иценко-Кушинга

Синдром Конна

Болезнь Аддисона

016. Клинический признак первичного гиперальдостеронизма:

Полиурия

Артериальная гипотония

Экзофтальм

Гипертонус мышц нижних конечностей

017. Лабораторный признак первичного гиперальдостеронизма:

Гипонатрийемия

Гипокалиемия

Увеличенная секреция натрия с мочой

Увеличенная секреция кальция с мочой

Гиперфосфатемия

018. Ваша тактика при адреналовом кризе на фоне феохромоцитомы:

Внутривенное введение эналаприлата 1,0 мл 1,25% раствора в 50 мл физраствора

Внутривенное введение бета-адреноблокаторов (обзидан 5-10 мг)

Бета-адреноблокаторы (пропранолол 40 мг) сублингвально, затем перейти на пероральный прием (атенолол 100 мг)

Фентоламин (2-4 мг каждые 5-10 мин.) или нитропруссид натрия до купирования криза, затем пероральный прием альфа-блокаторов

Клонидин (клофелин) внутривенно струйно 1,0 мл 0,01% раствора на 10 мл физраствора, затем перейти на дигидропиридиновые антагонисты кальция

019. У мужчины 26 лет выявлена артериальная гипертония, протекающая с клиникой адреналовых кризов. Отмечает головные боли, потливость, раздражительность, чувство внутренней дрожи, похудание. В крови – нарушение толерантности к глюкозе. Какое заболевание следует исключать прежде всего?

Синдром тиреотоксикоза

Феохромоцитома

Болезнь Иценко-Кушинга

Синдром Конна

Сахарный диабет 1 типа

020. При лечении ингибиторами АПФ развитие острой почечной недостаточности наиболее вероятно при:

Диабетической нефропатии

ХБП 2 стадии

Двустороннем стенозе почечной артерии

Феохромоцитоме

Гипертоническом варианте гломерулонефрита

021. Выберите из предложенных препарат первой линии для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии:

небиволол;

бисопролол;

рамиприл;

амлодипин;

022. Укажите ИАПФ, для которых не требуется уменьшение стартовой дозы при СКФ <30 мл/мин (ВНОК, Научное общество нефрологов России, 2008)

Каптоприл

Периндоприл

Рамиприл

Фозиноприл

023. Причины изолированного повышения систолического АД:

Стеноз аортального клапана

Недостаточность трикуспидального клапана

Гипотиреоз

Повышенная жесткость аорты у пожилых

Стеноз почечной артерии

024. Показания для плановой госпитализации больных АГ:

Неясность диагноза и необходимость в специальных, чаще инвазивных, методах исследований для уточнения формы АГ;

Трудности в подборе медикаментозной терапии (сочетанная патология, частые гипертонические кризы);

АГ у пожилых больных

АГ у больных сахарным диабетом

Рефрактерная АГ.

025. Показания для экстренной госпитализации больных АГ:

Осложнения АГ, требующие интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения: острый коронарный синдром, отек легких, МИ, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшие нарушения зрения и др.;

Диастолическая АГ

Систолическая АГ

Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе;

026. Укажите правильный критерий качества ведения пациента с впервые установленной эссенциальной АГ:

Достигнут целевой уровень САД<140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 1 месяц от начала лечения. При недостижении целевого АД приведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения

Достигнут целевой уровень САД<140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 2 недели от начала лечения. При недостижении целевого АД приведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения

Достигнут целевой уровень САД<140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст. через 3 месяца от начала лечения. При недостижении целевого АД приведено объяснение необходимости индивидуального уровня АД и скорости его снижения

027. Укажите правильный критерий качества ведения пациента с впервые установленной эссенциальной АГ второй степени и выше:

Назначена монотерапия антигипертензивным препаратом сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД.

Назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД.

028. Для какого заболевания характерна выраженная асимметрия АД на руках:

Для дефекта межжелудочковой перегородки

Для триады Фалло

Для синдрома Конна

Для неспецифического аортоартериита

029. При каком заболевании АД имеет более низкие показатели на ногах, чем на руках:

Коарктация аорты

Больные с недостаточностью кровообращения

Здоровые люди

Аортальная недостаточность

030. Рефрактерная (резистентная) АГ это:

Состояние, когда изменение образа жизни и рациональная комбинированная терапия с применением адекватных доз не менее трех препаратов, включая диуретики, не приводит к достижению целевого уровня АД

Крайне высокое АД (> 180/120 мм рт.ст.) с развитием тяжелых изменений сосудистой стенки (фибриноидный некроз), что приводит к кровоизлияниям и/или отеку соска зрительного нерва, ишемии тканей и нарушению функции различных органов

031. Что такое Корнелльское произведение?

Произведение ЧСС и систолического АД

Произведение массы и площади поверхности тела

Произведение суммы амплитуд RavL и SV3 на длительность QRSII

Произведение количества пачек выкуренных сигарет в день и стажа курения (в годах)

Произведение амплитуды RavL на сумму SV3 и длительности QRSII

032.Какой из указанных ниже признаков не включен в перечень критериев поражения органов-мишеней АГ?

Гипертрофия левого желудочка

Креатинин сыворотки 115-133 мкмоль/л для мужчин и 107-124 мкмоль/л для женщин

Ангиопатия сетчатки глаза

Атеросклеротическая бляшка магистральных сосудов

033. У пациента с уровнем АД 145/92 мм рт. ст. индекс массы миокарда левого желудочка составил 130 г/м2. Определите степень риска АГ.

Незначительный

Низкий

Высокий

Очень высокий

034. У пациентки с уровнем АД 145/80 мм рт. ст. имеется атеросклеротическая бляшка в общей сонной артерии со стенозированием просвета 30% по УЗИ. Определите степень сердечно-сосудистого риска:

Незначительный

Низкий

Высокий

Очень высокий

Экстремальный

035. У пациентки с уровнем АД 145/80 мм рт. ст. имеется атеросклеротическая бляшка в общей сонной артерии со стенозированием просвета 60% по УЗИ. Определите степень сердечно-сосудистого риска:

Незначительный

Низкий

Высокий

Очень высокий

Экстремальный

036. Пациент с уровнем АД 150/80 мм рт. ст. дважды за последний год перенес инфаркт миокарда. Определите степень сердечно-сосудистого риска:

Незначительный

Низкий

Высокий

Очень высокий

Экстремальный

037. Пациент с гипертонической болезнью перенес инфаркт миокарда и имеет сахарный диабет 2 типа. Определите степень сердечно-сосудистого риска:

Незначительный

Низкий

Высокий

Очень высокий

Экстремальный

038. У женщины 64 лет с АГ 1 степени из факторов риска выявлены абдоминальное ожирение и отягощенный семейный анамнез. Страдает ИБС. Ваша тактика:

Немедленно начать лекарственную терапию

Изменение образа жизни и коррекция факторов риска в течение 3-12 мес. с оценкой эффекта

Изменение образа жизни и коррекция факторов риска в течение нескольких недель, при устойчивом повышении АД ≥140/90 мм рт. ст. начать лекарственную терапию

039. Пациент с АГ перенес ишемический инсульт. Ваша тактика гипотензивной терапии:

Активная терапия не рекомендуется, так как это может ухудшить кровоснабжение головного мозга.

Лечение АГ с постепенным достижением и поддержанием целевого уровня АД. Препарат выбора – бета-адреноблокатор

Лечение АГ с постепенным достижением целевого уровня АД. Возможно использование любых из рекомендованных групп антигипертензивных препаратов и комбинаций.

040. В каком случае к антигипертензивной терапии рекомендуется добавление спиронолактона?

При сопутствующей стенокардии

При сопутствующей ХСН или перенесенном инфаркте миокарда

При рефрактерной АГ

При гипертоническом кризе

При сопутствующей хронической почечной недостаточности

041. Укажите правильно сформулированные диагнозы:

ГБ I стадии. Степень АГ 2. Гиперлипидемия. Риск 2 (средний). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

ГБ II стадии. Неконтролируемая АГ. Нарушенная гликемия натощак. Гиперлипидемия. ГЛЖ. Риск 3 (высокий) Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2010г). ГБ III стадии. Неконтролируемая АГ. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст.

ГБ III стадии. Контролируемая АГ. Ожирение I степени. Сахарный диабет 2-го типа, целевой уровень гликированного гемоглобина ≤7,5%. ХБП С4 стадии, альбуминурия А2. Риск 4 (экстремальный). Целевое АД 130–139/< мм рт. ст.

042. К неселективным бета-адреноблокаторам с вазодилатирующим эффектом относятся:

Карведилол

Небиволол

Метопролол

Бисопролол

Целипролол

043. К кардиоселективным бета-адреноблокаторам с вазодилатирующим эффектом относится:

Карведилол

Небиволол

Лабетолол

Окспренолол

Целипролол

044. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при беременности:

Диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

045. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при беременности:

Диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II

046. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при подагре:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II

047. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при ангионевротическом отеке в анамнезе:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II

048. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при бронхиальной астме:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II

049. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при выраженной гиперкалийемии:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

050. Укажите классы препаратов, абсолютно противопоказанные при двустороннем стенозе почечных артерий:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

051. Укажите антигипертензивные препараты, наиболее эффективные при сопутствующей микроальбуминурии:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

Агонисты имидазолиновых рецепторов

052. Укажите антигипертензивные препараты, наиболее эффективные при сопутствующей ХСН:

Метилдопа

Альфа-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

Агонисты имидазолиновых рецепторов

053. Укажите антигипертензивные препараты, наиболее эффективные при сопутствующем заболевании периферических артерий:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция

ИАПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II (при непереносимости ИАПФ)

054. Укажите антигипертензивные препараты, наиболее эффективные при сопутствующей постоянной тахисистолической форме фибрилляции предсердий:

Тиазидовые диуретики

Бета-адреноблокаторы

Антагонисты кальция (дигидропиридиновые)

ИАПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II (при непереносимости ИАПФ)

055. Как диуретики абсолютно противопоказаны при подагре?

Гидрохлоротиазид

Хлорталидон

Индапамид

056. При низком риске оптимальное содержание холестерина липопротеидов низкой плотности в плазме крови:

менее 4,5 ммоль/л

менее 3,0 ммоль/л

менее 5 ммоль/л

057. Методы исследования, применяемые для диагностики феохромоцитомы:

Компьютерная томография надпочечников

Проба с АКТГ

Малая дексаметазоновая проба

Исследование кортикостероидов в суточной моче

Раздельное определение кортикостероидов в венозной крови надпочечниковых вен

058. При умеренном риске по SCORE оптимальное содержание холестерина липидов низкой плотности в плазме крови:

менее 2,6 ммоль/л

От 3 до 3,9 ммоль/л

менее 4,5 ммоль/л

059. Какие из перечисленных состояний являются наиболее частой причиной нефротического синдрома у взрослых:

Минимальные изменения

Мембранозный нефрит

Igа-нефрит

Ни одно из указанных состояний

060. У пациентов с АГ и высоком риске рекомендовано назначение статинов для достижения целевого холестерина липидов низкой плотности в плазме крови:

менее 1,8 ммоль/л или его снижение на ≥50% от исходного

От 2,5 до 3,9 ммоль/л

От 1,8 до 2,4 ммоль/л

061. При каких заболеваниях наиболее часто встречается нефропатия с абдоминальным болевым синдромом?

Острый алкогольный гепатит

Васкулит с криоглобулинемией

Болезнь Шенлейн-Геноха

062. У пациентов с АГ и экстремальном и очень высоком риске рекомендовано назначение статинов для достижения целевого холестерина липидов низкой плотности в плазме крови:

От 1,8 до 2,5 ммоль/л

От 2,6 до 3,9 ммоль/л

менее 1,4 ммоль/л или его снижение на ≥50% от исходного

063. У больных ИБС, СД, атеросклерозом периферических артерий оптимальный уровень общего холестерина в плазме крови:

менее 4,0 ммоль/л

От 4,6-5,5 ммоль/л

менее 6 ммоль/л

064. У больных ИБС, СД, атеросклерозом периферических артерий оптимальный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности в плазме крови:

менее 1,4 ммоль/л

От 2,0-3,0 ммоль/л

менее 3,5 ммоль/л

065. Препарат, обладающий наиболее выраженной способностью уменьшать содержание в плазме крови липопротеидов низкой плотности:

Фенофибрат

Розувастатин

Никотиновая кислота

Эзетимиб

066. Основной атерогенный класс липопротеидов:

Липопротеиды низкой плотности

Липопротеиды очень низкой плотностьи

Липопротеиды высокой плотности

Хиломикроны

067. Осложнением какого типа дислипопротеидемии может быть острый панкреатит:

Тип IIа дислипопротеидемии

Тип IIб дислипопротеидемии

III тип дислипопротеидемии

I тип дислипопротеидемии

068. Укажите факторы, которые используются при оценке риска смерти от заболеваний, связанных с атеросклерозом по системе SCORE:

Ожирение

Возраст

Общий холестерин сыворотки крови

Холестерин ЛПНП сыворотки крови

Курение

Пол

Артериальное давление

069. Синоним холестерина липопротеидов низкой плотности:

Пребета-холестерин

Неэстерифицированный холестерин

Альфа-холестерин

Бета-холестерин

070. Через какое время целесообразно контролировать уровень трансаминаз в сыворотке крови после начала терапии статинами?

1 неделя

2 недели

3 недели

4-8 недель

6 месяцев

071. При каком уровне трансаминаз в сыворотке крови после начала терапии статинами можно продолжать их прием?

2 нормы

<3 норм

3-4 нормы

4-8 норм

072. При каких уровнях КФК в сыворотке крови после начала терапии статинами можно продолжать их прием?

2 нормы

<3 норм

3-4 нормы

> 10 норм

073. При каком уровне триглицеридов в сыворотке крови первоочередной задачей является их снижение?

1,7 ммоль/л

<2,3 ммоль/л

2,3-5 ммоль/л

> 5,6 ммоль/л

074. Механизм действия эзетимиба:

снижение числа рецепторов к ЛПНП

увеличение числа рецепторов к ЛПНП

увеличение продукции ЛВП

снижение продукции ЛВП

торможение всасывания холестерина в кишечнике

075. К препаратам первой линии, при отсутствии противопоказаний, у пациентов со стабильной стенокардией относятся:

бета-адреноблокаторы

верапамил

дилтиазем

триметазидин

амлодипин

амлодипин+бета-адреноблокаторы

076. К препаратами второй линии, при отсутствии противопоказаний, у пациентов со стабильной стенокардией относятся:

Триметазидин

Верапамил

Никорандил

Пролонгированые нитраты

Ивабрадин

Ранолазин

077. Положительное действие нитроглицерина заключается в:

увеличении периферического сопротивления и снижении артериал.давления

уменьшении преднагрузки

увеличении конечного диастолического давления

увеличении давления в легочной артерии

увеличении притока венозной крови к сердцу

078. Какой препарат пользуется первым приоритетом при лечении вариантной стенокардии?

Бисопролол

Амлодипин

Бетаксолол

Амиодарон

079. Назначение какого препарата нецелесообразно при заболеваниях щитовидной железы?

Амиодарона

Лидокаина

Верапамила

Хинидина

080. Фибрилляция предсердий продолжительностью менее 7 суток называется:

Пароксизмальная

Персистирующая

Подострая

Постоянная

081. Каким препаратам отдается предпочтение при купировании пароксизмов мерцательной аритмии?

Лидокаин

Верапамил

Амиодарон

Пропафенон

Дигоксин

082. Продолжительность приема непрямых антикоагулянтов больными при проведении электроимпульсной терапии по поводу постоянной формы мерцательной аритмии:

В течение 3-х дней до и после восстановления ритма

Не менее 3-4-х недель до и 4 недель после восстановления синусового ритма

Не менее, чем в течение 2 месяцев до и после восстановления ритма

Только в течение 1-2-х недель до попытки восстановления синусового ритма

083. Какие препараты (из перечисленных) показаны для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии?

Соталол

Метопролол

Пропафенон

Хинидин

Амиодарон

084. Препарат выбора для профилактики тромбоэмболических осложнений у больной с фибрилляцией предсердий и митральным стенозом:

дабигатран

апиксабан

ривароксабан

варфарин

085. Очень высокому сердечно сосудистому риску по шкале глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска соответствуют:

Значимо выраженный фактор риска - ХС больше 8 ммоль/л и/или ХС ЛНП больше 4,9 ммоль и/или АД больше или равно 180/110 мм рт.ст.

Сахарный диабет + поражение органов-мишеней, больше или равно 3 ФР, а также раннее начало СД 1 типа с длительностью больше 20 лет

SCORE больше или равно 5% и меньше 10%

SCORE больше или равно 10%

Семейная гиперхолестеринемия без факторов риска

Хроническая болезнь почек 4-5 стадии

086. Первичная цель в достижении АД при лечении АГ:

меньше 140/90 мм рт.ст.

меньше 130/80 мм рт.ст.

меньше 135/75 мм рт.ст.

меньше 150/95 мм рт.ст.

087. Какой индекс массы тела соответствует ожирению I степени?

20,0-24,9

25,0-29,9

30,0-34,9

35,0-39,9

088. Какой индекс массы тела (кг/м2) соответствует ожирению II степени?

20,0-24,9

25,0-29,9

30,0-34,9

35,0-39,9

089. Оптимальный темп снижения массы тела за 6 месяцев:

3-5%

5-10%

20%

090. Клопидогрел у пациентов с хронической ИБС:

назначается при непереносимости аспирина

можно рассматривать вместо аспирина при заболевании периферических артерий или после перенесенного инсульта (IIb)

назначается в комбинации с аспирином при ИБС в сочетании с фибрилляцией предсердий

следует продолжить принимать в комбинации с аспирином в составе двойной антиромбоцитарной терапии через год после перенесенного инфаркта миокарда при высоком риске повторных ишемических событий и невысоком риске кровотечений (IIa)

назначается в комбинации с аспирином при тяжелой стенокардии

091. Нагрузочная доза клопидогрела перед тромболизисом у пациентов с острым коронарным синдромом моложе 75 лет составляет:

300 мг

600 мг

75 мг

092. Первая доза клопидогрела при остром коронарном синдроме в отсутствие реперфузионного лечения составляет:

300 мг

600 мг

75 мг

093. Биохимический маркер сердечной недостаточности:

мозговой натрийуретический пептид

N-терминальный фрагмент предшественника мозгового натрийуретического пептида

эндотелин

тропонин I

интерлейкин-1

094. Для пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка абсолютно показаны ввиду их влияния на прогноз (IA класс):

ингибиторы АПФ/АРА

бета-адреноблокаторы

антагонисты минералокортикоидных рецепторов

ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа

диуретики

сердечные гликозиды

ивабрадин

095. Укажите блокаторы рецепторов к ангиотензину II, разрешенные к использованию у больных хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка при непереносимости ингибиторов АПФ:

Кандесартан

Валсартан

Лозартан

Олмесартан

Телмисартан

096. Бета-адреноблокаторы, разрешенные к использованию у больных хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка:

Метопролола сукцинат

Бисопролол

Карведилол

Пропранолол

Атенолол

Метопролола тартрат

097. В каких клинических ситуациях следует назначить ивабрадин пациентам с хронической сердечной недостаточностью?

При декомпенсации ХСН

Всем пациентам с верифицированной ХСН при стойкой частоте сердечных сокращений больше или равно 70 в 1 минуту

При II-IV ФК сердечной недостаточности с ФВ меньше 35-40% и частоте синусового ритма больше или равно 70 в 1 минуту в добавление к ингибиторам АПФ, бета-адреноблокаторам, антагонистам минералокортикоидных рецепторов

Всем пациентам с верифицированной ХСН и ФВ меньше 40% в добавление к бета-адреноблокаторам

Вместо бета-адреноблокаторов при их непереносимости и частоте синусового ритма больше или равно 70 в 1 минуту

098. Фракция выброса левого желудочка по Simpson 39% соответствует:

Сердечной недостаточности с низкой ФВ

Сердечной недостаточности с сохраненной ФВ

Сердечной недостаточности промежуточной ФВ

099. Фракция выброса левого желудочка по Simpson 44% соответствует:

Сердечной недостаточности с низкой ФВ

Сердечной недостаточности с сохраненной ФВ

Сердечной недостаточности промежуточной ФВ

100. К группе наиболее высокого риска инфекционного эндокардита относятся больные (2021 клинические рекомендации, утвержденные МЗ РФ):

С искусственными клапанами сердца

С корригированными более 6 мес. назад дефектами межжелудочковой и межпредсердной перегородки

С инфекционным эндокардитом в анамнезе

С приобретенными пороками сердца

С "синими" врожденными пороками сердца или с врожденными пороками сердца, корригированными с помощью искусственных материалов в первые 6 мес. после операции

101. Клинические проявления интоксикации сердечными гликозидами:

Булимия

Нарушение координации

Нарушение ритма сердца

Снижение коагулирующих свойств крови

102. Препарат, в наибольшей степени замедляющий проведение возбуждения в атриовентрикулярном узле:

Верапамил

Новокаинамид

Хинидин

Лидокаин

103. Какие препараты относятся к препаратам, замедляющим проведение возбуждения на уровне атриовентрикулярного соединения?

Дигоксин

Нифедипин

Лозартан

Амлодипин

104. Какие препараты относятся к препаратам, замедляющим проведение возбуждения на уровне атриовентрикулярного соединения?

Рамиприл

Метопролол

Нифедипин

Амлодипин

105. Какие препараты применяются при купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии?

Лидокаин

Токаинид

Мексилетин

АТФ/Аденозин

106. Какие препараты применяются при купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии?

Лидокаин

Токаинид

Мексилетин

Верапамил

107. Введение какого препарата противопоказано больным, страдающим синдромом WPW при развитии пароксизма мерцательной аритмии?

Дизопирамид

Амиодарон

Новокаинамид

Дигоксин

108. Препарат, которому отдается предпочтение при купировании пароксизмов мерцательной аритмии?

Лидокаин

Верапамил

Амиодарон

Метопролол

Дигоксин

109. Основное показание к назначению лидокаина:

Пароксизмальная желудочковая тахикардия и частая желудочковая экстрасистолия

Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия

Трепетание предсердий

Узловая тахикардия

110. Повторить процедуру внутривенного струйного введения 10 мг изоптина в случае некупирующегося пароксизма суправентрикулярной тахикардии можно через:

30 мин

10 мин

5 мин

111. Препараты выбора при антидромной тахикардии у больных с синдромом Вольфа - Паркинсона -Уайта:

Лидокаин

Амиодарон

Дигоксин

Верапамил

Метопролол

112. Возможные формы мерцательной аритмии:

Острая

Персистирующая

Подострая

113. Абсолютное показание у больного, перенесшего передний инфаркт миокарда, к имплантации постоянного кардиостимулятора:

Предсердная экстрасистолия и блокада передней ветви ножки пучка Гиса

Блокада левой ножки пучка Гиса

Блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса

Атриовентрикулярная блокада дистальной локализации II и III степени

Нарушение внутрипредсердной проводимости

114.Контрольным тестом при лечении варфарином является:

время кровотечения

количество тромбоцитов

активированное частичное тромбопластиновое время

уровень протромбина

международное нормализованное отношение (МНО)

115. Экстренным показанием для электроимпульсной терапии является:

Фибрилляция желудочков (клиническая смерть)

Наджелудочковая тахикардия (гемодинамически стабильная)

Неустойчивая пароксизмальная желудочковая тахикардия у больных в острой стадии инфаркта миокарда

Фибрилляция предсердий продолжительностью более одного года

116. У больного непереносимость йода. Какой препарат (из указанных) ему абсолютно противопоказан?

Метопролол

Амиодарон

Финоптин

Нифедипин

Кораксан

117. При приеме какого препарата может развиться легочный фиброз:

Хинидин

Мекситил

Амиодарон

Метопролол

118. При приеме какого препарата может развиться нарушение функции щитовидной железы:

Ритмилена

Амиодарона

Этмозина

Хинидина

Этацизина

119. Что из перечисленного нецелесообразно при возникновении атриовентрикулярной дистальной блокады 3 степени у больных с передним инфарктом миокарда:

Внутривенное введение атропина

Проведение временной электрокардиостимуляции

При отсутствии кардиостимулятора можно использовать инфузию изопротеренола (изадрина)

120. Оптимальная мощность первого разряда при проведении электроимпульсной терапии по поводу трепетания предсердий:

Более 350 дж

250-300 дж

200 дж

50-100 дж

121. Средство выбора в лечении желудочковой тахикардии, возникающей во время физической нагрузки:

Дифенин

Хинидин

Амиодарон

Бета-адреноблокаторы

122. При купировании каких аритмий эффективно применение быстрого внутривенного введения АТФ:

Желудочковой тахикардии

Пароксизмальной АВ-узловой реципрокной тахикардии

Мерцательной аритмии

Тахикардии с участием дополнительного пути проведения

123. При наличии какого фактора повышена вероятность возникновения тромбоэмболий при восстановлении синусового ритма у больных с постоянной формой мерцательной аритмии:

Значение шкалы CHA2DS2VASc равное нулю

Значение шкалы HAS-BLED равное 1

Продолжительность приступа менее 24 часов

Продолжительность приступа более 48 часов

124. При каких значениях шкалы CHA2DS2VASc показана терапия антикоагулянтами для профилактики тромбоэмболий при постоянной форме фибрилляции (трепетании) предсердий:

Значение шкалы CHA2DS2VASc равное нулю

Значение шкалы CHA2DS2VASc равное 1

Значение шкалы CHA2DS2VASc равное 2

125. При каких значениях шкалы HAS-BLED повышен риск кровотечения на фоне терапии оральными антикоагулянтами у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий:

Значение шкалы HAS-BLED равное 1

Значение шкалы HAS-BLED равное 0

Значение шкалы HAS-BLED равное 3

126. Какое мероприятие является наиболее эффективным при приступе мерцательной аритмии, которая сопровождается такими симптомами, как сердечная астма, резкая гипотония и стенокардия:

Введение новокаинамида

Введение сердечных гликозидов

Проведение электроимпульсной терапии

127. При какой патологии наиболее вероятно прекращение приступа после применения вагусных приемов (пробы Вальсальвы, массаж каротидного синуса):

При мерцательной аритмии

При атриовентрикулярной узловой тахикардии

При желудочковой тахикардии

128. Средняя суточная доза амиодарона при длительном приеме (после периода насыщения):

600-800 мг

Более 1200 мг

200-400 мг

1000-1200 мг

129. При лечении какой аритмии нередко эффективно применение внутривенного введения сернокислой магнезии:

Желудочковой тахикардии типа "пируэт"

Мерцательной аритмии

Пароксизмальных атриовентрикулярных тахикардий

Мономорфной желудочковой тахикардии

130. Какой препарат из перечисленных используют в первую очередь для купирования приступа желудочковой тахикардии:

Строфантин

АТФ

Дигоксин

Лидокаин

Верапамил

131. Показания к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца:

300 бессимптомных предсердных экстрасистол в сутки при отсутствии структурных поражений миокарда

Выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией

200 бессимптомных желудочковых экстрасистол в сутки при отсутствии структурных поражений миокарда

132. Какой препарат (из указанных) наиболее целесообразно использовать для урежения частоты сердечных сокращений во время пароксизмальной мерцательной аритмии у больных с синдромом слабости синусового узла:

Амиодарон

Метопролол

Верапамил

Дигоксин

133. Самый эффективный препарат для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии:

Верапамил

Метопролол

Пропафенон

Хинидин

Амиодарон

134. Применение какого препарата (из указанных) возможно при ХСН с низкой фракцией выброса?

Амиодарона

Ритмилена

Этмозина

135. В какие сроки можно начинать купирование пароксизма фибрилляции предсердий без подготовки антикоагулянтами:

до 72 часов

до 48 часов

до 6 суток

136. Целевые значения МНО у пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий на фоне митрального стеноза:

2-3.

3-4.

5-6.

137. Выберите КМП, относящиеся первичным генетическим (Maron B.J., 2006):

Дилатационная

Гипертрофическая

Перипартальная

Стресс-индуцированная

Рестриктивная

138. Выберите КМП, относящиеся первичным смешанным (Maron B.J., 2006):

Дилатационная

Гипертрофическая

Аритмогенная правожелудочковая

Перипартальная

Стресс-индуцированная

139. Выберите КМП, относящиеся первичным приобретенным (Maron B.J., 2006):

Дилатационная

Гипертрофическая

Аритмогенная правожелудочковая

Перипартальная

Рестриктивная

140. Из приведенных ниже симптомов инфекционного миокардита выберите тот, который относится к большим признакам поражения миокарда:

Боль в груди

тахикардия

Застойная недостаточность кровообращения

Нормальное содержание тропонина Т

141. Из приведенных ниже симптомов инфекционного миокардита выберите тот, который относится к большим признакам поражения миокарда:

Приглушенный 1 тон сердца

тахикардия

повышение уровня в крови маркеров некроза миокарда

ритм галопа

142. Из приведенных ниже симптомов инфекционного миокардита выберите тот, который относится к большим признакам поражения миокарда:

Приглушенный 1 тон сердца

тахикардия

патологические изменения на ЭКГ

ритм галопа

143. Выберите наиболее типичную группу лекарственных средств, используемую в лечении гипертрофической кардиомиопатии:

Бета-блокаторы

ИАПФ

Антагонисты кальция группы дигидропиридинов

Диуретики

Сердечные гликозиды

144. Что не относится к малым диагностическим критериям инфекционного миокардита:

тахикардия (иногда брадикардия)

ослабление первого тона

ритм галопа

расширение зоны абсолютной сердечной тупости при перкуссии сердца

145. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с последствиями перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения после 1 года устанавливается не менее, чем :

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 3 месяца

не менее 3 раза в год

1 раз в год

146. Показания к использованию нестероидных противовоспалительных средств при миокардите с первых дней заболевания:

Сопутствующий фибринозный перикардит (миоперикардит)

Вирусный миокардит легкого течения

Хронический миокардит

Гигантоклеточный миокардит

147. Показания к использованию кортикостероидов при миокардите:

Ревмокардит

Вирусный миокардит легкого течения

Острый вирусный миокардит тяжелого течения

Хронический вирус-ассоциированный миокардит при наличии антимиокардиальных антител

148. Укажите самый важный метод немедикаментозного лечения миокардита:

Постельный режим

Умеренные физические нагрузки, начиная с дыхательных упражнений

Диета с ограничением белка и насыщенных жиров

149. Какие из перечисленных препаратов используются для этиотропного лечения острых вирусных миокардитов?

бетаферон

цефтриаксон

ацикловир, ганцикловир

осельтамивир

фоскарнет

150. Симптомы, характерные для острого фибринозного перикардита:

Брадикардия

Поверхностное, учащенное дыхание

Резкие болевые ощущения в задне-нижних отделах грудной клетки

Ноющая, интенсивная боль в левой половине грудной клетки, зависимость боли от дыхания и движения

151. Объективные признаки, характерные для острого фибринозного перикардита:

Шум трения перикарда

Расширение границ абсолютной тупости сердца

Уменьшение звучности тонов сердца

Смещение верхушечного толчка вверх

152. Объективные признаки, характерные для острого экссудативного перикардита:

Шум трения перикарда

Расширение границ абсолютной тупости сердца

Звучность тонов сердца сохранена

153. Какие симптомы наиболее точно указывают на развитие тампонады сердца при экссудативном перикардите?

Быстропрогрессирующее падение АД

Тупые, ноющие боли в левой половине грудной клетки

Резкие нарастающие боли в левой половине грудной клетки

Тахипное в покое

154. Укажите наиболее вероятную причину острого фибринозного перикардита:

Вирусы

Постинфарктный

Туберкулезный

Опухоль

Уремический

155. Укажите наиболее вероятные причины констриктивного перикардита:

Вирусы

Постинфарктный

Туберкулез

Опухоль

156. Выберите абсолютные показания к перикардиоцентезу:

Подозрение на опухолевый перикардит

Подозрение на гнойный или туберкулезный перикардит

Толщина выпота 10-15 мм в диастолу с целью уточняющей диагностики при отсутствии признаков гнойного и туберкулезного перикардита

157. Типичный признак миокардита на фоне инфекционного заболевания или воздействия неинфекционного этиологического фактора:

Ускорение СОЭ

Лейкоцитоз

Изменения ЭКГ

158. Укажите возможных возбудителей подострого инфекционного эндокардита:

Золотистый стафилококк

Пиогенный стрептококк

Зеленящий стрептококк

Грамотрицательные коккобациллы (НАСЕК)

Энтерококк

159. Укажите наиболее часто встречающегося возбудителя острого инфекционного эндокардита:

Золотистый стафилококк

Пиогенный стрептококк

Зеленящий стрептококк

Грамотрицательные коккобациллы (НАСЕК)

Энтерококк

160. К малым критериям инфекционного эндокардита (Duke Endocarditis Service) относятся:

Кардиогенные факторы или частые инъекции

Лихорадка >38С

Сосудистые феномены: эмболии, инфаркт легкого, микотическая аневризма аорты, геморрагии, симптомы Лукина и Джейнуэя

Иммунологические феномены: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, + ревматоидный фактор

Увеличение острофазовых показателей: СОЭ, лейкоцитоз, СРБ

161. Диагноз инфекционного эндокардита считается достоверным при наличии следующих критериев Duke:

2 больших

1 большой + 1 малый

3 малых

162. Диагноз инфекционного эндокардита считается достоверным при наличии следующих критериев Duke:

1 большой + 1 малый

1 большой + 3 малых

3 малых

163. Диагноз инфекционного эндокардита считается достоверным при наличии следующих критериев Duke:

5 малых

1 большой + 1 малый

3 малых

164. Диагноз инфекционного эндокардита считается возможным при наличии:

2 больших

2 больших + 1 малый

1 большой + 3 малых

5 малых

1 большой + 1 малый

165. Диагноз инфекционного эндокардита считается возможным при наличии:

2 больших

2 больших + 1 малый

1 большой + 3 малых

5 малых

3 малых

166. Антибиотики выбора при лечении инфекционного эндокардита, вызванного метициллин-резистентными S. aureus:

Цефтриаксон в сочетании с гентамицином

Имипенем в сочетании с ванкомицином

Амоксициллин в сочетании с гентамицином

Оксациллин в сочетании с гентамицином

Ванкомицин в сочетании с гентамицином

167. Антибиотики выбора при лечении инфекционного эндокардита искусственных клапанов, вызванного метициллин-резистентными S. aureus:

Цефтриаксон в сочетании с гентамицином

Имипенем в сочетании с ванкомицином

Ванкомицин в сочетании с гентамицином и рифампицином

Оксациллин в сочетании с гентамицином и цефтриаксоном

Пенициллин в сочетании с гентамицином и линезолидом

168. Рекомендуемая схема эмпирической стартовой антибиотикотерапии инфекционного эндокардита нативных клапанов при неуточненном возбудителе:

Цефтриаксон в сочетании с гентамицином

Имипенем в сочетании с ванкомицином

Ванкомицин в сочетании с гентамицином и рифампицином

Оксациллин в сочетании с гентамицином и цефтриаксоном

Аминопенициллин в сочетании с гентамицином

169. Эмпирическую антибиотикотерапию инфекционного эндокардита следует назначить немедленно после трехкратного забора крови на гемокультуру в следующих случаях:

При тяжелом остром эндокардите

При подостром эндокардите

При сомнительной клинике

170. Терапию инфекционного эндокардита следует начать после результатов посевов на гемокультуру и согласно чувствительности к антибиотикам в следующих случаях:

При тяжелом остром эндокардите

При подостром эндокардите

При тяжелой клапанной недостаточности

При нарушениях проводимости

При эпизодах эмболии

171. Хирургическое лечение инфекционного эндокардита показано при следующих размерах вегетаций:

Подвижные вегетации >10 мм на аортальном или митральном клапане в сочетании с повторными эпизодами эмболии, сердечной недостаточностью, персистирующей инфекцией, абсцессом

Фиксированные вегетации менее 7 мм на любом из клапанов

172. Антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита включает:

Амоксициллин или ампициллин 2,0 г внутрь или в/в за 30-60 мин. до вмешательства (альтернатива – цефалексин 2,0, цефазолин или цефтриаксон 1,0 г. в/в)

Ципрофлоксацин 1,0 г внутрь за 15 мин до вмешательства

Ванкомицин 500 мг в/в за 30 мин. до вмешательства

173. Сопутствующая патология у больных с приступами стенокардии, при которой применение b-адреноблокаторов противопоказано или не рекомендуется:

Блокада левой ножки пучка Гиса

Бронхиальная астма

Высокое нормальное артериальное давление

174. Сопутствующая патология у больных ишемической болезнью сердца, при которой применение b-адреноблокаторов абсолютно противопоказано:

Сахарный диабет

Перемежающаяся хромота

Синдром Рейно

Синдром слабости синусового узла

175. Какой препарат используется при лечении вариантной стенокардии?

Амиодарон

Талинолол

Пропранолол

Амлодипин

176. Препарат, не рекомендуемый при спонтанной стенокардии:

Нитроглицерин

Пропранолол

Амлодипин

Верапамил

177. Положительное действие нитроглицерина заключается в:

увеличении притока венозной крови к сердцу

увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления

увеличении конечного диастолического давления

уменьшении преднагрузки

увеличении давления в легочной артерии

178. Цель применения бета-блокатора при ишемической болезни сердца:

Расширить коронарные сосуды

Повысить артериальное давление

Снизить потребность миокарда в кислороде

Увеличить сократительную способность миокарда

Увеличить потребность миокарда в кислороде

179. Значение холестерина липидов низкой плотности в плазме для начала применения лекарств у больных: ИБС, атеросклерозом периферических сосудов, аневризмой брюшного отдела аорты в сочетании с сахарным диабетом 2 типа:

>1.5 ммоль/л

>1,8 ммоль/л

>1,4 ммоль/л

180. Каким препаратам в наибольшей степени свойственен синдром отмены:

Бета-блокаторам

Антагонистам кальция

Нитратам

181. Препараты какой группы наиболее эффективные для применения больным со спонтанной стенокардией:

Бета-блокаторы

Нитраты

Антагонисты кальция

182. Каких препаратов (из перечисленных) следует избегать больным ИБС с синдромом слабости синусового узла:

Бета-блокаторов и верапамила

Нитратов

Нифедипина

Молсидомина

Фуросемида

183. Наиболее информативный диагностический метод при спонтанной стенокардии:

Проба с введением изопротеренола

Проба с физической нагрузкой

Чреспищеводная электрокардиостимуляция

Холтеровское мониторирование ЭКГ

184. Чем обусловлен антиангинальный эффект ивабрадина (кораксан) у больных со стабильной стенокардией напряжения:

Уменьшением постнагрузки

Уменьшением потребности миокарда в кислороде из-за снижения частоты сердечных сокращений

Уменьшением преднагрузки

185. При какой физической нагрузке у больных со стенокардией напряжения II ФК могут возникнуть приступы:

При подъеме по лестнице менее чем на один этаж (меньше 2-х пролетов)

Только при очень больших физических нагрузках

При любой, даже минимальной физической нагрузке

При подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов)

186. Какая целевая частота пульса у больных ИБС в покое:

55-60

40-50

70-80

187. Следует ли назначать антиангинальные препараты больным ИБС с безболевыми эпизодами ишемии миокарда:

Да

Нет

188. Вероятная причина возобновления приступов стенокардии в ближайшие сроки после выполнения операции аортокоронарного шунтирования:

Прогрессирование коронарного атеросклероза

Окклюзия шунтов

Окончание "плацебо-эффекта" оперативного вмешательства

189. Всем ли больным с прогрессирующей стенокардией напряжения показана госпитализация:

Да

Нет

190. Признак стенокардии напряжения IV ФК:

Возникновение стенокардии при подъеме по лестнице более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы)

Возникновение стенокардии при минимальной физической нагрузке и в покое

Отсутствие эффекта от нитроглицерина

191. Специфичный признак ИБС на ЭКГ, зарегистрированной в покое (вне приступа стенокардии):

Изменения сегмента ST и зубца T

Патологические зубцы Q или комплексы типа QS

Блокада ветвей пучка Гиса

Нарушения ритма сердца

192. Характерная локализация неприятных ощущений, связанных с физической нагрузкой при стенокардии:

Рядом с мечевидным отростком грудины

Область сердца (слева от грудины)

В области верхушечного толчка

За грудиной

193. Какой препарат (из перечисленных) избирательно подавляет автоматизм синусового узла:

Корватон

Нитросорбид

Кораксан (ивабрадин)

Амлодипин

194. Пик активности МВ-КФК при остром инфаркте миокарда отмечается через:

2-6 час

3-4 суток

6-8 суток

4-6 суток

1-2 суток

195. Снижать артериальное давление при внутривенном введении нитроглицерина больным с острым инфарктом миокарда и стабильной гемодинамикой можно на:

30% от исходного

50% от исходного

10-20% от исходного

40% от исходного

5% от исходного

196. В каких отведениях регистрация на ЭКГ зубца Q даже малой амплитуды является патологией?

V4-V6

AVR, I, II, III

V1, V2

197. Реабилитацию больных с неосложненным течением инфаркта миокарда следует начинать с:

шестой недели

первой недели

третьей недели

вторых суток

четвертой недели

198. Уровень активности какого маркера возрастает раньше других при остром инфаркте миокарда в сыворотке крови?

Лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

Тропонина

199. Повышенный уровень какого фермента удерживается дольше других при остром инфаркте миокарда?

Креатинфосфокиназы (КФК)

Тропонина

200. Лечение при выраженной брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда следует начинать с:

введения электрода в полость правого желудочка

внутривенного введения 0,3 мг атропина

внутривенного введения 100 мг лидокаина

внутривенного введения 1 мг изупрела

внутривенного введения 0.5-1 мг атропина

201. Противопоказанием для применения бета-адреноблокаторов при инфаркте миокарда является:

наджелудочковая экстрасистолия

желудочковая экстрасистолия

мерцательная аритмия

выраженная синусовая брадикардия

202. Основной электрокардиографический признак трансмурального инфаркта:

Желудочковая экстрасистолия

Депрессия сегмента ST в нескольких отведениях

Появление комплекса QS в двух и более отведениях

Подъем сегмента ST в нескольких отведениях

Блокада левой ножки пучка Гиса

203. Какие изоферменты креатининфосфокиназы (КФК) определяются с целью диагностики инфаркта миокарда:

ВВ-КФК

МВ-КФК

ММ-КФК

204. Противопоказание для направления больных, перенесших инфаркт миокарда, на санаторное лечение:

Мерцательная аритмия

АВ-блокада I степени

Недостаточность кровообращения IIб стадии

205. Признаком чего является регистрация патологического зубца Q и подъема ST в отведениях I, aVL, V5-V6:

Нижнего инфаркта миокарда

Бокового инфаркта миокарда

Заднее-базального инфаркта миокарда

Передне-перегородочного инфаркта миокарда

206. Препарат, НЕ используемый для урежения частоты сердечных сокращений при пароксизмальной мерцательной аритмии у больных острым инфарктом миокарда:

Бета-блокаторы

Верапамил

Кордарон (в/в)

Сердечные гликозиды

Кораксан (ивабрадин)

207. Основное лечебное мероприятие при выраженной гипотонии или клинической картине гиповолемического шока у больных с признаками инфаркта миокарда:

Назначение диуретиков

Внутривенное введение сердечных гликозидов

Внутривенное введение жидкости (200-250 мл 0,9% р-р натрия хлорида)

208. Наиболее вероятная причина возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного с острым инфарктом миокарда:

Разрыв свободной стенки левого желудочка

Разрыв папиллярной мышцы

Тромбоэмболия легочной артерии

Разрыв межжелудочковой перегородки

209. Средство первого выбора для лечения частой желудочковой экстрасистолии в остром периоде инфаркта миокарда:

Новокаинамид

Пропафенон

Аллапинин

Лидокаин

210. Препараты, при назначении которых постинфарктным больным отмечено достоверное снижение общей смертности, уменьшение частоты внезапной смерти и частоты возникновения повторного инфаркта миокарда:

Дипирадамол (курантил)

Верапамил

Бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен)

Бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (метопролол, бисопролол)

Антиаритмические препараты 1 класса

211. Препараты каких групп не рекомендуется назначать больным с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST:

Бета-блокаторы

Дезагреганты (аспирин, клопидогрель)

Антикоагулянты (гепарин, эноксапарин, фондапаринукс)

Нитраты

Тромболитики

212. Что не показано назначить больным с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и выраженной гипотонией (систолическое АД менее 100 мм рт.ст):

Бета-блокаторы

Дезагреганты (аспирин, клопидогрель)

Антикоагулянты (гепарин, эноксапарин, фондапаринукс)

Нитраты

Тромболитики

213. Больным с острым инфарктом миокарда и низким риском кровотечений оптимальнее назначить:

только аспирин

только клопидогрель

сочетание аспирина и клопидогреля

214. Является ли нестабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС:

Да

Нет

215. Препараты какой группы наиболее эффективные при лечении синдрома Дресслера:

Антигистаминные

Анальгетики

Антибиотики

Глюкокортикоиды

Нестероидные противовоспалительные препараты

216. Самая частая причина инфаркта миокарда:

Спазм коронарной артерии

Тромбоз коронарной артерии

Внезапное повышение потребности миокарда в кислороде

Эмболия коронарной артерии

217. Через какой период времени при неосложненном инфаркте миокарда наблюдается максимальное увеличение СОЭ:

В течение первых суток болезни

Через несколько часов от начала заболевания

В течение вторых суток болезни

Через 7-12 дней от начала заболевания

218. Признаком чего является увеличение высоты зубца R в отведениях V1-V2 в сочетании с депрессией сегмента ST и положительным зубцом Т:

Инфаркта миокарда правого желудочка

Мелкоочагового инфаркта миокарда

Передне-перегородочного инфаркта миокарда

Заднего инфаркта миокарда (задне-базального)

219. Какие изоферменты относятся к кардиоспецифичным:

Аспарагиновая трансаминаза (АСТ)

Фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК)

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

Общая креатинфосфокиназа (КФК)

220.Через какое время должна быть зарегистрирована электрокардиограмма после возникшего подозрения на острый коронарный синдром:

Через 20 минут

Через 20-30 минут

Через 10 минут

В порядке очереди на регистрацию ЭКГ

221. К критериям острого инфаркта миокарда относятся типичное повышение биохимических маркеров некроза миокарда (тропонины, МВ КФК) в сочетании со следующими признаками кроме:

клиническая картина острого коронарного синдрома

появление патологического зубца Q на ЭКГ

изменения ЭКГ, свидетельствующие об ишемии миокарда (подъемы или депрессии сегмента ST)

появление признаков потери жизнеспособного миокарда или нарушений локальной сократимости при использовании методик, позволяющих визуализировать сердце

систолический шум в зоне Боткина

222. Тромболитики, рекомендованные при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST :

Фибринолизин

Альтеплаза (Актилизе)

Тенектеплаза (Метализе)

Пуролаза

Стрептокиназа

223. При введении гепарина в первые сутки инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST активированное частичное(парциальное) время должно увеличиться:

в 3 раза

в 4 раза

в 1,5-2 раза

224. Типичные электрокардиографические признаки тромбоэмболии легочной артерии:

Депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях

Синдром S1-Q3 и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V1, V2

Глубокий зубец Q в отведениях V4-V6

Инверсия зубца Т в грудных отведениях

225. Мероприятие, необходимое при остро возникшей сердечной астме:

Оксигенотерапия

Прием эуфиллина внутрь

Ингаляция симпатомиметика

Введение прессорных аминов

226.Симптом, характерный для левожелудочковой недостаточности:

Одышка типа ортопное

венозное полнокровие печени

Ритм галопа

227. Рекомендуемое число компрессий в 1 минуту при реанимационных мероприятиях с непрямым массажем сердца :

60-70

70-80

100

120

228. Признак правожелудочковой недостаточности:

Отек легких

Повышение центрального венозного давления (ЦВД)

Анемия

Снижение ЦВД

229. Наиболее эффективный препарат для неотложной терапии при развитии анафилактического шока:

Эуфиллин

Димедрол

Норадреналин

Преднизолон

Адреналин

230. Препарат, используемый для купирования судорог:

Димедрол

Ибупрофен

Диазепам

231. Рекомендуемое соотношение частоты компрессий при массаже сердца и частоты вдохов

30:2.

15:2.

5:1.

4:1.

232. Рекомендуемое соотношение действий при фибрилляции желудочков при первых трех разрядах:

один разряд – две минуты сердечно-легочной реанимации(СЛР)–один разряд– две минуты сердечно-легочной реанимации (СЛР)

два разряда – две минуты СЛР – два разряда – две минуты СЛР

три разряда – три минуты СЛР – два разряда – три минуты СЛР

233. Препарат первой линии при фибрилляции/трепетании желудочков и неэффективности трех электроимпульсных воздействий в ходе реанимационных мер:

лидокаин

амиодарон

пропафенон

прокаинамид

234. Какой путь наиболее эффективно устраняет фибрилляцию желудочков?

Внутривенным введением атропина и хлорида кальция

Электрической дефибрилляцией

Внутривенным введением адреналина

235. Мужчина 55 лет на протяжении двух недель жалуется на тупую боль в области сердца, одышку, ортопноэ. При обследовании выявляются приглушенность сердечных тонов, парадоксальный пульс. Наиболее вероятный диагноз:

экссудативный перикардит с тампонадой

эмфизема легких с правожелудочковой недостаточностью

инфаркт миокарда

синдром верхней полой вены

236.Что подразумевают под термином "сердечная астма":

Возникновение одышки при нагрузке

Возникновения одышки во время стенокардии

Приступы ночной одышки типа ортопноэ при левожелудочковой недостаточности

237.Какие методы эффективны при передозировке антагонистов кальция:

Введение атропина

Введение хлористого кальция

Введение хлорида натрия

238. Каким способом лечения достигаются наилучшие результаты при возникновении кардиогенного шока в первые 6 часов от начала инфаркта миокарда:

Восстановлением коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии, ангиопластики или аорто-коронарного шунтирования

Поддержание систолического АД на уровне 90-100 мм рт.ст. с помощью инфузии допамина

Внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, альбумин)

239. Основное лечебное мероприятие у больных с выраженной гипотонией или клинической картиной шока при наличии признаков гиповолемии:

Внутривенная инфузия норадреналина

Внутривенное введение плазмозаменяющих растворов

Внутривенное введение сердечных гликозидов

240. Что лежит в основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда:

Резкое снижение сократительной функции левого желудочка

Гиповолемия

Артериальная вазодилатация

Стрессовая реакция на боль

241. Разряд (первый) какой мощности целесообразно использовать для проведения электрической дефибрилляции при фибрилляции желудочков:

50 Дж.

100 Дж.

200 Дж. и более

150 Дж.

242. Внутривенное введение какого препарата рекомендуется для повышения эффективности повторных попыток электрической дефибрилляции:

Бета-блокаторов

Хлористого кальция

Адреналина

243. Характерные рентгенологические признаки тромбоэмболии легочной артерии в 1-е сутки от начала заболевания:

Отсутствие или обеднение сосудистого рисунка

Признаки экссудативного плеврита

Феномен «матового стекла»

244. Является ли кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии противопоказанием к назначению гепарина:

Нет

Да

245. Укажите, какой из перечисленных методов является наиболее информативным для диагностики тромбоэмболии легочной артерии:

Эхо-кардиография

Рентгенологическое исследование

ЭКГ

Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием бассейна легочной артерии

Сцинтиграфия легких

246. Препараты, повышающие эффективность электроимпульсной терапии (дефибрилляции) у больных с фибрилляцией желудочков:

Верапамил

Ритмилен

Обзидан

Амиодарон

247. Что необходимо назначить больному со стенозом устья аорты без признаков недостаточности кровообращения и коронарной недостаточности, если у него появились обмороки при физических усилиях:

Назначить препараты, улучшающие инотропную функцию миокарда

Обследование с целью исключения тромбоэмболии легочной артерии

Проведение консультации кардиохирурга для решения вопроса о возможности хирургического лечения порока

248. При искусственном дыхании «рот в рот» рекомендуемая продолжительность вдоха составляет:

одну секунду

две секунды

три секунды

четыре секунды

249. Вентиляция легких при сердечно-легочной реанимации должна проводиться:

синхронно с компрессией грудной клетки (останавливаться при компрессии)

асинхронно (не останавливаться при компрессии грудной клетки)

250. Наиболее информативный инструментальный метод исследования при инфекционном эндокардите:

Рентгенологическое исследование

Фонокардиография

Эхокардиография и чрезпищеводная эхокардиография

Радионуклидная вентрикулография

Электрокардиография

251. Следствием каких заболеваний (из указанных) может быть митральный стеноз:

Инфекционного эндокардита

Атеросклероза

Ревматическая лихорадка

252. Признак дефекта межпредсердной перегородки:

Гиповолемия малого круга

Блокада левой ножки пучка Гиса на ЭКГ

Ослабление пульмонального компонента 2-го тона

Среднесистолический шум над легочной артерией

Уменьшение пульсации легочной артерии

253. Аускультативные признаки аортальной недостаточности:

Двойной второй тон над легочной артерией

Систолический шум во втором межреберье справа у грудины

Ранний нежный диастолический шум с максимумом в точке Боткина

254. Верно ли, что при недостаточности митрального клапана I-й тон ослаблен:

Да

Нет

255. Изменения систолического и диастолического артериального давления у больных с недостаточностью аортального клапана:

Систолическое артериальное давление повышается, а диастолическое снижается

Систолическое артериальное давление снижается, а диастолическое повышается

Систолическое артериальное давление не изменяется, а диастолическое повышается

Систолическое и диастолическое артериальное давление не изменяются

256. Какое уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия считается "критическим":

4 кв.см

2 кв.см

1 кв.см и менее

3 кв.см

6 кв.см

257. Аускультативные признаки митрального стеноза:

Уменьшение громкости первого тона

Раздвоение 1 тона

Среднедиастолический шум

Появление 3-го тона

258. Изменения АД, характерные для больных с недостаточностью аортального клапана:

Снижение диастолического АД

Повышение диастолического АД

Уменьшение пульсового АД

259. Как следует сделать забор крови, чтобы с наибольшей вероятностью получить положительный результат гемокультуры у больного с инфекционным эндокардитом:

3-5 раз через 24-48 ч после отмены антибиотиков

8-10 раз через 12-24 ч после отмены антибиотиков

Посев проводится 3 раза в теч. 24 час интервалом не менее 1 часа, а также в периоды максимального подъема температуры и озноба (или в течение 1 часа до ожидаемого подъема)

каждые 5-10 мин (всего 5-6 анализов) после отмены антибиотиков

260. Препарат выбора для вторичной профилактики ревматической лихорадки:

Бициллин -1.

Бициллин -5.

Экстенциллин

261. Необходимый уровень МНО при митральном стенозе с фибрилляцией предсердий:

4-5.

3-4.

1-3.

262. Препарат выбора для профилактики инфекционного эндокардита:

Амоксициллин

Гентамицин

Ванкомицин

263. Какой симптом наиболее эффективно облегчается или устраняется назначением венозных вазодилататоров:

Слабость

Приступы одышки типа ортопноэ

Периферические отеки

264. Препарат, используемый для лечения первичной легочной гипертонии:

Миноксидил

Силденафил

Гидралазина гидрохлорид

Празозин

265. Основной признак левожелудочковой диастолической сердечной недостаточности:

Слабость

Приступы сердечной астмы

Отеки ног

Венозный застой в большом круге кровообращения

266. На фоне приема каких препаратов у больных с выраженной недостаточностью кровообращения при низкой фракции выброса левого желудочка отмечается увеличение продолжительности жизни:

ИАПФ

Нитросорбида в сочетании с апрессином

Диуретиков

Сердечных гликозидов

267. Влияет ли величина венозного притока крови на величину преднагрузки:

Да

Нет

268. Пороговым критерием легочной гипертензии является давление в ЛА:

>25 мм рт.ст. в покое и > 30 – при физ. нагрузке

>35 мм рт.ст. в покое и > 40 – при физ. нагрузке

>15 мм рт.ст. в покое и > 20 – при физ. Нагрузке

269. Патогенетическая терапия ХСН включает:

ИАПФ/АРА/АРНИ

Диуретики

Антагонисты альдостерона

Бета-блокаторы

Ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа

Антитромбоцитарные препараты

270. Препарат выбора среди мочегонных для лечения пациента с отеками при ХСН:

Торасемид

Гипотиазид

Диакарб

271. Показания для назначения диуретика ингибитора карбоангидразы – ацетазоламида:

Метаболический ацидоз

Респираторный ацидоз

Устойчивость к активным диуретикам

272. Диагностические критерии постпрандиального дистресс-синдрома не включают:

Беспокоющее чувство полноты после еды, возникающее после приема обычного объема пищи, по крайне мере, несколько раз в неделю

Беспокоющая быстрая насыщаемость (сытость), в связи с чем невозможно съесть обычную пищу до конца, по меньшей мере, несколько раз в неделю

Вздутие в верхней части живота или тошнота после еды или чрезмерная

Отрыжку

Изжогу

273. Согласно Лос-Анджелесской классификации, один (или более) дефектов слизистой пищевода, выходящий за вершины соседних складок слизистой, занимающий менее чем 75% окружности пищевода являются признаками:

А стадии ГЭРБ

B стадии ГЭРБ

С стадии ГЭРБ

D стадии ГЭРБ

274. Длинный сегмент пищевода Барретта - это...

состояние, проявляющееся частичной перестройкой в области гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода многослойного плоского эпителия на эпителий кишечного типа, протяженностью более 3 см

состояние, проявляющееся частичной перестройкой в области гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода многослойного плоского эпителия на эпителий кардиального желудочного типа, протяженнностью более 3 см:

состояние, проявляющееся частичной перестройка в области гастроэзофагеального перехода и дистального отдела пищевода многослойного плоского эпителия на эпителий фундального желудочного типа, протяженностью более 3см

275. Медикаментозное лечение ГЭРБ не включает прием:

Ингибиторов протонной помпы

Альгинатов

Эзофагопротекторов

Прокинетиков

Препаратов УДХК

Спазмолитиков

276. Ключевым методом, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, является:

Анализ желудочного сока

Рентгеноскопия

Гастроскопия

Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка

pH-метрия

277. Оценка эффективности эрадикации Н. рylori проводится не ранее чем через \_\_\_\_ недель(и) после окончания лечения.

4

6

8

278. Приемы повышения эффективности эрадикационная терапия Н. рylori 1 линии не включают:

Продолжительность терапии не менее 14 дней

Выбор ИПП в схемах эрадикационной терапии

Применение Н2 гистаминоблокаторов

Применение препаратов висмута в схемах эрадикационной терапии

Применение пробиотиков в схемах эрадикационной терапии

Применение ребамипида в схемах эрадикационной терапии

Строгое соблюдение схемы эрадикационной терапии

279. Доза амоксициллина при проведении эрадикационной терапии H. pylori 1 линии:

250 мг х 2 раза

1000 мг х 2 раза

500 мг х 2 раза

280. Эрадикационная терапия 1 линии Н. рylori не включает:

Кларитромицин

Джозамицин

Амоксициллин

Ингибитор протонной помпы

281. Основное отличие симптоматических язв от язвенной болезни:

Локализация язвы

Кровотечение

Отсутствие рецидивирующего течения при устранении этиологического фактора

Часто пенетрируют

Величина язвы

282. Какие нежелательные явления следует ожидать при назначении больному НПВП:

со стороны ЖКТ: диспепсию (боль и дискомфорт в эпигастральной области), язвы, кровотечения и перфорацию верхних и нижних отделов ЖКТ, железодефицитную анемию , в том числе вследствие поражения тонкой кишки (НПВП- энтеропатия), обострение и осложнения воспалительных заболеваний кишечника.

со стороны ССС (дестабилизацию артериального давления и сердечную недостаточность), повышать риск сердечно-сосудистых катастроф (инфаркт миокарда, ишемический инсульт) и сердечно-сосудистую смертность.

нефро- и гепатотоксические реакции

НПВП могут повышать риск кровотечения при оперативных вмешательствах и травматичных медицинских манипуляциях.

НПВП могут вызывать гематологические осложнения, кожные аллергические реакции и бронхоспазм.

283. К методам диагностики фиброза печени не относят:

биопсия печени

сывороточные биомаркеры

УЗ/МР – эластография

МСКТ ОБП

284. Первичная профилактика кровотечений у больных циррозом печени классов А и В по Child-Pugh при ВРВП 1 степени и/или при портальной гастропатии проводится путем назначения:

селективных бета-адреноблокаторов

неселективных бета-адреноблокаторов

пролонгированных нитратов

пролонгированных антагонистов кальция

285. При каком количестве баллов, согласно классификационной системе оценки тяжести цирроза печени Child - Turcotte - Pugh, диагностируют субкомпенсированный цирроз печени:

3-5 баллов

5-6 баллов

7-9 баллов

10-15 баллов

286. В развитии очередного эпизода печеночной энцефалопатии при циррозе печени участвуют триггерные факторы:

Пищеводно-желудочные кровотечения

Применение гепатотоксичных препаратов

Прием алкоголя

Хирургические вмешательства

Инфекции

Чрезмерное употребление пищевого белка

Запоры

287. Рациональные мероприятия в лечении асцита 2-й степени при циррозе печени включают:

Прием пищи с повышенным содержанием белка

Спиронолактон в начальной дозе 50-100 мг/сут., максимальной 400 мг/сут. Шаг 100 мг в неделю. При неэффективности монотерапии спиронолактоном (потеря веса менее 2 кг в неделю) или гиперкалиемии добавляют 40 мг фуросемида ежедневно (шаг 40 мг в неделю, максимально 160 мг/сут.)

Комбинация спиронолактона и фурасемида (100:40 мг)

Ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра

Ограничение поступающего с пищей натрия до 4,6–6,9 г соли в день, что означает приготовление пищи без добавления соли

288. Основные задачи лечения печеночной энцефалопатии не включают:

Диета с ограничением животного белка

Диета с ограничением поваренной соли и жидкости

Уменьшение образования аммиака в кишечнике

Стимулирование обезвреживания аммиака в печени и мышцах

289. Препараты выбора при лечении внебольничного спонтанного бактериального перитонита:

цефалоспорины III поколения

фторхинолоны

беталактамы

аминогликазиды

290. Больной 45 лет жалуется на постоянную тупую боль в правом подреберье, увеличение живота, отеки нижних конечностей, общую слабость. Болеет 6 лет. Много курит, в прошлом в течение 15 лет злоупотреблял алкоголем. Об-но: субиктеричность склер, телеангиоэктазии на коже туловища, печень на 2 см, селезенка на 3-4 см. выступает из-под края реберной дуги. Живот увеличен в размерах, в горизонтальном положении распластывается. В наибольшей степени приведенные данные свидетельствуют о развитии у пациента:

Печеночной энцефалопатии

Печеночно-почечной недостаточности

Портальной гипертензии

Трансформации цирроза печени в рак

291. Диагностика лекарственных поражений печени включает:

Оценку клинических признаков

Оценку лабораторных показателей

Определение типа поражения (гепатоцеллюлярное, холестатическое, смешанное)

Исключение других причин

Оценку гепатотоксичности лекарственных препаратов, БАДов, растительных средств по инструкции и данным литературы

Установление связи с приемом причинного препарата

Оценку степени тяжести

Оценку риска неблагоприятного исхода

292. К факторам риска развития холестериновых камней не относят:

Пожилой возраст

Женский пол

Высококалорийная диета с высоким содержанием углеводов, холестерина:

диета с низким содержанием пищевых волокон, метаболический синдром и его отдельные компоненты

Диета бедная насыщенными жирами и холестерином с очень низкой калориностью, низкобелковая диета, быстрая потеря веса

Медикаменты: эстрогены, фибраты, октреотид, цефтриаксон, препараты кальция

Беременность

Гемолиз эритроцитов

293. К проявлениям первой стадии ЖКБ не относят:

густая неоднородная желчь

микролиты

замазкообразная желчь

сочетание микролитов и замазкообразной желчи

холедохолитиаз

294. Лечение обострения хронического калькулезного холецистита не включает:

антибактериальных препаратов

анальгетиков

спазмолитиков

прокинетиков

295. Укажите дозы спазмолитических препаратов, применяемые для купирования билиарной колики:

Мебеверина гидрохлорид по 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды

Мебеверина гидрохлорид по 100 мг 2 раза в день за 20 мин до еды

Гиосцина бутилбромид по 10–20 мг 3 раза в день до еды

Гиосцина бутилбромид по 5 мг 3 раза в день до еды

Гимекромон по 200–400 мг 3 раза в день за полчаса до еды

Гимекромон по 100 мг 3 раза в день за полчаса до еды

296. Причинные факторы развития хронического панкреатита:

Табакокурение и злоупотребление алкоголем

Генетические факторы

Перенесенный тяжелый острый панкреатит, рецидивирующий острый панкреатит

Иммунные факторы

Метаболические факторы

Факторы, затрудняющие или полностью препятствующие току содержимого панкреатических протоков

297. Препараты выбора для лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

Панкреатин в капсулах с кишечнорастворимыми пеллетами

Панкреатин таблетированный

Панкреатин в капсулах с кишечнорастворимыми микротаблетками

Панкреатин минимикросферический

298. Клинические проявления синдрома внешнесекреторной недостаточности при хроническом панкреатите не включают:

вздутие живота

полифекалия

стеаторея, креаторея, амилорея

признаки дефицита макро- и микронутриентов

запоры

299. К какому типу относится панкреатогенный сахарный диабет согласно классификации Американской диабетологической ассоциации?

I типа

II типа

III типа

300. Метод выбора для диагностики хронического панкреатита на ранних стадия, доступный в рутинной клинической практике:

Трансабдоминальное УЗИ ОБП

МСКТ ОБП

Эндоскопическое УЗИ панкреатобилиарной зоны

МРТ ОБП

МР ХПГ

ЭР ХПГ

301. Может ли обнаружение при ФЭГДС симптома "манной крупы" явиться основанием для верификации диагноза хронического панкреатита?

Да

Нет

302. Уровень панкреатической эластазы 1 в кале, свидетельствующий об отсутствие внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

< 200 мкг/г кала

< 100 мкг/г кала

> 200 мкг/г кала

> 100 мкг/г кала

303. Длительность заместительной терапии при хроническом панкреатите с внешнесекреторной недостаточностью:

пожизненная

полгода

3 месяца

год

2 недели

304. К внекишечным проявлениям воспалительных заболеваний кишечника относят:

Костно-суставные синдромы

Кожно-слизистые синдромы

Глазные синдромы

Поражение сердечно-сосудистой системы

Поражения легких

Поражение печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы

Поражение почек

305. Какие препараты относят к селективным миотропным спазмолитикам?

Дротаверина гидрохлорид

Пинаверия бромид

Мебеверина гидрохлорид

Папаверина гидрохлорид

Гиосцина бутилбромид

306. К группе осмотических слабительных препаратов относят:

Пищевые волокна, псиллиум, метилцеллюлозу, карбоксиметилцеллюлозу

Магний, сульфат калия и фосфатные соли

Плохо всасывающиеся сахара: лактулозу, сорбит, маннит

Полиэтиленгликоль

Производные дифенилметана: фенолфталеин, бисакодил, натрия пикосульфат

Антрахиноны: сенна, каскара Саграда, алоэ, ревень

Минеральное масло

5-HT 4 агонистов

307. Диагностические критерии СРК:

Рецидивирующая боль в животе

Изменение частоты стула

Изменение формы стула

Натуживание при дефекации

Императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи или вздутие

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев (при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев)

308. Лечение СРК с диареей не предусматривает применение:

препаратов, тормозящих продвижение химуса по ЖКТ

энтеросорбентов

кишечных антисептиков

пробиотиков

лаксативов

309. Какие группы антидепрессантов следует назначать при СРК с запором:

Трициклические антидепрессанты

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

310. Литолитическую терапию холестеринового холецистолитиаза выполняют путем применения:

Холиевой кислоты

Граурохолевой кислоты

Литохолевой кислоты

Дегидрохолевой кислоты

Урсодезоксихолевой кислоты

311. Назовите препарат, который является блокатором Са+ и Na+ каналов:

Отилония бромид

Мебеверина гидрохлорид

Дротаверина гидрохлорид

Пинавериум бромид

Гиосцина бутилбромид

312. Принципы курсового и поддерживающего лечения С/Д стадий ГЭРБ по ЛА:

Длительность курсового приема стандартной дозы ИПП не менее 8 недель

Длительность курсового приема стандартной дозы ИПП не менее 4 недель

Поддерживающий прием ИПП в режиме "по требованию"

Поддерживающий прием половинной дозы ИПП в режиме ежедневного приема на период 16-24 недели, затем - в режиме "по требованию"

313. Немедикаментозное лечение ГЭРБ включает рекомендации:

Подъема головного конца кровати во время сна

Частого дробного питания

Отсутствие горизонтального положения тела в течение 2-3 часов после приема пищи

Отказ от курения и приема алкоголя

Контроль массы тела

314. К предраковым заболеваниям желудка относят:

Гиперпластические полипы желудка

Аутоиммунный гастрит

Хронический хеликобактерный атрофический мультифокальный гастрит

Рефлюкс-гастрит

315. К внепищеводным синдромам ГЭРБ, с установленной ассоциацией, согласно Монреальской классификации, относят:

Рефлюкс кашель синдром

Рефлюкс ларингит синдром

Рефлюкс фарингит синдром

Рефлюкс синусит синдром

Рефлюкс бронхиальная астма синдром

Рефлюкс эрозии эмали зубов синдром

Идиопатический фиброз легких

Рецидивирующий средний отит

316. Опасности объемного парацентеза в отсутствие адекватного восполнения альбуминов (8 г на каждый литр удаленной асцитической жидкости):

Повышение портального давления

Быстрое накопление жидкости

Гепаторенальный синдром

Дилюционная гипонатриемия

317. Классификация хронических гепатитов не включает:

установление этиологического фактора

определение активности (биохимической/гистологической)

определение стадии фиброза

определение степени тяжести

318. Изменения лабораторных показателей, наиболее характерные для алкогольной болезни печени:

АсАТ/АлАТ (коэффициент Де Ритиса) более или равный 2

повышение уровня индекса HOMA-IR

повышение объема эритроцитов

повышение уровня мочевой кислоты

повышение уровня ГГТП

повышение уровня карбогидратного дефицитного трансферрина

319. Показания для начала применения преднизолона при алкогольном гепатите:

индекс Мадрея > 32

индекс MELD > 21

наличие печеночной энцефалопатии

желудочно-кишечное кровотечение

повышениие креатинина в сыворотке крови

неконтролируемая инфекция

320. В рамках модификации образа жизни при НАЖБП рекомендуемый процент снижения массы тела от исходной на стадии стеатогепатита составляет:

3-5%

7-10%

12-15%

321. Холестатический синдром не характеризуется повышением в крови:

Щелочной фосфатазы

Неконъюгированной фракции билирубина

Холестерина

Желчных кислот

Конъюгированной фракции билирубина

322. Типичные клинические проявления хронического гепатита в независимости от этиологического фактора не включают:

боли, тяжесть, неприятные ощущения в правом подреберье

желтуха, изменение цвета кала и мочи

склонность к образованию гематом, носовым кровотечениям, кровотечениям из десен

кожный зуд

гепатомегалия

слабость, утомляемость

отеки стоп и голеней

повышение температуры

323. Клинически значимая портальная гипертензия характеризуется давлением в портальной вене выше:

3 мм рт.ст.

5 мм рт.ст.

10 мм рт.ст.

324. Оптимальная скорость потери веса при лечении НАЖБП:

0,5-1 кг / неделю

менее 0,5 кг / неделю

более 2 кг / неделю

325. Медикаментозную терапию НАЖБП начинают со стадии:

Стеатоза

Стеатогепатита

Фиброза печени

Цирроза печени

326. Для постбульбарной язвы характерны:

Боли через 3-4 часа после еды

Боли через 40 мин после еды

Боли с иррадиацией в область сердца

Диарея

327. . В лечении дискинезии желчного пузыря применяют:

Сукральфат

Спазмолитические средства

УДХК

Н2-блокаторы гистамина

Беззондовые тюбажи

Хирургическое лечение

328. К осложненим ЖКБ не относят:

Острый калькулезный холецистит

Отключенный ЖП

Эмпиема ЖП

Флегмона стенки ЖП

Перфорация ЖП

Синдром Мирицци

ГПОД

Билиарный панкреатит

Рак ЖП

329. Прокинетик с двойным механизмом действия - блокатор дофаминовых D2-рецепторов и ингибитор антихолинэстеразы:

Итоприда гидрохлорид

Метоклопрамид

Домперидон

330. Доза кларитромицина при проведении эрадикационной терапии 1 линии Helicobacter pylori:

250 мг х 2 раза

1000 мг х 2 раза

500 мг х 2 раза

331. Какая форма хронического гастрита характеризуется первичным поражением тела и дна желудка?

Helicobacter pylori-ассоциированный

Рефлюкс-гастрит

При болезни Крона

Аутоиммунный

Химический

332 Схема применения УДХК при дискинезии желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди:

в виде курсового лечения в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в 2 приема после еды

в виде курсового лечения в дозе 10-15 мг/кг массы тела на ночь

333. Рабепразол относят к группе препаратов:

Блокаторы гистаминовых Н2 рецепторов

Симпатомиметики

Блокаторы гистаминовых Н1 рецепторов

Блокаторы протонного насоса

M-холиноблокаторы

334. Морфологические признаки болезни Крона:

Глубокие щелевидные язвы, проникающие в подслизистую основу или мышечный слой

Крипт-абсцессы

Саркоидные гранулемы (скопления эпителиоидных гистиоцитов без очагов некроза и гигантских клеток)

Псевдополипы

Трансмуральная воспалительная инфильтрация с лимфоидной гиперплазией во всех слоях кишечной стенки

335. У лиц с аллергией на бета-лактамы для первой линии эрадикационной терапии не применяют схему:

ИПП, кларитромицин, амоксициллин

ИПП, кларитромицин, метронидазол

ИПП, тетрациклин, метронидазол и висмута трикалия дицитрата

336. Верно ли утверждение: "Хронический гастрит, обнаруженный при эндоскопическом исследовании и подтвержденный гистологически, и клинический симптомокомплекс, характерный для функциональной диспепсии, могут и должны комбинироваться при постановке общего диагноза и шифроваться по МКБ-10 с использованием как рубрики "хронический гастрит", так и рубрики "функциональное расстройство желудка"?

Да

Нет

337. HBeAg-реверсия это:

Появление у пациента признаков активного воспалительного процесса в печени

Появление HBeAg у пациента, ранее негативного по данному маркеру и имеющего anti-HBe

Исчезновение HBeAg и появление anti-HBe у пациента, у которого ранее определялся HBeAg

338. При выявлении кишечной метаплазии эпителия слизистой оболочки пищевода с длиной сегмента более 1 см без диспластических изменений комплексное эндоскопическое исследование с применением современных уточняющих методик и прицельной биопсией рекомендуется выполнять каждые:

5 лет

3 года

ежегодно

полгода

339. Контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения больных с полипами желудка:

Стабилизация эндоскопических изменений по данным ЭГДС

Стабилизация морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией

Отсутствие прогрессирования

Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией

340. Динамическое наблюдение за пациентами хроническим панкреатитом и клинически выраженным синдромом внешнесекреторной недостаточности с оценкой клинической симптоматики, основных показателей переваривания пищи, базовых лабораторных показателей трофологического статуса проводят с кратностью:

не реже 1 раза в 1 мес.

не реже 1 раза в 3мес.

не реже 1 раза в 6 мес.

не реже 1 раза в 12 мес.

341. Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом с эзофагитом без цилиндроклеточной метаплазии составляет 1 раз в:

3 месяца

6 месяцев

9 месяцев

12 месяцев

342. Длительность диспансерного наблюдения лиц с язвенной болезнью желудка:

В течение года после обострения

В течение 3 лет после обострения

В течение 5 лет после обострения

Пожизненно

343. К критериям качества оказания медицинской помощи больным хроническим панкреатитом с синдромом внешнесекреторной недостаточности не относят:

Форма панкреатина для заместительной терапии экзокринной недостаточности поджелудочной железы – капсулы

Форма панкреатина для заместительной терапии экзокринной недостаточности поджелудочной железы – таблетки

При проведении заместительной терапии назначение панкреатина в дозе 25-40 тыс. МЕ липазы на три основных приёма пищи и 10-25 МЕ лип – в два дополнительных

Контроль эффективности заместительной терапии по клиническим показателям трофологического статуса через 6 мес. от начала заместительной терапии

344. Какое утверждение в отношении эрадикации инфекции H. pylori является верным:

Эрадикация излечивает неатрофический хронический гастрит, может привести регрессу атрофического гастрита и снижает риск развития рака желудка у пациентов с неатрофическим и атрофическим гастритом, и, поэтому, рекомендуется

У пациентов с кишечной метаплазией, эрадикация не снижает риск развития рака желудка, но уменьшает воспаление и атрофию и, следовательно, ее следует выполнять

Оба

345. Какой из предложенных критериев является важнейшим для диагностики нефротического синдрома (нс)?

Отеки

Сывороточный альбумин ниже 30 г/л

Суточная протеинурия более 3,5 г

Гиперхолестеринемия

Гиперкоагуляция

346. Основной клинический признак нефротического синдрома:

Повышение АД

Сердцебиение

Отеки

Дизурия

347. Какое из перечисленных утверждений не характерно для мембранозного гломерулонефрита?

В момент выявления заболевания большинство пациентов старше 40 лет

Преобладают мужчины

Заболевание начинается исподволь, незаметно

Уровень комплемента нормален

Часто встречается макрогематурия

348. Укажите морфологическую форму нефрита, при которой лечение преднизолоном бесперспективно:

Минимальные изменения

Мезангиопролиферативный

Фибропластический

Мезангиомембранозный

Мембранозный

349. Укажите адекватную дозу преднизолона на 1 кг веса больного, которая применяется для лечения хронического гломерулонефрита нефротического типа

0,3 - 0,4 мг

0,5 - 0,6 мг

0,7 - 0,8 мг

1 мг

350. Какое минимальное количество лейкоцитов в моче называют лейкоцитурией:

8 в поле зрения, или 4 000 в 1 мл

15-20 в поле зрения, или 6000 в 1 мл

3-4 в поле зрения, или 2000 в 1 мл

351. При лечении какими препаратами чаще развивается острый лекарственный нефрит:

Ибупрофен

D-пеницилламин

Антибиотики

352. Препараты выбора (из указанных) при лечении активного пиелонефрита:

Полусинтетические пенициллины

Фторхинолоны

Макролиды

Тетрациклины

353. Цефалоспорин - препарат выбора при лечении активного пиелонефрита (из указанных):

Цефиксим

Цефазолин

Кефзол

354. Нефротический синдром при амилоидозе в случае развития хронической почечной недостаточности:

Легко купируется стероидами

Сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности

Встречается очень редко

Исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

355. 60-летняя больная жалуется на слабость, боли в позвоночнике. Уровень нв 65 г/л. Протеинурия 22 г в сутки, уровень альбуминов сыворотки крови 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз?

Хронический ГН в стадии уремии

Миеломная болезнь

Хронический пиелонефрит

Поликистоз почек

356. Для миеломной почки характерны:

Протеинурия от следовой до выраженной

Гематурия

Нефротический синдром

Артериальная гипертония

357. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для:

Хронического нефрита гипертонического типа

Узелкового полиартериита

Амилоидоза с поражением почек

Геморрагического васкулита

358. Протеинурия бенс-джонса характерна для:

Хронический ГН

Хронический пиелонефрит

Множественная миелома

Поликистоз почек

Рак паренхимы почек

359. Какие препараты не следует назначать при пиелонефрите в стадии ХПН?

Аминогликозиды

Цефтриаксон

Ципрофлоксацин

Полимиксины

Амоксициллин

360. Какой антигипертензивный препарат можно использовать при терминальной хпн в преддиализной стадии?

Гипотиазид

Эналаприл

Амлодипин

Верошпирон

361. Выделите противопоказания к лечению эритропоэтином:

Абсолютный дефицит железа

Выраженная гипотония

Гемохроматоз

Хр. интоксикация алюминием

362. Укажите противопоказания к назначению каптоприла при консервативной стадии хпн:

Гипокалиемия

Объем-натрий зависимая гипертензия

Ренин-зависимая гипертензия

Гиперкалиемия

363. При каком значении скорости клубочковой фильтрации можно устанавливать диагноз хронической болезни почек даже в отсутствие других признаков почечного поражения:

Ниже 90 мл/мин

Ниже 60 мл/мин

364. Наиболее ранние признаки хронической почечной недостаточности:

Полиурия

Гиперкалиемия

Повышение артериального давления

365. В каком объеме можно вводить жидкость больному с острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температуре, отсутствии артериальной гипертензии и признаков гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут:

До 1500 мл/сут

До 200 мл/сут

До 700 мл/сут

366. С помощью каких средств можно корригировать умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности:

Раствора гидрокарбоната натрия

Концентрированного раствора глюкозы с инсулином

367. О хронической болезни почек можно говорить при сохранении симптомов почечной болезни:

более 3 мес

более 1 мес

более 3 недель

368. Протеинурия без изменений мочевого осадка наиболее характерна для:

Острого пиелонефрита

Амилоидоза почек

Канальцевого некроза

Нефритического синдрома

Туберкулеза почек

369. Укажите состояние, при котором назначение глюкокортикостероидов противопоказано:

Нефрит с минимальными изменениями

Активный волчаночный нефрит

Истинная склеродермическая почка

Поражение почек при гранулематозе Вегенера

Мезангиопролиферативный гломерулонефрит

370. У больного 35 лет на следующий день после перенесенной ангины появились отеки, макрогематурия, артериальная гипертония. Наиболее вероятный диагноз:

Острый гломерулонефрит

Острый пиелонефрит

Хронический гломерулонефрит, обострение

Апостематозный нефрит

Амилоидоз почек

371. Какие средства применяют для лечения диабетической нефропатии?

Глюкокортикоиды

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Цитостатики

Антибиотики

D – пеницилламин

372. Какие меры применяют для лечения острого интерстициального нефрита?

Отмена лекарственного препарата, вызвавшего заболевание, а также средств, близких к нему

Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

Назначение цитостатиков

373. Укажите ранний признак ХПН:

Метаболический ацидоз

Гиперкальциемия

Никтурия

Азотемия

Уменьшение размеров почек

374. Какой из указанных препаратов можно применять при острой и хронической почечной недостаточности без коррекции дозы?

Гентамицин

Меронем

Ампициллин.

Сульфасалазин

375. Наиболее частый морфологический вариант поражения почек при подагре:

Интерстициальный нефрит

Мезангиокапиллярный нефрит

Фокально-сегментарный гиалиноз

Мембранозный нефрит

376. Нормальный уровень протеинурии за сутки – это:

Менее 150 мг

0,033 г/л

Более 150 мг

377. Основной клинический критерий, отличающий асфиктический вариант анафилактического шока от астматического статуса:

Выраженность цианоза

Тяжесть удушья

Величина артериального давления

378. Высокий уровень альбуминов в суточной моче (А2) – это:

150 мг

Менее 30 мг

50 мг

250 мг

379. Очень высокий уровень альбуминов в суточной моче(А3) – это:

250 мг

30 мг

350 мг

380. Уровень экскреции белка за сутки при нефротическом синдроме:

1г

Менее 3 г

Более 3 г

381. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с нефротическим синдромом?

белок 0,66 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

382. Для какого варианта гломерулонефрита (ГН) характерен «светлый промежуток» - временной период от действия этиологического фактора до появления клинических симптомов?

Быстропрогрессирующий ГН

Хронический ГН

Острый ГН

383. Укажите обычную дозу преднизолона при лечении гломерулонефрита:

1 – 1,5 мг/кг веса

0,5 мг/кг веса

3 мг/кг веса

384. Какой из ниже перечисленных анализов мочи характерен для латентного гломерулонефрита:

белок 0,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

белок 3,2 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения

белок 3,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения.

белок 0,2 г/л, эритроциты отсутствуют, лейкоциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые отсутствуют

385. Хроническая болезнь почек 3 стадии характеризуется показателем скф:

30-59 мл/мин

60 – 89 мл/мин

15 – 29 мл/мин

386. Хроническая болезнь почек 2 стадии характеризуется показателем скф:

30-59 мл/мин

60 – 89 мл/мин

15 – 29 мл/мин

387. Хроническая болезнь почек 4 стадии характеризуется показателем скф:

30-59 мл/мин

60 – 89 мл/мин

15 – 29 мл/мин

388. При каком состоянии применение фторхинолонов противопоказано?

Активный пиелонефрит у пожилого пациента

Острый цистит у женщины 40лет

Пиелонефрит у беременной женщины

389. Какая группа антибиотиков из перечисленных обладает наибольшей нефротоксичностью?

Цефалоспорины

Макролиды

Аминогликозиды

Пенициллины

390. Для больного хроническим пиелонефритом полезно:

Ограничение поваренной соли

Ограничение жидкости

Ограничение белка в диете

Применение уросептических трав в течение года

391. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с последствиями перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения в течение 1 года после ОНМК устанавливается не менее, чем :

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 3 месяца

не менее 2 раза в год

1 раз в год

392. При хронической почечной недостаточности противопоказаны:

Сульфаниламиды

Пенициллины

Цефалоспорины

Нитрофураны

393. Препаратом выбора для лечения неосложненной мочевой инфекции является:

Олететрин

Ципрофлоксацин

Метронидазол

Цефиксим

Клафоран

394. Какой вариант хронического гломерулонефрита проявляется рецидивирующим остронефритическим синдромом:

при мезангиопрофилеративном

при мезангиокапиллярном

при мембранозном

при болезни минимальных изменений

при фибропластическом

395. К рентгенонегативным мочевым камням относятся:

Оксалатные

Фосфатные

Уратные

396. Скорость клубочковой фильтрации у больных с хронической болезнью почек 1 стадии составляет:

ниже 15 мл/мин

60-89 мл/мин

30-59 мл/мин

выше 90 мл/мин

15-29 мл/мин

397. Для острого нефритического синдрома характерна:

олигурия и/или анурия

изостенурия

никтурия

дизурия

поллакиурия

398. При каком уровне креатинина сыворотки крови можно говорить об гиперазотемии?

0,06 ммоль/л

0,12 ммоль/л

0,23 ммоль/л

399. Проба по Зимницкому позволяет оценить:

концентрационную функцию почек

фильтрационную функцию почек

400. При нарушении пассажа мочи пиелонефрит считается:

необструктивным

обструктивным

401. О хронизации процесса можно говорить при активности пиелонефрита:

более 3 мес

1 мес

2 мес

402. Прием жидкости при пиелонефрите:

ограничивается

повышается

403. В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом применяется:

гидрокортизон

делагил

преднизолон

капотен

404. При остром гломерулонефрите возможно развитие:

гипостенурии

острой почечной недостаточности

хронической почечной недостаточности

405. Диета при гиперуратурии является:

молочно-фруктово-ягодной

капустно-картофельной

мясо-молочной

бессолевой

406. Олигоурия – это снижение диуреза до:

Менее 20 мл/час

Менее 40 мл/час

Менее 100 мл/час

407. Основными препаратами для нефропротекции являются:

Бета – блокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы АПФ

Антагонисты альдостерона

408. Основными препаратами для нефропротекции являются:

Бета – блокаторы

Антагонисты кальция

Блокаторы рецепторов к ангиотензину-II

Антагонисты альдостерона

409. Какую группу препаратов вы назначите с целью нефропротекции больному с ХБП, соблюдающему низкосолевую диету

Бета - блокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы АПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину – 2.

Антагонисты альдостерона

410. Какую группу препаратов вы назначите с целью нефропротекции больному с ХБП, не соблюдающему низкосолевую диету

Бета - блокаторы

Антагонисты кальция

Ингибиторы АПФ

Блокаторы рецепторов к ангиотензину – 2.

Антагонисты альдостерона

411. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с мембранозным гломерулонефритом?

белок 0,66 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

белок 3,8 г/л, эритроциты единичные в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

412. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с активным пиелонефритом?

белок 0,04 г/л, эритроциты единичные в поле зрения, лейкоциты 80 - 100 в поле зрения

белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

413. Какой из этих анализов мочи может быть обнаружен у больного с хроническим тубуло-интерстициальным нефритом?

белок 0,01 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения

белок 3,8 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

белок 1,5 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые единичные в препарате

414. Остаточный объем легких в норме (в % от общей емкости легких):

40-45%.

30-35%.

20-25%.

415. При рестриктивных нарушениях индекс Тиффно:

увеличен

снижен

416. При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно:

нормальная

увеличена

снижена

417. Минутная вентиляция легких взрослого человека в состоянии покоя составляет в норме:

2-4 литра

5-8 литров

9-12 литров

418. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается нормальной, если:

четко видны межпозвонковые диски

позвоночный столб намечается на фоне тени средостения

тени ребер не перекрывают легочного рисунка

четко видны тела трех-четырех грудных позвонков

419. Анализ мокроты можно рассматривать как информативный при количестве эпителиальных клеток не более:

10.

20.

50.

420. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки установка считается правильной, если:

медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от оси симметрии рентгенограммы

медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от края позвоночника

остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины

лопатки выведены за пределы грудной клетки

421. Какие препараты относятся к полным агонистам В2-адренорецепторов:

Сальметерол

Формотерол

Сальбутамол

Метилксантины

422. Противовоспалительный эффект начинает реализоваться после внутривенного введения глюкокортикоидов через:

10-30 минут

60-90 минут

90-120 минут

30-60 минут

423. Иммунодепрессивное действие больших доз глюкокортикоидов начинает проявлять свое действие через:

30 дней от начала применения

7 дней от начала применения

14 дней от начала применения

1 сутки от начала применения

424. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

металлический

тупой

притупленный тимпанит

коробочный

тимпанический

425. Наибольшая минералокортикоидная активность свойственна:

дексаметазону

преднизолону

гидрокортизону

метипреду

426. Амфорическое дыхание может наблюдаться при:

бронхите

эмфиземе легких

бронхиальной астме

абсцессе легкого

очаговой пневмонии

427. Дозы глюкокортикоидов, способные вызвать иммунодепрессивное действие при монотерапии через 7-10 дней от начала их применения:

Большие

Малые

Средние

428. Какой симптом при отеке гортани требует немедленной трахеотомии:

Нарастающий цианоз

Сухие хрипы в легких

Боли при глотании

Осиплость голоса

Затруднение при вдохе

429. Каким терапевтическим действием обладают глюкокортикоиды?

Этиологическим

Специфическим

Неспецифическим

430. Наиболее информативный метод исследования для выявления бронхоэктазов:

Бронхография

Ангиопульмонография

Рентгенография

Компьютерная томография

431. Укажите уровень общего белка крови у больного с нефротическим синдромом:

75 г/л

выше 80 г/л

Ниже 60 г/л

432. Дыхание при эмфиземе легких:

Саккадированное

Бронхиальное

Везикулярное ослабленное

Везикулярное

Везикулярное усиленное

433. Как изменяется активность b2-адренорецепторов под влиянием глюкокортикоидов?

Повышается

Понижается

Не меняется

Глюкокортикоиды вообще не влияют на активность симпато-адреналовой системы

434. Обязательно ли назначение глюкокортикоидов при остром бронхиолите?

Да

Нет

435. Больной может быть отнесен к <злостным курильщикам> при индексе курения не менее:

5 пачек/лет

10 пачек/лет

25 пачек/лет

50 пачек/лет

436. Для большинства больных тяжелой ХОБЛ характерно ежегодное падение ОФВ1 не менее:

20 мл

30 мл

50 мл

100 мл

437. Показанием к назначению системных глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ является:

ОФВ1 от 90 до 100% от должного

ОФВ1 от 80 до 90% от должного

ОФВ1 < 50% от должного

438. Противопоказание для применения термопсиса в качестве отхаркивающего средства:

Хронический гепатит

Язвенная болезнь желудка

Мочекаменная болезнь

Хронический энтероколит

439. Терапия коротко-действующими бронходилататорами показана больным ХОБЛ, начиная:

с 1 стадии

со 2 стадии

с 3 стадии

440. Какой препарат противопоказан больному с острым назофарингитом на фоне обструктивного бронхита?

Ипекакуана

Йодид калия

Термопсис

441. Терапия длительно-действующими бронходилататорами показана больным ХОБЛ, начиная:

с 1 стадии

со 2 стадии

с 3 стадии

442. Показание к назначению антибиотиков при хроническом бронхите:

Усиление одышки

Антибиотики применять не следует

Плохие погодные условия

Выделение гнойной мокроты

Выделение слизистой мокроты

443. Характерное изменение крови при острой бактериальной пневмонии:

Анемия

Эозинофилия

Лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево

Лимфоцитоз

Сдвиг лейкоформулы вправо

444. Исследование мокроты по Грамму неинформативно при:

пневмонии, вызванной клебсиеллой

стафилококковой пневмонии

пневмонии, вызванной хламидиями

пневмококковой пневмонии

445. Какие микроорганизмы существуют внеклеточно?

Пневмококки

Микоплазмы

Легионеллы

Хламидии

446. При какой пневмонии кашель носит непродуктивный, коклюшеподобный характер?

Стафилококковой пневмонии

Пневмококковой пневмонии

Пневмонии Фридлендера

Микоплазменной пневмонии

447. Какой метод введения антибиотиков предпочтителен при абсцессе легкого?

Внутривенный

Ректальный

Внутриартериальный

Пероральный

Внутримышечный

448. Кардинальный клинический признак прорыва абсцесса легкого в бронх:

Внезапная острая боль в груди

Падение артериального давления, коллапс

Внезапное выделение обильной гнойной мокроты с примесью крови

Внезапное повышение температуры тела

Потеря сознания, холодный пот

449. О чем свидетельствует нарастание в плевральной жидкости нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм:

О затухании плеврита

О переходе в хроническое течение

Об угрозе нагноения

450. Препараты, относящиеся к группе цефалоспоринов:

Меронем

Доксициклин

Ломефлоксацин

Цефалексин

451. Какие из симптомов характерны для плеврита туберкулезной этиологии:

Кашель с отхождением ржавой мокроты

Сухой кашель, усиливающийся ночью

Преимущественно ночная потливость

Боли в груди, особенно мучительные по ночам

452. Острые пневмонии при СПИДе вызывают:

кишечные палочки

стафилококки

пневмоцисты

пневмококки

клебсиеллы

453. Основной метод лечения острого абсцесса легкого:

Антибиотики

Хирургический

Переливание крови

Гепаринотерапия

Бронхолитики

454. К группе макролидов принадлежат все перечисленные, кроме:

Эритромицина

Клиндамицина

Азитромицина

Кларитромицина

455. Какой препарат из перечисленных ниже является наиболее эффективным в отношении анаэробных микроорганизмов:

Аминогликозиды

Макролиды

Тетрациклины

Клиндамицин (климицин)

456. К цефалоспоринам с антисинегнойной активностью относятся:

Цефтриаксон

Цефотаксим

Цефепим

Цефуроксим

457. Какой метод исследования можно использовать для этиологической диагностики пневмонии в самом начале заболевания?

Серологическое исследование

Исследование мокроты по Грамму

Иммунологическое исследование

458. Наиболее информативным методом параклинического исследования при малом количестве жидкости в плевральной полости является:

Диффузная сцинтиграфия

Изучение функции внешнего дыхания

Оксигемометрия

Эхоскопия

Бронхоскопия

459. При пневмонии, вызванной легионеллой, эффективны:

аминогликозиды

макролиды

B-лактамные антибиотики

460. Особенность болей при плеврите:

Кратковременная

Длительная

Купируется нитроглицерином

В сочетании с кровохарканьем

Связанная с кашлем и дыханием

461. При пневмококковой пневмонии эффективны:

B-лактамные антибиотики

тетрациклины

аминогликозиды

462. Преобладание в плевральном выпоте лимфоцитов характерно:

Для плеврита при инфаркте легкого

Для плеврита при уремии

Для туберкулезного или опухолевого плеврита

Для плеврита при пневмонии

Для аллергического плеврита

463. Первоочередная задача лечения больного при осложнении острой пневмонии с абсцедированием:

Улучшение бронхиального дренажа

Непрерывная кислородная терапия

Применение УВЧ-терапии

Пункция полости абсцесса

Специфическая иммунотерапия

464. Когда следует сменить препарат при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии при пневмонии?

Через 48 часов

Через 5-7 дней

После полного курса данного препарата

465. Какими микроорганизмами вызывается крупозная пневмония?

Стрептококками

Пневмококками

B. Serrata

Стафилококками

Клебсиеллой

466. Препаратом выбора для лечения и профилактики пневмоцистной пневмонии является:

Эритромицин

Доксициклин

Ванкомицин

Ко-тримоксазол

Рифампицин

467. К В-лактамным антибиотикам относят все перечисленные, кроме:

Амоксициллина

Аугментина

Кларитромицина

Тиенама

Цефтриаксона

468. Антианаэробной активностью обладают все перечисленные антибиотики, кроме:

Аугментина

Авелокса

Таваника

Тиенама

469. В развитой стадии пневмоцистоза на рентгенограмме легких видна:

Крупноочаговая диссеминация в средних и нижних отделах

Участки неоднородного затемнения в нижних отделах легкого

Участки неоднородного затемнения в нижне-задних отделах обоих легких,с инфильтрацией прикорневой области, при прогрессировании - тень в виде "бабочки", "ватное легкое"

470. Для первичного легочного аспергиллеза более характерно:

Хроническое течение (кашель сухой, затем с мокротой, кровохарканье)

Подострое начало (кашель с мокротой, постепенный подъем температуры)

Острое начало (сухой кашель, лихорадка, озноб), затем - кровохарканье

471. Пневмоцистоз относится:

К бактериальным инфекциям

К вирусным инфекциям

К паразитарным заболеваниям

К грибковым заболеваниям

472. Диагностика легочного актиномикоза базируется:

На обнаружении в нативном препарате мокроты и отделяемого из свища друз актиномицета

На положительной реакции связывания комплемента

На положительной реакции преципитации

473. Интервал между сеансами оксигенотерапии (непрерывной) при лечении декомпенсированного легочного сердца не должен превышать в течение суток:

200 минут

150 минут

90 минут

45 минут

474. Для снятия диффузного рефлекторного сосудистого спазма при остром легочном сердце в первую очередь применяют внутривенное введение:

Эуфиллина

Анаприлина

Папаверина

Глюкозо-новокаиновой смеси

Никотиновой кислоты

475. Наибольшее значение в развитии эмфиземы легких имеет:

Повторные переохлаждения

Повторные острые пневмонии

Курение

Пневмония

Алкоголизм

476. Синдром хронического легочного сердца чаще сопутствует:

Бронхиальной астме

Туберкулезу легких

Раку легкого

Хронической обструктивной эмфиземе легких

Бронхоэктатической болезни

477. Непрерывная оксигенотерапия при декомпенсированном легочном сердце проводится с использованием:

60% O2

40% O2

20% O2

478. Наиболее достоверным аускультативным признаком эмфиземы легких являются:

Ослабленное везикулярное дыхание

Рассеянные сухие свистящие хрипы

Бронхиальное дыхание

Усиление голосового дрожания

Жесткое дыхание

479. Первичная эмфизема легких развивается в результате:

Дефицита a1-антитрипсина

ХОБЛ

Бронхиальной астмы

Идиопатического легочного фиброза

480. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим фокусном затемнении в легких с четкими или нечетко сочетанными контурами врач обязан в первую очередь исключить:

Периферический рак легкого

Очаговую пневмонию

Туберкулому легкого

481. Самая частая "маска" аденом бронха:

Острая пневмония

Рецидивирующая пневмония

Хронический бронхит

482. Периферический рак в 1-й стадии заболевания характеризуется обычно:

Небольшим кровохарканьем

Кашлем с мокротой

Одышкой при физической нагрузке

Отсутствием клинических признаков болезни

Сухим кашлем

483. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:

Сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, в части случаев с прожилками крови

Легочное кровотечение

Одышка и потеря массы тела

Лихорадка

484. К быстродействующим В2-агонистам относятся:

Фенотерол

Флутиказон

Недокромил натрия

Сальметерол

485. К развитию экзогенного аллергического альвеолита может привести следующая профессия:

Металлург

Скорняк

Электрик

Слесарь

486. У больного астмой после выписки из стационара 5 месяцев назад на фоне регулярного приема базисной терапии отсутствуют дневные и ночные симптомы, нет ограничения активности и потребности в препаратах неотложной помощи, ПСВ 97% от должного. Определите уровень контроля над заболеванием:

Контролируемая

Частично контролируемая

Неконтролируемая

487. Недостаток М-холинолитиков по сравнению с другими бронхолитиками:

Большая частота побочных эффектов

Системные эффекты

Более позднее начало действия в сравнении с b2-агонистами

488. На дыхательный центр теофиллин действует, вызывая:

Возбуждение

Не действует

Угнетение

489. У больной астмой (аллергический механизм) 2 раза в неделю возникают приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания, которые исчезают или самостоятельно, или после ингаляции b2-антагонистов. Активность и сон не нарушены. Определите тяжесть течения астмы:

Тяжелое течение

Средне-тяжелое течение

Легкое течение

490. Фенотерол, сальбутамол относятся:

К ингибиторам фосфодиэстеразы

К неселективным стимуляторам b-адренорецепторов

К b2-агонистам

К антихолинергическим средствам

491. Первым препаратом при поступлении больного с обострением бронхиальной астмы в отделение неотложной помощи должен быть:

Эуфиллин внутривенно

В2-агонист ингаляционно

Сульфат магния внутривенно

Преднизолон внутривенно

Преднизолон per os

492. В состав Беротека входит:

Фенотерола гибробромид 200 мкг

Ипратропиума бромид 20 мкг

Тербуталина сульфат 250 мкг

Флунизолида гемигидрат 250 мкг

493. Укажите ингаляционные глюкокортикостероиды (из перечисленных):

Бекотид

Бриканил

Кеналог

494. К комбинированным препаратам для базисной терапии относятся:

Серетид

Симбикорт

Беклазон Эко

495. b2-агонисты оказывают следующие фармакологические эффекты:

Бронходилатация, активизация функции мерцательного эпителия, положительный хронотропный эффект, снижение тонуса матки

Снижение тонуса матки, антиаллергическое действие, подавление функции мерцательного эпителия, бронходилатация, отрицательный хронотропный эффект

Бронхокострикция, снижение тонуса матки, отрицательный хронотропный эффект, антиаллергическое действие

496. Беродуал относится:

К ингаляционным противовоспалительным средствам

К неселективным b-адреностимуляторам

К комбинированным бронхолитическим средствам

497. Важнейший клинический признак эффективности проводимой терапии астматического статуса:

Увеличение количества отделяемой мокроты

Уменьшение отхождения мокроты

Уменьшение одышки

498. Рекомендуемая доза преднизолона per os при терапии обострения Бронхиальной астмы средней тяжести:

10-20 мг

20-30 мг

40-50 мг

499. Рекомендуемая длительность повышенной дозы преднизолона per os при терапии обострения Бронхиальной астмы средней тяжести:

2-3 дня

3-4 дня

5-7 дней

500. Приступы бронхоспазма, вызванные физическим усилием, могут быть предотвращены с помощью профилактического применения:

Ипратропиума бромида

Беклометазона дипропионата

B2-агонистов

Тровентола

501. Возможно ли наличие бронхиальной астмы у больного при отсутствии сухих хрипов при аускультации?

Да

Нет

502. Можно ли исключить диагноз пневмонии, если при рентгенографическом исследовании легких нет признаков, свидетельствующих о поражении их респираторного отдела?

Да

Нет

503. По какому функциональному показателю оценивается степень тяжести при ХОБЛ?

ОФВ1/ФЖЕЛ

ФЖЕЛ

ЖЕЛ

ОФВ1

504. Как следует поступить при обследовании больных с затяжным течением пневмонии?

Провести повторное цитологическое исследование мокроты для

выявления опухолевых клеток и бронхоскопию

Провести компьютерную томографию легких

Определить содержание фибриногена в сыворотке крови

505. Какие бронхолитики используются для лечения ХОБЛ?

Холинолитики

Теофиллины

В2-агонисты

Ингибиторы фосфодиэстеразы 4 типа

506. Функциональные показатели, характерные для необструктивного бронхита:

ОФВ1/ФЖЕЛ-68% ОФВ1-39%

ОФВ1/ФЖЕЛ-56% ОФВ1-53%

ОФВ1/ФЖЕЛ-68% ОФВ1-85%

ОФВ1/ФЖЕЛ-75% ОФВ1-82%

507. Преимущества небулайзерной бронхолитической терапии по сравнению с терапией в дозированным ингаляторе:

Портативность ингаляционной системы

Отсутствие координации с вдохом

Возможность подключения в контур ИВЛ

Большая доза ингалируемых препаратов

Большая длительность ингаляции

508. Простейший прибор для определения бронхиальной обструкции:

Спирограф

Плетизмограф

Пикфлоуметр

509. Рациональное сочетание средств для проведения комбинированной антибактериальной терапии при тяжелой пневмонии:

Пенициллины и тетрациклины

Цефалоспорины III поколения и макролиды

Пенициллины и аминогликозиды

Пенициллины и сульфаниламиды

510. Что характерно для крайне-тяжелой ХОБЛ?

Легочная гипертензия

ОФВ1 меньше 30% от должных величин

Дыхательная недостаточность

511. Самый надежный метод диагностики дыхательной недостаточности:

спирография

пульсоксиметрия

газоанализ артериальной крови

512. Как следует поступить при возникновении синдрома "немого легкого" при жизнеугрожаемом обострении бронхиальной астмы?

Увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов

Перевести больного на ИВЛ

Использовать b2-агонисты в высоких дозах через небулайзер

513. Основной метод диагностики ХОБЛ:

Бронхоскопия

Рентгенография легких

Спирография

Цитология мокроты

514. Антилейкотриеновые препараты:

интал

монтелукаст

омализумаб

зафирлукаст

515. Бронхорасширяющие препараты группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия:

Теотард

Ретафил

Эуфиллин

Теопэк

Теодур

Теофедрин

Теофиллин

516. Через какой период следует прекратить лечение антибиотиками острой пневмонии?

Через 3 дня после нормализации температуры тела

После устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания

После исчезновения сухих хрипов в легких

Через 1 неделю после начала лечения

517. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это:

Боли в груди и одышка

Боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

Лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди

Лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка

518. С какого препарата начинают лечение отека Квинке:

С адреналина

С сердечных гликозидов

С b2-адреностимуляторов

519. Диспансерное наблюдение за пациентами с артериальной гипертонией 1-3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертонии устанавливается (Приказ МЗ РФ 168н от 2022 г.) не менее раз в год:

Не менее 1 раза в год

Не менее 2 раз в год

Не менее 3 раз в год

Не менее 4 раз в год

520. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с Хронической обструктивной болезнью легких устанавливается (Приказ МЗ РФ 168н от 2022 г.) не менее, чем \_\_ раз в год:

1 раз в 2 года

1-3 раза в год

4 раза в год

6 раз в год

521. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с состоянием после перенесенной пневмонии (Приказ МЗ РФ 168н от 2022 г.) устанавливается не менее, чем через:

1 год

2 раза в год

4 раза в год

6 раз в год

522. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с сахарным диабетом 2 типа без осложнений с исследованием уровня HbA в крови не менее, чем:

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 3 месяца

2 раза в год

3 раза в год

523. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с предиабетом с исследованием уровня HbA в крови (Приказ МЗ РФ 168н от 2022 г.) не менее, чем:

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 1 год

2 раза в год

3 раза в год

524. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами со стенозом внутренней сонной артерии от 40 до 70% устанавливается (Приказ МЗ РФ 168н от 2022 г.) не менее, чем \_\_раза в:

1 раз 3 месяца

2 раза в год

4 раза в год

6 раз в год

525. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с Фибрилляцией и (или) трепетанием предсердий устанавливается (Приказ МЗ РФ 168н от 2022 г.) не менее, чем \_\_раза в:

1 раз 3 месяца

2 раза в год

4 раза в год

6 раз в год

526. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ (при уровне общего холестерина более 8,0 ммоль/л) устанавливается не менее, чем \_\_ раз в год:

1 раз в год

2 раза в год

4 раза в год

6 раз в год

527. Минимальная периодичность диспансерного наблюдения за пациентами с последствиями перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения в течение 1 года после ОНМК устанавливается не менее, чем :

1 раз в 6 месяцев

1 раз в 3 месяца

не менее 2 раза в год

1 раз в год