**Тестовые задания для проведения промежуточной**

**аттестации**

Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

**МОДУЛЬ КАРДИОЛОГИЯ**

**Гипертоническая болезнь**

1. К ФАКТОРАМ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ:

1. Наследственность
2. Избыточное употребление поваренной соли
3. Хронический стресс
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

2. ЭКГ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РЕДКО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:

1. Гипертонической болезни
2. Аортальном стенозе
3. Дилатационной кардиомиопатии
4. Пролапсе митрального клапана
5. Коарктации аорты

3. НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ:

1. АД < 160/95 мм рт. ст.
2. АД < 180/110 мм рт. ст.
3. АД < 140/90 мм рт. ст.
4. АД < 130/85 мм рт. ст.
5. АД < 120/80 мм рт. ст.

4. В ОЦЕНКЕ РИСКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. Уровень артериального давления
2. Наличие других факторов риска
3. Поражение органов-мишеней
4. Наличие ассоциированных клинических состояний
5. Все перечисленное

5. К АССОЦИИРОВАННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ НЕ ОТНОСЯТ:

1. Стенокардию
2. Облитерирующий атеросклероз
3. Инфаркт-пневмонию
4. Сахарный диабет
5. Инфаркт миокарда

6. ЦЕЛЕВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ:

1. АД < 160/95 мм рт. ст.
2. АД < 180/110 мм рт. ст.
3. АД < 140/90 мм рт. ст.
4. АД < 130/85 мм рт. ст.
5. АД < 120/80 мм рт. ст.

7. ДЛЯ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЛУЧШЕ ВСЕГО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА:

1. Показатели электрокардиограммы
2. Показатели суточного мониторирования АД
3. Показатели эхокардиографии
4. Уровень холестерина в крови
5. Данные рентгенографии грудной клетки

8. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 12 месяцев
4. 3 года
5. Пожизненно

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

1. Диуретики
2. Бета-блокаторы
3. Препараты раувольфии
4. Ингибиторы АПФ
5. Антагонисты кальция

10. ПРИ РЕЗКОМ ПОДЪЕМЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ) НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С:

1. Внутривенного введения сульфата магния
2. Приема таблетки каптоприла под язык
3. Перорального приема диуретиков (гипотиазида)
4. Рассасывания под языком таблетированных бета-блокаторов (анаприлина)
5. Ничего из перечисленного

**Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия**

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Избыточная масса тела
2. Гиперхолестеринемия
3. Психоэмоциональное напряжение
4. Гиподинамия
5. Избыточное потребление поваренной соли

2. АНТИАТЕРОГЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

1. Хиломикроны
2. ЛПОНП
3. «Ремнантные» частицы
4. ЛПНП
5. ЛПВП

3. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ:

1. Артерии крупного и среднего калибра
2. Артериолы
3. Капилляры
4. Глубокие вены
5. Поверхностные вены

4. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СЧИТАЕТСЯ СУЖЕНИЕ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ:

1. Не менее 10%
2. Не менее 25%
3. Не менее 40%
4. Не менее 50-75%
5. Не менее 90%

5. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ:

1. Стенокардия напряжения
2. Стенокардия покоя
3. Вариантная стенокардия
4. Правильный ответ 1 и 2
5. Правильный ответ 1 и 3

6. ДЛЯ ТИПИЧНОЙ СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ:

1. За грудиной
2. В области верхушки сердца
3. Под левой лопаткой
4. В левом плече
5. В левой половине грудной клетки

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ?

1. Подъем сегмента ST при проведении ортостатической пробы
2. Положительная проба с бета-блокаторами
3. Появление глубоко зубца Q при велоэргометрии
4. Депрессия сегмента ST при велоэргометрии
5. Депрессия сегмента ST при пробе с гипервентиляцией

8. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ:

1. Сублингвальный прием нитроглицерина
2. Прием бета-блокаторов
3. Подкожное ведение промедола
4. Внутривенное ведение сульфата магния
5. Ничего из перечисленного

9. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СЧИТАЮТСЯ:

1. Статины
2. Антагонисты кальция
3. Бета-блокаторы
4. Аспирин
5. Нитраты

10. ДЛЯ ПОСТОЯННОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. Бета-блокаторы
2. Антагонисты кальция
3. Нитраты
4. Ингибиторы АПФ
5. Спазмолитики

**Инфаркт миокарда**

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Острая ишемия миокарда
2. Воспаление миокарда
3. Некроз миокарда
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

2. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Спазм коронарных артерий
2. Коронарный тромбоз вследствие нестабильности атеросклеротической бляшки
3. Резкое повышение потребности миокарда в кислороде при физической нагрузке
4. Правильные ответы 1 и 2
5. Правильных ответов нет

3. ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТЬЮ НАЗЫВАЮТ СМЕРТЬ:

1. При остром инфаркте миокарда
2. Смерть при документированной асистолии
3. Смерть при документированной фибрилляции желудочков
4. Смерть в течении 6-ти часов после возникновения неблагоприятных симптомов
5. Все ответы правильные

4. ОСНОВНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ:

1. Инверсии зубца Т
2. Подъема сегмента ST
3. Патологического зубца Q
4. Депрессии сегмента ST
5. Снижение высоты зубца R

5. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ:

1. Креатинфосфокиназы
2. Аспарагиновой трансаминазы
3. МВ-КФК
4. Лактатдегидрогеназа
5. Тропонина Т

6. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Электрокардиография
2. Фонокардиография
3. Рентгенография грудной клетки
4. Реография грудной клетки
5. Компьютерная томография сердца

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Кардиогенный шок
2. Сердечная астма и отек легких
3. Синдром Дресслера
4. Правильные ответы 1 и 2
5. Правильных ответов нет

8. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ:

1. Резкое снижение сократительной функции левого желудочка
2. Стрессовая реакция на боль
3. Артериальная гипотония
4. Развивающиеся нарушения ритма
5. Гиповолемия

9. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ:

1. Анальгин
2. Нестероидные противовоспалительные средства
3. Наркотические анальгетики
4. Седативные препараты
5. Все перечисленное

10. ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. Аспирина
2. Ингибиторов АПФ
3. Бета-блокаторов
4. Антагонистов кальция
5. Статинов

**Инфекционный эндокардит**

1. ФАКТОРАМИ РИСКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Двустворчатый аортальный клапан
2. Пролапс митрального клапана с регургитацией
3. Протезирование клапанов сердца
4. Инъекционная наркомания
5. Все перечисленное

2. В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

1. Бактериальная инфекция
2. Вирусная инфекция
3. Микоплазменная нфекция
4. Риккетсиозная инфекция
5. Грибковая инфекция

3. В КЛАССИФИКАЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА (ИЭ) ВЫДЕЛЯЮТ:

1. ИЭ на неизмененных клапанах
2. ИЭ на измененных клапанах
3. ИЭ протезированных клапанов
4. ИЭ у инъекционных наркоманов
5. Все перечисленное

4. КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕВЕРНО В ОТНОШЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА?

1. Повышение температуры и озноб являются частым симптомом
2. С самого начала болезни следует назначить кортикостероиды
3. В дебюте болезни могут быть артралгии
4. Фактором риска является катетеризация сосудов
5. Узелки Ослера не являются частым симптомом

5. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ:

1. Поражение митрального клапана
2. Поражение аортальных клапанов
3. Поражение трехстворчатого клапана
4. Поражение клапанов легочной артерии
5. Формирование дефекта в межпредсердной перегородке

6. ВЕДУЩИЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА:

1. Расширение полостей сердца
2. Наличие вегетаций на клапанах
3. Снижение фракции выброса
4. Утолщение межжелудочковой перегородки
5. Все перечисленное

7. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА НАЗНАЧЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ НЕОБХОДИМА ПРИ:

1. Гипертоническом кризе
2. Экстракции зуба
3. Обрезании крайней плоти
4. Внутривенных инъекциях
5. Интенсивной физической нагрузке

8. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПОКАЗАНА ПРИ:

1. Кровоточащих порезах
2. Удаление зубного камня
3. Экстракции зуба
4. Правильный ответ 2 и 3
5. Правильного ответа нет

9. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА (ИЭ) ПРИ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБА ПОКАЗАНА:

1. У пациентов со средним и высоким риском развития ИЭ
2. У пациентов с риском развития ИЭ любой степени
3. В любых случаях экстракции зуба
4. При наличии пульпита
5. Профилактика не проводится

10. ПРИ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ЛИЦ ВЫСОКОГО РИСКА НЕОБХОДИМО:

1. Назначение амоксициллина в дозе 2 г внутрь за 1 час до манипуляции
2. Назначение амоксициллина в дозе 2 г внутрь после экстракции зуба
3. Профилактику эндокардита проводить не надо
4. Внутримышечное введение гентамицина
5. Ультрафиолетовое облучение лунки зуба после остановки кровотечения

**Хроническая сердечная недостаточность**

1. ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. Гипертоническая болезнь
2. Ишемическая болезнь сердца
3. Пороки сердца
4. Дилатационная кардиомиопатия
5. Аневризма аорты

2. В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

1. Нейрогуморальная активация
2. Снижение сократительной функции миокарда
3. Развитие левожелудочкового ремоделирования
4. Увеличение периферического сосудистого сопротивления
5. Все перечисленное

3. В КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫДЕЛЯЮТ:

1. Две стадии
2. Три стадии
3. Четыре стадии
4. Пять стадии
5. Шесть стадии

4. В КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫДЕЛЯЮТ:

1. Два функциональных класса
2. Три функциональных класса
3. Четыре функциональных класса
4. Пять функциональных классов
5. Шесть функциональных классов

5. ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Влажные хрипы в нижних отделах легких
2. Положение ортопноэ
3. Одышка при физической нагрузке
4. Асцит
5. Ночной кашель

6. ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЯ В БОЛЬШОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Одышка при физической нагрузке
2. Увеличение печени
3. Отеки на ногах
4. Асцит
5. Все кроме пункта 1

7. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОПТИМАЛЬНЫМ СЛУЖИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ:

1. Уровня общего холестерина
2. Активности ангиотензинпревращающего фермента
3. Уровня холинэстеразы
4. Мозгового натрийуретического пептида
5. МВ-КФК

8. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХСН ЛУЧШЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. Эхокардиографию
2. Тест с 6-минутной ходьбой
3. Электрокардиографию
4. Определение функции внешнего дыхания
5. Определение уровня холестерина

9. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Сердечные гликозиды
2. Диуретики
3. Ингибиторы АПФ
4. Антагонисты кальция
5. Нитраты

10. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДИГОКСИНА ПРИ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Наличие отеков
2. Мерцательная аритмия
3. Увеличение печени
4. Желудочковая экстрасистолия
5. Синусовый ритм

**МОДУЛЬ РЕВМАТОЛОГИЯ**

**Ревматоидный артрит**

1. ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ РУК В ВИДЕ «ПУГОВИЧНОЙ ПЕТЛИ» И «ШЕИ ЛЕБЕДЯ» ВОЗНИКАЕТ ПРИ

* 1. Ревматоидном артрите
	2. остеоартрозе
	3. Острой ревматической лихорадке
	4. СКВ
	5. Системной склеродермии

2. КАКИЕ СУСТАВЫ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ?

1. Крупные суставы
2. Проксимальные межфаланговые
3. Первый плюсне-фаланговый сустав
4. Суставы шейного отдела позвоночника
5. Дистальные межфаланговые

3. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖНО ОЖИДАТЬ ОТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ?

1. Ульцерогенное действие
2. Гиперхолестеринемия
3. Нарушение ритма сердца
4. Боли в сердце
5. Все, выше перечисленное, верно

4. НАЗОВИТЕ ТИПИЧНЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

1. Выпотной плеврит
2. Легочная гипертензия
3. Кровохарканье
4. Фиброзирующий альвеолит
5. Бронхоэктазы

5. КАКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА?

1. Выявление остеофитов
2. Эрозии суставных поверхностей
3. Расширение суставной щели
4. Остеосклероз
5. Все, выше перечисленное, верно

6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА?

1. Утренняя скованность
2. Болезненность при пальпации ахиллова сухожилия
3. Усиление болей при физической нагрузке
4. «механическая» боль в крупных суставах
5. Все, выше перечисленное

7. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

1. Поражение крупных суставов
2. Поражение мелких суставов
3. Поражение I плюснефалангового сустава
4. Ульнарная девиация костей
5. Все, выше перечисленное, неверно

8. КАКИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

1. Обнаружение антимитиохондриальных антител
2. Обнаружение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
3. Обнаружение антиядерных антител
4. Повышение лейкоцитов в крови
5. Все, выше перечисленное, верно

9. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ:

1.Радиальные девиации

2.Ульнарные девиации

3.Узелки Гебердена

4.Узелки Бушара

5.Контрактуры Дюпюитрена

10. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ:

1.Снижение вязкости

2.Увеличение вязкости

3.Наличие рагоцитов

4.Наличие ЛЕ-клеток

5.Пониженное содержание глюкозы

**Остеоартроз**

1. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

1. «Механические» боли
2. Длительная утренняя скованность
3. Повышение кожной температуры над суставом
4. Припухлость сустава
5. Гиперпигментация кожи над пораженным суставом

2. КАКИЕ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА:

1. Ожирение
2. Гипертиреоз
3. Гипотиреоз
4. Правильно 1 и 3
5. Все, выше перечисленное, неверно

3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА?

1. Механический характер болей
2. Деформация суставов
3. Утренняя скованность
4. Ограничение подвижности суставов
5. Преимущественное поражение нагрузочных суставов

4. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖНО ОЖИДАТЬ ОТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ?

1. Ульцерогенное действие
2. Снижение артериального давления
3. Нарушение ритма
4. Боли в сердце
5. Все, выше перечисленное, верно

5.РАЗВИТИЕ СИМПТОМА «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СВЯЗАНО:

1. С травмой менисков
2. Со скоплением жидкости в заворотах сустава
3. С разрывом крестообразных связок
4. С наличием свободного внутрисуставного тела
5. С наличием крупных остеофитов

6. ТИПИЧНЫЕ БОЛИ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ:

1. Стихают в покое, усиливаются после нагрузки
2. Уменьшаются после нагрузки, усиливаются к утру
3. Сопровождаются длительной утренней скованностью
4. Все перечисленное, верно
5. Все перечисленное, неверно

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ:

1. Биопсия синовиальной оболочки
2. Исследование синовиальной жидкости
3. Рентгенография суставов
4. Клинический и биохимический анализ крови
5. Ультразвуковое исследование

8. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА – ЭТО КОСТНЫЕ УТОЛЩЕНИЯ:

1. Пястнофаланговых суставов
2. Дистальных межфаланговых суставов кисти
3. Плюснефаланговых суставов
4. Проксимальных межфаланговых суставов кисти
5. Проксимальных межфаланговых суставов стопы

9. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ:

1. Сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз
2. Околосуставной остеопороз, подвывихи суставов
3. Костный анкилоз
4. Сужение суставной щели, краевые эрозии суставных поверхностей
5. Сужение суставной щели, костный анкилоз

10. В КЛАССИФИКАЦИИ ОСТЕОАРТРОЗА ПО KELLGREN И LAWRENCE ВЫДЕЛЯЮТ

1. Три стадии (I, II, III)
2. Четыре стадии (0, I, II, III)
3. Пять стадий (0, I, II, III, IV)
4. Две стадии (I, II)
5. Нет деления по стадиям

**Острая ревматическая лихорадка**

1. НАЗОВИТЕ "БОЛЬШИЕ" ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

1. Кардит
2. Полиартрит
3. Хорея
4. Кольцевидная эритема
5. Все, выше перечисленное, верно

2. НАЗОВИТЕ ВИДЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА:

1. Круглогодичная
2. Сезонная
3. Текущая
4. Все, выше перечисленное, верно
5. Все, выше перечисленное, неверно

3. УКАЖИТЕ "МАЛЫЕ" ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

1. Обнаружение ревматоидного фактора в крови
2. Повышение СОЭ
3. Кардит
4. Полиартрит
5. Кольцевидная эритема

4. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ?

1. Возникновение после стрессорных воздействий
2. Отсутствие латентного периода после инфекции
3. Латентный период от 1 до 3-х недель после стрептококковой инфекции
4. Развитие на фоне существующего порока сердца
5. Все, выше перечисленное, верно

5. УКАЖИТЕ "МАЛЫЕ" ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

1.Обнаружение ревматоидного фактора в крови

2.Повышение титра СРБ

3.Кардит

4.Полиартрит

5.Кольцевидная эритема

6. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РЕВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

1.Поражение крупных суставов

2.Поражение мелких суставов

3.Поражение I плюснефалангового сустава

4.Ульнарная девиация костей

5.Стойкая деформация суставов

7. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ?

1.Возникновение после стрессорных воздействий

2.Отсутствие латентного периода после инфекции

3.Латентный период от 1 до 3-х недель после инфекции

4.Развитие на фоне существующего порока сердца

5.Все, выше перечисленное, верно

8. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ПРИ РЕВМАТИЗМЕ?

1. "Малая хорея"
2. Энцефалит
3. Менингоэнцефалит
4. Геморрагический инсульт
5. Все, выше перечисленное, верно

9. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭРИТЕМЫ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ?

1. Нестойкость поражения, отсутствие субъективных ощущений

2. Стойкость поражения, отсутствие субъективных ощущений

3. Нестойкость поражения, наличие субъективных ощущений в виде боли и зуда в области высыпаний

4. Стойкость поражения, наличие субъективных ощущений в виде боли и зуда в области высыпаний

5. Геморрагический характер высыпаний

10. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ?

1. Наличие одного большого критерия

2. Наличие двух больших критериев

3. Наличие трех больших критериев

4. Подтверждение стрептококковой природы заболевания

5. Наличие одного большого и двух малых критериев

**МОДУЛЬ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

**Хроническая обструктивная болезнь легких**

1. КАКИЕ КЛЕТКИ ИГРАЮТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХОБЛ?

1. Лимфоциты
2. Нейтрофилы
3. Эозинофилы
4. Макрофаги
5. Базофилы

2. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ):

1. Гиперпродукция мокроты
2. Нарушение мерцательного эпителия
3. Перибронхиальный фиброз
4. Хроническое воспаление бронхов
5. Утомление дыхательной мускулатуры

3. ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) – ЭТО:

1. Инфекция
2. Курение
3. Недоношенность
4. Гиповитаминоз
5. Алкоголь

4. ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. Кашлем с выделением мокроты, одышкой
2. Диффузным цианозом
3. Отеками, увеличением печени
4. Набуханием шейных вен
5. Всеми перечисленными симптомами

5. ОСНОВНЫМ (БАЗИСНЫМ) НАПРАВЛЕНИЕМ ТЕРАПИИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Антибактериальная терапия
2. Бронхолитическая терапия
3. Муколитическая терапия
4. Кислородотерапия
5. Применение глюкокортикоидов

6. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБИОТИКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Нарастание дыхательной недостаточности
2. Появление симптомов сердечной недостаточности
3. Гнойная мокрота
4. Бронхоспастический синдром
5. Усиление кашля

7. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО:

1. Увеличение индекса Тиффно
2. Уменьшение ОФВ-1
3. Увеличение ОФВ-1
4. Увеличение ЖЕЛ
5. Уменьшение резервного объема вдоха

8. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ХОБЛ?

1. Экспираторная одышка
2. Сухие хрипы в легких
3. Акроцианоз
4. Коробочный звук при перкуссии легких
5. Ослабленное дыхание при аускультации

9. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ, БРОНХИТ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ ХРОНИЧЕСКИМ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ОТКАШЛИВАЕТ МОКРОТУ НА ПРОТЯЖЕНИИ БОЛЬШИНСТВА ДНЕЙ:

1. Не менее 3 месяцев подряд в течение более 2 лет подряд
2. Не менее 2 месяцев подряд в течение более 3 лет подряд
3. Не менее 2 месяцев подряд в течение более 2 лет подряд
4. Не менее 3 месяцев подряд в течение более 3 лет подряд
5. Не менее 1 месяца ежегодно в течение более 2 лет подряд

10. УКАЖИТЕ ВНЕЛЁГОЧНОЕ (СИСТЕМНОЕ) ПРОЯВЛЕНИЕ ХОБЛ:

1. Амилоидоз почек
2. Хроническая сердечная недостаточность
3. Остеопороз
4. Сахарный диабет
5. Атеросклероз

**Бронхиальная астма**

1. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. Аллергены животных
2. Наследственная предрасположенность
3. Растительные аллергены
4. Бытовые аллергены
5. Курение

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С УСПЕХОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. Кетотифен
2. Адреномиметики
3. Интал
4. Глюкокортикоиды
5. Протеолитические ферменты

3. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

1. Аллергическая наследственность
2. Связь обострений с сезоном цветения трав
3. Приступы удушья при контакте с домашней пылью
4. Обострения заболевания при вирусной инфекции
5. Аллергические заболевания в анамнезе

4. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. Выраженность одышки
2. Частота приступов удушья
3. Суточное количество мокроты
4. Выраженность кашля
5. Снижение ОФВ-1

5. ПРИЗНАКОМ 2-ОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. «Немое» легкое
2. Свистящие хрипы в легких
3. Непродуктивный кашель
4. Коробочный звук при перкуссии легких
5. Боли в грудной клетке

6. КАКИЕ КЛЕТКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СЕКРЕТИРУЮТ ОСНОВНЫЕ БРОНХОКОНСТРИКТОРНЫЕ МЕДИАТОРЫ?

1. Тучные клетки
2. В-лимфоциты
3. Эозинофилы
4. Т-лимфоциты
5. Макрофаги

7. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ПРИСТУПЕ УДУШЬЯ?

1. Антилейкотриеновые препараты
2. Ингаляционные глюкокортикоиды
3. Бета-2-адреномиметики короткого действия
4. Кромогликат натрия
5. Пролонгированные теофиллины

8. У БОЛЬНОЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АТСМОЙ ВО ВРЕМЯ ВЫРАЖЕННОГО ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ ВЫЯВЛЕНЫ УЧАСТКИ, В КОТОРЫХ НЕ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ. ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

1. Дыхательной недостаточности
2. Острого легочного сердца
3. Астматического статуса
4. Подострого легочного сердца
5. Левожелудочковой недостаточности

9. «НЕМОЕ» ЛЕГКОЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ – ЭТО ПРИЗНАК:

1. Острой дыхательной недостаточности
2. I стадии астматического статуса
3. II стадии астматического статуса
4. III стадии астматического статуса
5. Острой левожелудочковой недостаточности

10. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. Сухие свистящие хрипы в легких, выявляемые при аускультации
2. Акцент II тона над легочной артерией
3. Сухой кашель
4. Набухание шейных вен
5. Эозинофилы в мокроте

**МОДУЛЬ ГЕМАТОЛОГИЯ**

**Анемии**

1. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩЕМ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Ферритин

2. Трансферрин

3. Железо сыворотки крови

4. Общая железосвязывающая способность сыворотки

5. Процент насыщения трансферрина

2. ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

1. Кровопотерь при месячных, сопровождающихся обильными и длительными кровопотерями
2. Геморроя
3. Болезни Рандю-Ослера
4. Опухоли желудочно-кишечного тракта
5. Хронического гастрита с пониженной секреторной функцией

3. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ:

1. Макроцитоз в периферической крови

2. Микросфероцитоз в периферической крови

3. Анизо-пойкилоцитоз со склонностью к микроцитозу

4. Отложение гранул гемосидерина в костном мозге

5. Положительная проба Кумбса

4. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

1. Врожденный

2. Недостаточное содержание в пище

3. Нарушение всасывания железа в кишечнике

4. Нарушение транспорта и депонирования

5. Повышенный расход (кровопотеря, беременность)

5. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

1. Переливать цельную кровь
2. Переливать эритровзвесь
3. Вводит внутривенно Ferrum Lek
4. Длительно принимать препараты железа внутрь
5. Препараты железа сочетать с витаминами группы в

6. ПРИ ВЫБОРЕ ДИЕТИЧЕСКОГО РЕЖИМА БОЛЬНЫМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1. Сырую печень

2. Гречневую крупу

3. Яблоки

4. Зелень

5. Мясные продукты

7. ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДОВОЛЬНО ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. Извращения вкуса и обоняния

2. Койлонихий

3. Ломкости и сухости волос

4. Мышечной слабости

5. Гипертрихоза

8. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АНЕМИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО УРОВНЮ:

1. Гемоглобина

2. Гематокрита

3. Эритроцитов

4. Ретикулоцитов

5. Все перечисленное верно

9. ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРОВОДИТСЯ У ВСЕХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН КРОМЕ:

1. Женщин с полименореей
2. Доноров
3. Больных, с резецированным желудком
4. Лиц с хронической, трудно устраняемой кровопотерей
5. Правильного ответа нет

10. ДЛЯ КАКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРЕН «ЯЗЫК ХАНТЕРА» (ГЮНТЕРА–МИЛЛЕРА):

1. Железодефицитной

2. В12 – дефицитной

3. Апластической

4. Гемолитической

5. Острой постгеморрагической

**Острые лейкозы**

1. В НОРМАЛЬНОЙ МИЕЛОГРАММЕ ПРОЦЕНТ БЛАСТНЫХ КЛЕТОК СОСТАВЛЯЕТ:

1. 0%

2. 0,5 -1%

3. 0 -5%

4. 1 – 20%

5. более 20%

2. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ:

1. Апластической анемии

2. Хронического миелолейкоза

3. Хронического лимфолейкоза

4. Острого лейкоза

5. Гемолитической анемии

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

1. Биопсию лимфатического узла

2. Стернальную пункцию

3. Пункцию селезенки

4. Определение числа ретикулоцитов

5. Пробу Кумбса

4. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

1. Лейкоцитоз

2. Лейкопению

3. Нормальное количество лейкоцитов

4. Все варианты встречаются

5. Верны варианты 1 и 2

5. КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ ОСНОВАНА НА:

1. Клинической картине заболевания

2. Анамнестических данных

3. Степени зрелости клеточного субстрата опухоли

4. Продолжительности жизни больного

5. Ответе на проводимую терапию

6. РЕМИССИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОЗНАЧАЕТ:

1. Выздоровление

2. Нормализацию клинической симптоматики

3. Нормализацию показателей крови и миелограммы

4. Верно 2 и 3

5. Пятилетнюю выживаемость

7. РЕЦИДИВ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОЗНАЧАЕТ:

1. Появление бластов в гемограмме

2. Появление бластов в миелограмме

3. Появление лимфоаденопатии и спленомегалии

4. Верно 1 и 2

5. Все верно

8. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ СЛЕДУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ:

1. Начала острого лейкоза.
2. Хронического лимфолейкоза.
3. Хронического миелолейкоза
4. Инфекционного мононуклеоза.
5. Лейкемоидной реакции.

9. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ:

1. Лейкоцитоз в периферической крови

2. Анемию

3. Гепато и спленомегалию

4. Тромбоцитопению

5. Выявить увеличение количества бластов в миелограмме более 20%

10. В ОСНОВЕ ДЕЛЕНИЯ ЛЕЙКОЗОВ НА ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЖИТ:

* 1. Характер течения заболевания
	2. Возраст больного
	3. Длительность заболевания
	4. Степень анаплазии элементов кроветворения
	5. Степень угнетения нормальных ростков кроветворения

**Хронические лейкозы**

1. ФИЛАДЕЛЬФИЙСКУЮ ХРОМОСОМУ (T(9;22)) ПРИ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ:

1. Хроническом миелолейкозе

2. Хроническом лимфолейкозе

3. Лимфогранулематозе

4. При хроническом миелолейкозе и лимфолейкозе

5. Апластической анемии

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА И ЛЕЙКЕМОИДНОЙ РЕАКЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

1. Анализ крови

2. Анализ миелограммы

3. Цитогенетическое исследование на наличие Филадельфийской хромосомы

4. УЗИ внутренних органов с размерами селезенки

5. Посев крови

3. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Лимфоаденопатия

2. Лейкопения

3. Криоглобулинемия

4. Спленомегалия

5. Снижение уровня сывороточного железа

4. В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

1. Лейкоцитоз

2. Соотношение зрелых и незрелых гранулоцитов

3. Анемия

4. Обнаружение Филадельфийской хромосомы

5. Спленомегалия

5. БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ < 30 ЛЕТ В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:

1. Трансплантацию костного мозга

2. Интерферон

3. Иматиниб (гливек)

4. Гидроксимочевину

5. Полихимиотерапию

6. ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ АНАЛИЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Увеличение числа лейкоцитов и лимфоцитов

2. Увеличение числа лейкоцитов и сдвиг до миелоцитов

3. Увеличение клеток типа плазмоцитов

4. Тромбоцитопения

5. Лейкопения

7.ТЕНИ БОТКИНА—ГУМПРЕХТА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ:

1. Острого миелобластного лейкоза.
2. Острого лимфобластного лейкоза.
3. Хронического лимфолейкоза.
4. Хронического миелолейкоза.
5. Мегалобластной анемии.

8. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ДАЕТ ОСНОВАНИЯ ПОДОЗРЕВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ?

1. Лихорадка, поддающаяся лечению антибиотиками

2. Кровоточивость и кожный зуд

3. Увеличение шейных лимфатических узлов

4. Лейкопения и гиперхромная анемия

5. Спленомегалия и гиперлейкоцитоз

9. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО:

1. Болеют преимущественно пожилые мужчины

2. Необходимо как можно раньше начинать цитостатическую терапию

3. Отсутствуют нарушения иммунитета

4. Количество лимфоцитов в пунктате костного мозга – 20%

5. Все перечисленное верно

10. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ПРИЧИННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ:

* 1. Хроническом миелолейкозе
	2. Хроническом лимфолейкозе
	3. Остром миелобластном лейкозе
	4. Остром лимфобластном лейкозе
	5. Все ответы верны

**МОДУЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

**Язвенная болезнь**

1. У БОЛЬНОГО НОЧНЫЕ БОЛИ, ИЗЖОГА, ТОШНОТА, РВОТА, ОБЛЕГЧАЮЩАЯ БОЛИ. ЧЕМ ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО?

1. Панкреатит
2. Язва тела желудка
3. Хронический холецистит
4. Язва пилородуоденальной зоны
5. Субкардинальная язва

2. БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 20 МИН ПОСЛЕ ЕДЫ, ИЗЖОГА, ТОШНОТА, РВОТА, ОБЛЕГЧАЮЩАЯ БОЛЬ. ЧЕМ ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО?

1. Язва тела желудка
2. Язва пилородуоденальной зоны
3. Панкреатит
4. Холецистит хронический
5. Хронический гастрит

3. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЯМЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯЗВЫ.

1. Ниша, воспалительный вал, конвергенция складок
2. Гиперперистальтика.
3. Содержание жидкости натощак.
4. Симптом «указующего перста»
5. Пилороспазм.

4. ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ В КЛИНИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. Суточный ритм болей
2. Отсутствие четкой локализации болей
3. Сезонность обострений
4. Положительный симптом Менделя
5. Нарушения функции кишечника

5. ПОСЛЕ ОСТРОЙ ПИЩИ БОЛЬ ПОД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ С ИРРАДИАЦИЕЙ ЗА ГРУДИНУ, ИЗЖОГА, СВОБОДНЫЙ НСI ПОСЛЕ ГИСТАМИНА - 40 ММОЛЬ/Л. ДИАГНОЗ?

1. Рак желудка.
2. Диафрагмальная грыжа.
3. Язва кардиального отдела желудка
4. Атрофический гастрит
5. Эзофагит.

6. ЭРАДИКАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ - ЭТО:

1. Полное заживление язвенного дефекта
2. Исчезновение болевого синдрома
3. Нормализация желудочной секреции
4. Удаление из организма геликобактерии
5. Все перечисленное

7. ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

1. На большой кривизне желудка
2. На малой кривизне желудка
3. В антральном отделе желудка
4. В луковице 12-ти перстной кишки
5. В постбульбарном отделе

8. ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ В ЖИВОТЕ:

1. Ранние
2. Поздние
3. Ночные
4. Ранние и ночные
5. Поздние и ночные

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. Де-нол
2. Омепразол
3. Ранитидин
4. Фамотидин
5. Фосфалюгель

10. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием
2. Обзорный снимок брюшной полости
3. Узи брюшной полости
4. Эзофагогастродуоденоскопия
5. Колоноскопия

**Хронический панкреатит**

1. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА?

1. Абдоминальные боли

2. Стеаторея

3. Креаторея

4. Водная диарея

5. Нарушенная толерантность к глюкозе

2. ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, КРОМЕ:

1. Заболевания желчных путей

2. Хроническая алкогольная интоксикация

3. Изменения большого дуоденального сосочка

4. Аутоиммунный панкреатит

5. Атрофический гастрит

3. КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ?
1. Боль
2. Желтуха
3. Стеаторея
4. Анемия
5. Похудание

4. ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНОГО ОБНА­РУЖЕНЫ МЕЛКИЕ КАЛЬЦИФИКАТЫ, ПРОЕЦИРУЮЩИЕСЯ НА УРОВНЕ 2-3 ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ, ЧТО БЫЛО РАСЦЕНЕНО КАК ПРИЗНАК:

1. Желчнокаменной болезни

2. Хронического панкреатита

3. Хронического гепатита

4. Цирроза печени

5. Ничего из вышеперечисленного

5. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНО:

1. Похудание, боли в эпигастрии, поносы, сахарный диабет

2. Боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание

3. Потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами

4. Лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет

5. Возможен любой вариант

6. САМЫМ ЦЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИ­ЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Лейкоцитоз

2. Уровень аминотрансфераз

3. Уровень щелочной фосфатазы

4. Уровень амилазы мочи и крови

5. Гипергликемия

7. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ:

1. Язвенной болезни

2. Холелитиазе

3. Хроническом колите

4. Лямблиозе

5. Полипах желчного пузыря

8. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ЖА­ЛОБЫ, КРОМЕ:

1. Опоясывающие боли в эпигастрии

2. Боли в левом подреберье, иррадиирующие в спину

3. Поносы

4. Рвота, приносящая облегчение

5. Снижение или отсутствие аппетита

9. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ГРУППЫ ПЕРЕЧИСЛЕН­НЫХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

1. М-холинолитики

2. Бета-блокаторы

З. Блокаторы н2-гистаминовых рецепторов

4. Антациды

5. Полиферментные препараты

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

1. Амилазы крови

2. Диастазы крови

3. Диастазы мочи

4. Эластазы-1 в кале

5. Глюкозы крови

**Хронические гепатиты**

1. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1. Повышение уровня только непрямого билирубина

2. Повышение уровня только прямого билирубина

3. Повышение уровня обех фракций в зависимости от преобладания механизма обмена билирубина в печени

4. Повышение уровня уробилиногена у воче

5. Ничего из вышеперечисленного

2. Гепатит D развивается:

1. При обязательном наличии в организме HBV-инфекции

2. При суперинфекции HDV

3. При обязательном наличии в организме HCV-инфекции

4. При отсутствии в организме других вирусов гепатита

5. При обстоятельствах, отражённых в пунктах 1 и 2

3. ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВЫШЕ РИСК ЕЕ ПЕРЕДАЧИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ?

1. HBV

2. HCV

3. HGV

4. Все вышеперечисленное

5. Ничего из вышеперечисленного

4. К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ:

1. ЛДГ, АЛТ, ЩФ

2. Фруктозо-1-б-дифосфатальдолаза

3. Аст, кфк

4. Амилаза, липаза

5. Урокиназа

5. ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

1. Повышение непрямого билирубина и увеличение стеркобилина в кале и моче

2. Повышение только непрямого билирубина

3 повышение только прямого билирубина

4. Повышение прямого билирубина и увеличение стеркобилина в кале и моче

5. Повышение непрамого билирубина и снижение стеркобилина в кале и моче

6. К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ:

1. АЛТ
2. АСТ
3. ЛДГ
4. Щелочная фосфатаза
5. Альбумин

7. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КРОМЕ:

1. Повышение активности щелочной фосфотазы
2. Повышение уровня общего билирубина
3. Повышение уровня прямого билирубина
4. Повышение уровня трансаминаз
5. Преимущественное повышение уровня непрямого билирубина

8. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ИМЕЮЩЕМСЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ СИНДРОМЕ:

1. Гамма-глобулина, Ig A, M, G
2. Трансаминаз
3. Щелочной фосфатазы
4. Холестерина, протромбина
5. Билирубина

9. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИЧИНЫ ГЕПАТОМЕГАЛИИ?

1. УЗИ
2. Определение уровня активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови
3. Биопсия печени
4. Радиоизотопное сканирование печени
5. Селективная ангиография

10. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ГЕПАТИТА С

1. Воздушно-капельный

2. Парентеральный

3. Фекально-оральный

4. Половой

5. Интранатальный

**Циррозы печени**

1. У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ГИНЕКОМАСТИЯ, ИМПОТЕНЦИЯ. ДОПОЛНИТЕ КЛИНИКУ ВЫЯВЛЕННОГО СИНДРМА.

1. Анорексия

2. Общая слабость

3. Энцефалопатия

4. Нарушение вторичного оволосения

5. Боли в ногах

2. СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ОТ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

1. Гепатомегалия

2. Внепеченочные знаки

3. Диспепсия

4. Цитолитический синдром

5. Портальная гипертензия

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ НАЧАЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА:

1. Гепатомегалия

2. Внепеченочные знаки

3. Спленомегалия

4. Кожный зуд

5. Желтуха

4. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Пищеводно-желудочные кровотечения
2. Печеночная кома
3. Присоединение инфекции
4. Возникновение опухоли
5. Портальная гипертония

5. УКАЖИТЕ ВАЖНЕЙШИЙ ПУСКОВОЙ МОМЕНТ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ:

1. Воспаление
2. Некроз гепатоцитов
3. Нарушение микроциркуляции
4. Регенерация гепатоцитов
5. Жировая инфильтрация гепатоцитов

6. ВЫБЕРЕТЕ СРЕДИ УКАЗАННЫХ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА ТОТ, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:

1. G
2. A
3. B
4. C
5. D

7. ЧТО ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:

1. Холестаз
2. Аутоиммунная деструкция эпителия желчных протоков
3. Некроз гепатоцитов
4. Длительная обструкция крупных внутри- и внепечёночных желчных протоков
5. Все вышеперечисленное

8. КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ:

1. Биохимическое исследование
2. Узи
3. Биопсия
4. Сканирование
5. Компьютерная томография

9. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. Вторичного гиперальдостеронизма
2. Гипоальбуминемии
3. Портальной гипертензии
4. Всего перечисленного
5. Ничего из перечисленного

10. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ:

1. Белки
2. Жиры
3. Углеводы
4. Жидкость
5. Минеральные соли

**МОДУЛЬ НЕФРОЛОГИЯ**

**Гломерулонефриты**

1. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:
2. Пролиферативно-экссудативные изменения клубочков
3. Фибрипластические изменения
4. Минимальные изменения
5. Экстракапиллярные
6. Мезангиально-пролиферативные

2. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ:

1. Лабораторное исследование крови
2. Радиоизотопная ренография
3. Экскреторная урография
4. Пункционная биопсия почки
5. Функциональные методы исследования почек

3. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО:

1. Гипертонический синдром
2. Протеинурия выше 3 г\л
3. Гипостенурия
4. Изолированный мочевой синдром
5. Признаки почечной недостаточности

4. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

1. Нефротический
2. Гипертонический
3. Латентный
4. Гематурический
5. Нефротически-гипертонический

5. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ВОЗНИКАЕТ:

1. Во время заболевания тонзиллитом
2. Через 5-7 дней после начала заболевания
3. Через 10-14 дней после начала заболевания
4. Через 2-3 месяца после начала заболевания
5. Через 6 месяцев после начала заболевания

6. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕУРОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ

1. При макрогематурии
2. При нефротическом синдроме
3. При артериальной гипертензии
4. При сочетании протеинурии с гематурией
5. При сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома

7. НАЗОВИТЕ ДВА ГЛАВНЫХ КРИТЕРИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

1. Гипопротеинемия и липидурия
2. Гиперхолестеринемия и лейкоцитоз
3. Гипоальбуминемия и протеинурия
4. Отеки и гипопротеинемия
5. Протеинурия и липидурия

8. НАЗОВИТЕ РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ В ДИЕТЕ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

1. Поваренная соль
2. Поваренная соль, жидкость
3. Белок
4. Поваренная соль, жидкость, белок
5. Жидкость, белок

9. ОСНОВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИЗОЛИРОВАННОГО МОЧЕВОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Отеки, артериальная гипертония, протеинурия более 3 г в сутки
2. Гематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, протеинурия
3. Повышение креатинина крови, гиперхолестеринемия
4. Лейкоцитурия, гематурия
5. Отеки, артериальная гипертония

10. ОСНОВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Отеки, артериальная гипертония, протеинурия более 3 г в сутки
2. Гематурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, протеинурия
3. Повышение креатинина крови, гиперхолестеринемия
4. Лейкоцитурия, гематурия
5. Отеки, артериальная гипертония, гематурия

**Хронический пиелонефрит**

1. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

1. Пиелонефрита
2. Амилоидоза
3. Системной красной волчанки
4. Тромбоза почечных вен
5. Гепатита С

2. ПИЕЛОНЕФРИТ ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. В 10% случаев
2. В 20% случаев
3. В 50% случаев
4. В 80% случаев
5. В 100% случаев

3. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. Кишечная палочка
2. Β - гемолитический стрептококк
3. Протей
4. Микробные ассоциации
5. Клебсиелла

4. ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КРОМЕ

1. Нарушение иммунитета
2. Везико - уретральный рефлюкс
3. Повреждение мембраны клубочков
4. Сахарный диабет
5. Обструкция мочевых путей

5. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1. Отеками, артериальной гипертонией
2. Лихорадкой, болями в поясничной области, дизурией
3. Изолированным мочевым синдромом
4. Признаками хронической почечной недостаточности
5. Анемией, дизурией

6. ДЛЯ ЛАТЕНТНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО

* + - 1. Лихорадка, озноб, выраженный болевой синдром в пояснице
			2. Отсутствие клинических проявлений и изменений в моче
			3. Утомляемость, похудание, небольшая протеинурия и лейкоцитурия
			4. Признаки хронической почечной недостаточности
			5. Отеки и артериальная гипертония

7. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТЛИЧАЕТ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?

1. Гематурия

2. Снижение клубочковой фильтрации

3. Симметричное поражение почек

4. Нефротический синдром

5. Положительные посевы мочи

8. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА:

1. Антибиотики

2. Глюкокортикостероиды

3. Цитостатики

4. Диуретики

5. Антиагреганты

9. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Дефицит железа

Дефицит витамина В12

Снижение выработки эритропоэтина

Повышенное потребление железа тканями

Нарушение всасывания железа

10. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

* + - 1. Пенициллины
			2. Цефалоспорины
			3. Макролиды
			4. Фторхинолоны
			5. Сульфаниламиды