***«Утверждаю»***

***Директор ЦПиНМООшГУ***

***к.м.н., доцент Жанбаева А.К***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2021г***

**Тесты для ординаторов по инфекционным болезням**

**5- семестр**

1. Мужчина  32 лет, работник продуктового склада, поступил в приемный покой инфекционного стационара с жалобами на повышение температуры тела до 390С, ознобы, небольшую потливость, головные боли, боли в мышцах, в суставах, в животе. Болеет в течение 6 дней. Объективно: лицо, шея гиперемированы, инъекция сосудов склер. На коже конечностей, туловища обильная мелкоточечная сыпь ярко красного цвета на бледном фоне, более густая в местах естественных складок. Язык «малиновый». Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, печень выступает из-под края рёберной дуги на 2см. Ваш предполагаемый диагноз?

1. Псевдотуберкулёз
2. Скарлатина
3. Лептоспироз
4. Корь
5. Листериоз

2. Женщина 35 лет, обратилась в сельскую участковую больницу с жалобами на высокую температуру до 40°С,  слабость, головную боль.  Больна  в течение 3-х дней.  Из эпиданамнеза  установлено, что больная работает ветеринарным врачом. В семье все здоровы. Объективно: на тыльной поверхности правой кисти имеется пустула размером 3 мм с серозно-геморрагическим содержимым. Отмечается отечность на всю правую руку до плеча. Положительный симптом  Стефанского. Подмышечный лимфаденит справа. Какой препарат наиболее  целесообразно  включить в план общего лечения данной  больной?

1. Дексаметазон
2. Цефтриаксон
3. Ацикловир
4. Иммуноглобуллин
5. Вакцина

\*\*\*

3. Мужчина, 21 года поступил в приёмный покой инфекционной больницы  на шестой день болезни с жалобами на слабость, боли в правом подреберье, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, потемнение мочи, желтушность кожных покровов. Потемнение мочи появилось на 3-й день, желтушность – на 4-й день болезни. В семье все здоровы. При осмотре: состояние больного средней тяжести, кожные покровы, склеры умеренно желтушные. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка – по её краю. В периферической крови: Лейк -  6700; п/яд – 6%, с/яд – 40%, лимф.- 42%, мон.- 12%. Какой из перечисленных анализов является наиболее подходящим при данном заболевании?

1. Билирубин общий – 137 мкмоль/л; прямой – 97 мкмоль/л;  АлАТ – 2,1 мккат/л; щелочная фосфатаза 1,0 мккат/л
2. Билирубин общий – 235 мкмоль/л; прямой – 198 мкмоль/л;  АлАТ – 0,46 мккат/л; щелочная фосфатаза 6,3 мккат/л
3. Билирубин общий – 20,0 мкмоль/л; прямой – 3,0 мкмоль/л; ; АлАТ – 0,40 мккат/л; щелочная фосфатаза 1,2 мккат/л
4. Билирубин общий – 67 мкмоль/л; прямой –7 мкмоль/л;  АлАТ – 0,42 мккат/л; щелочная фосфатаза 1,0 мккат/л
5. Билирубин общий – 137 мкмоль/л; прямой – 97 мкмоль/л;  АлАТ – 1,1 мккат/л; щелочная фосфатаза 5,1 мккат/л

4. Женщина 25 лет, обратилась в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 38,50С, боли в животе схваткообразного характера, жидкий необильный стул до 15 раз в сутки. Заболела остро, два дня тому назад, когда на фоне нормальной температуры тела появились боли в животе, частый жидкий стул, к вечеру температура поднялась до 38,50С.  Дома все здоровы. Объективно: t 38,20 С. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Язык обложен белым налётом. Живот болезненный в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмированная. Стул скудный, с примесью слизи и прожилками крови. Какой метод обследования используется для ранней диагностики данного заболевания в условиях поликлиники?

1. Серологическое исследование
2. Паразитологическое  исследование
3. Биохимическое исследование
4. Бактериологическое исследование
5. Копроцитологическое исследование

5. Мужчина 45 лет, поступил в приемный покой инфекционной  больницы. Заболел сегодня утром, через 14 часов после употребления консервированных грибов. Появились боли в эпигастрии, нарушение остроты зрения, затруднённое глотание, мышечная слабость. Объективно: t36,6°С, двухсторонний птоз, парез мягкого нёба, афония, афагия. Через 30 минут после осмотра возникло беспокойство, цианоз губ и кончика носа. АД80/40 мм. рт.ст. Пульс нитевидный, едва прощупывается. Тоны сердца глухие. Дыхание слабое, поверхностное. ЧД - 38 в 1 мин. Какая тактика ведения наиболее предпочтительна для данного пациента?

1. Промывание желудка, очистительная клизма
2. Проведение оральной регидратации
3. Подключение к аппарату ИВЛ
4. В/в введение глюкокортикостероидов
5. Проведение гемодиализа

6. Если отсутствуют МБТ в мокроте, то с наибольшей вероятностью помогает определить этиологию заболевания при дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза и неспецифической пневмонии следующее:

1. В анамнезе контакт с бактериовыделителем
2. Объективные данные
3. Локализация поражения
4. Общий анализ крови
5. Скорость рассасывания воспалительных изменений

7. Больной Т., 34 лет, заболел остро: внезапно повысилась температура до 38,5°С, появились озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты, повышенная потливость, одышка, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В течение 4-х месяцев отмечал нарастание слабости, снижение массы тела на 12 кг. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы 3 года назад. Перкуторно справа сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение легочного звука. Аускультативно там же множественные влажные хрипы. Над проекцией верхней доли слева выслушиваются единичные влажные хрипы. В гемограмме: Hb-102 г/л, Эр.-4,1×1012г/л; Цв.п.-0,75; L-11,8×109г/л, э-8, п/я-52, с/я-21, л-8, м-12, СОЭ-54 мм/час. МБТ обнаружены методом микроскопии (3+). Реакция Манту с 2 ТЕ – отрицательная. На обзорной рентгенограмме легких – практически все отделы правого легкого заняты инфильтрацией преимущественно средней и высокой плотности, негомогенной структуры, содержащей много мелких и средних полостей распада. В верхней доле слева - негомогенная инфильтрация с участками распада. Какой диагноз можно поставить на основании полученных данных?

1. Бронхоэктатическая болезнь
2. Полостная форма рака легких
3. Абсцедирующая пневмония
4. Казеозная пневмония
5. Силикоз

8. Больной У., 35 лет, доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, содержащей прожилки крови ярко-красного цвета. 5 лет назад заболел инфильтративным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ+. Лечился в течение 6 месяцев с положительным эффектом. Больной самовольно прекратил лечение. Данные обзорной рентгенограммы органов грудной полости на данный момент: верхняя доля левого легкого – полость с толстыми стенками на фоне фиброза и очаговых теней разной интенсивности, корни легких деформированы,  подтянуты вверх. Какое осложнение туберкулеза развилось у больного?

1. Спонтанный пневмоторакс
2. Легочное кровотечение
3. Кровохарканье
4. Отек легких
5. ХЛС

9. Больной А., 54 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, головокружение, кашель, во время которого выделилось около 250 мл алой пенистой крови. Больной изможден, бледный, при перкуссии над верхней долей правого легкого – тимпанический оттенок перкуторного звука, аускультативно – бронхиальное дыхание с разнокалиберными хрипами; над другими участками легких – рассеянные сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в С2 правого легкого полость распада размером 5 х 4 см, верхняя доля уменьшена в объеме, правый корень подтянут вверх. Какое осложнение туберкулеза развилось у больного?

1. Спонтанный пневмоторакс
2. Хроническое легочное сердце
3. Отек легких
4. Кровохарканье
5. Легочное кровотечение

10.Укажите окончательно подтверждающий метод диагностики ВИЧ–инфекции:

1. иммуноферментный анализ
2. иммунный блотинг
3. ПЦР

11.ВИЧ-инфицированный человек представляет опасность для окружающих:

1. только в периодах, выраженных клинически;
2. только в терминальной стадии;
3. только в стадии острой инфекции;
4. только в стадии бессимптомной инфекции;
5. в любом периоде заболевания;
6. во всех периодах, кроме инкубационного.

12.Высокоактивная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции подразумевает назначение минимум:

1. одного препарата
2. двух препаратов
3. трех препаратов
4. четырех препаратов

13.Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку невозможна:

1. транстплацентарно
2. при прохождении через родовые пути
3. при поцелуе
4. при кормлении грудью

14.Укажите, к каким субпопуляциям Т-лимфоцитов наиболее тропен возбудитель ВИЧ-инфекции:

1. Т-хелперы
2. Т-супрессоры
3. Т-киллеры

15.Заражение ВИЧ невозможно:

1. при половом контакте;
2. при переливании инфицированной крови;
3. от инфицированной матери плоду;
4. матери от инфицированного ребенка при грудном вскармливании;
5. при трансплантации внутренних органов;
6. при кашле, чихании.

16.Окончательный диагноз ВИЧ-инфекции можно установить:

1. По клиническим признакам;
2. при выявлении антител к ВИЧ методом ИФА;
3. при выявлении антител к ВИЧ в ИФА и иммунноблоте;
4. при выявлении стойкой лимфаденопатии;
5. при выявлении генерализованной саркомы Капоши.

17.Вирус иммунодефицита человека в организме зараженного находится в:

1. лимфоидных тканях
2. мышечной ткани
3. эпителиальных клетках
4. кожных покровах и подкожной клетчатке

18.К клиническим показания для обследования на ВИЧ относится все перечисленное, кроме:

1. Беспричинная диарея более 1 месяца;
2. стойкая лихорадка в течение недели;
3. похудание;
4. двусторонняя лимфаденопатия более чем в 2 группах лимфатических узлов более 2

месяцев;

1. рецидивирующий опоясывающий герпес.

19.СПИД определяется как:

1. начальная стадия инфицирования ВИЧ
2. конечная стадия ВИЧ-инфекции с глубоким иммунодефицитом и рядом оппортунистических заболеваний
3. стадия первичных проявлений у больных ВИЧ-инфекцией
4. стадия вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией

20.Семейная очаговость наблюдается при:

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГС
4. ВГЕ
5. ВГД

21.Для гепатита С характерно течение болезни:

1. острое
2. затяжное
3. хроническое
4. течение с быстрой элеминацией вируса
5. частота гепатодистрофии

22.Гепатитом С чаще болеют:

1. дети в возрасте 8-14 лет
2. взрослые
3. дети до года
4. дети от 2 до 7 лет
5. только пожилые

23.Для вирусного гепатита А характерно:

1. хронизация процесса
2. отсутствие хронизации
3. рецедивирование
4. образование микстгепатитов
5. формирование цирроза

24.Сроки диспансеризации реконвалисцентов после ВГА и ВГЕ:

1. 1 мес.
2. 3 мес.
3. 6 мес.
4. 9 мес.
5. 12 мес.

25.Желтуха при ВГА держится:

1. 1-7 дней
2. 10-12 дней
3. 3-4 недели
4. 14-30 дней
5. больше 1 мес.

26.Основные механизмы передачи ВГ, кроме:

1. воздушно-капельный
2. фекально-оральный
3. трансплацентарный
4. парентеральный
5. водный

27.Какова длительность преджелтушного периода при ВГА:

1. 1-3 дня
2. 4-7 дней
3. 8-14 дней
4. 15-16 дней
5. 17-18

28.При каком из ВГ в крови обнаруживается НВsАg?

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГЕ
4. ВГС
5. Цитомегаловирусная инфекция

29.ВГА можно заразиться при контакте с:

1. грызунами
2. больным ВГА человеком
3. животными
4. при укусе комаров
5. больным ВГВ

30.Какие клинические проявления болезни отличают безжелтушную форму ВГ от желтушной?

1. лихорадка
2. желтуха
3. астено-вегетативный синдром
4. диспептические расстройства
5. увеличение печени

31.Специфическими маркерами ВГА в остром периоде являются:

1. НВsАg
2. НВсочАg
3. НВеАg
4. анти-ВГА I gM
5. анти-ВГА IgG

32.Какие биохимические показатели необходимы для постановки диагноза ВГ в преджелтушном периоде:

1. общий билирубин и его фракции
2. С-реактивный белок
3. трансаминазы
4. РСК
5. сулемовая проба

33.Какие из лабораторных показателей характеризуют нарушение пигментного обмена при ВГ?

1. повышение уровня билирубина в сыворотке крови за счет прямой фракции
2. повышение уровня диастазы
3. снижение сулемовой пробы
4. повышение активности трансфераз
5. изменение щелочной фосфотазы

34.Маркерами ВГВ являются, кроме:

1. HBsAg
2. HBeAg
3. HBcorAg
4. HBE Ag
5. анти-ВГД IgM

35.Выберите особенность, характерную для ВГЕ?

1. чаще болеют дети до 14 лет
2. водные вспышки
3. отсутствие сезонности
4. спорадическая заболеваемость
5. поражаются лица старше 35 лет

36.Какие лабораторные показатели определяют тяжесть гепатита?

1. активность трансфераз
2. протромбиновый индекс
3. уровень уробилина в моче
4. тимоловая проба
5. щелочная фосфатаза

37.В желтушном периоде необходимо дифференцировать ВГВ у детей до 6 месяцев:

1. атрезией желчевыводящих путей
2. желчекаменной болезнью
3. первичным раком печени
4. анемией Минковского-Шофара
5. холециститом

38.Базисная терапия при ВГ включает в себя:

1. режим и диету
2. антибиотикотерапию
3. гормоны
4. пероральную дезинтоксикацию
5. ферменты

39.Двухволновое течение желтушного периода характерно для:

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГС
4. ВГД
5. ВГЕ

40.Больным и реконвалесцентам ВГ нельзя употреблять в пищу:

1. кисломолочные продукты
2. отварное мясо
3. жаренное мясо
4. овсяную кашу "Геркулес"
5. фрукты

41.Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВГВ осуществляется в течение:

1. 3 мес.
2. 6 мес.
3. 12 мес.
4. 2 лет
5. 3 лет

42.Обязательна ли 100% госпитализация больных ВГА?

1. да
2. нет
3. на усмотрение эпидемиолога
4. по желанию родителей
5. зависит от соц. бытовых условий

43.Критериями тяжести ВГ являются:

1. степень интоксикации и выраженность желтухи
2. темная моча
3. уровень щелочной фосфотазы
4. активность трансфераз
5. обнаружение специфических маркеров

44.Предвестниками гепатодистрофии являются, кроме:

1. инверсия сна
2. увеличение размеров печени
3. повторная рвота
4. нарастание желтухи
5. тахикардия

45.Инкубационный период при ВГВ длится:

1. до 45 дней
2. до 21 дня
3. от 45 до 180 дней
4. 30 дней
5. 6 месяцев

46.Для стадии предвестников гепатодистрофии не характерна:

1. тахикардия
2. инверсия сна
3. уменьшение размеров печени
4. уменьшение активности трансаминаз
5. нарастание билирубина

47.Особенности Д - гепатита, кроме:

1. отечно-асцитический синдром,
2. 2-х волновая желтуха,
3. клинико-лабораторное обострение,
4. протекает в средне тяжелой форме,
5. частое развитие гепатодистрофии.

48.Максимальное выделение вируса гепатита А с фекалиями наблюдается в периоде:

1. инкубационном
2. преджелтушном
3. желтушном
4. постжелтушном
5. реконвалесценции

49.Для какого заболевания характерно повышение активности трансаминаз?

1. вирусный гепатит В
2. гемолитическая желтуха
3. атрезия желчевыводящих путей
4. конъюгационная желтуха

50.Для лечения больного в остром периоде гепатита А, при среднетяжелом течении, используется все перечисленное, кроме

1. диета – стол 5А и 5 по Певзнеру
2. постельный режим в течение желтушного периода
3. внутривенное введение жидкости с целью дезинтоксикации
4. назначение гепатопротекторов

51.HВsAg впервые появляется в крови у больного острым вирусным гепатитом В:

1. при появлении первых признаков заболевания
2. в разгар заболевания
3. в инкубационном периоде
4. в периоде реконвалесценции

52.Источники вируса гепатита С:

1. медицинские инструменты многоразового использования
2. больные люди
3. кровососущие насекомые
4. больные животные
5. предметы быта и домашней обстановки
6. кровь и другие биологические жидкости организма

53.При осмотре больного вирусным гепатитом, госпитализированного в стационар, обнаружена незаживающая рана бедра. Из анамнеза выяснено, что 1 неделю назад он был покусан неизвестной собакой. Укус, со слов больного, не был спровоцирован. Следует ли проводить антирабические прививки?

1. да
2. нет, учитывая болезнь (вирусный гепатит)

54.Основными клиническими симптомами острого гепатита С являются все перечисленные, кроме

1. интоксикация в желтушном периоде
2. желтуха
3. катаральные явления
4. гепатолиенальный синдром
5. темная моча

55.Укажите неправильное утверждение в отношении вируса гепатита А:

1. возбудитель - РНК-содержащий вирус
2. возбудитель обнаруживают в фекалиях больных
3. возбудитель устойчив во внешней среде
4. часто развивается носительство и хронизация
5. острое циклическое заболевание с умеренной интоксикацией

56.Укажите симптом, не характерный для тяжёлого течения вирусных гепатитов

1. выраженная слабость, адинамия
2. анорексия, тошнота
3. брадикардия
4. головокружение
5. носовое кровотечение

57.Укажите, что не является характерным для течения ВГЕ

1. сходство клинико – биохимических показателей с ВГА
2. сходство клинико – биохимических показателей с ВГВ
3. летальность более 5% у беременных
4. частое поражение почек во 2-й половине беременности

58.Вирусным гепатитом В не болеют те лица, у которых определяется в высокой концентрации:

1. анти – HBc
2. анти – HВe
3. анти – HCV
4. анти – HBs

59.Наибольший риск развития гепатита D у:

1. переболевших вирусным гепатитом А
2. переболевших острым гепатитом В
3. лиц с персистирующейHBs – антигенемией
4. больных хроническим гепатитом С

60.Особенность вирусного гепатита С, определяющая его социально-экономическое значение

1. развитие фульминантных форм инфекций
2. преобладание торпидного, латентного течения
3. высокая вероятность хронизации процесса
4. высокая летальность в остром периоде заболевания

61.При вирусном гепатите В возможны все перечисленные механизмы передачи инфекции, кроме:

1. контактного
2. вертикального
3. искусственного (артифициального)
4. трансмиссивного

62.Носительство HBs-антигена называется хроническим, если антигенемия продолжается:

1. до 3 месяцев
2. до 6 месяцев
3. более 3 месяцев
4. более 6 месяцев

63.Какой раствор лучше применять для дезинтоксикации при ВГ:

1. лактасоль
2. 10% раствор глюкозы
3. полиглюкин
4. раствор Рингера
5. эритроцитарная масса

64.Обнаружение HBеAg свидетельствует о:

1. активности процесса
2. инфицировании человека
3. выздоровлении
4. рецидиве ВГ
5. развитии злокачественной формы

65.Боли в животе в преджелтушном периоде ВГА обусловлены:

1. дискенезией желчевыводящих путей
2. увеличением размеров печени
3. холециститом
4. холангитом
5. мезаденитом

66.Главное в диагностике безжелтушной формы ВГА:

1. желтуха
2. гепатомегалия
3. интоксикация
4. темная моча
5. гиперферментемия

67.Основной критерий отличия типичных форм ВГВ от атипичных:

1. увеличение печени
2. увеличение селезенки
3. изменение цвета мочи и кала
4. желтушность кожи и склер
5. повышение активности трансаминаз

68.К определению болезни «Сибирская язва» НЕ относится

1. Острое инфекционное заболевание из группы зоонозов
2. Имеет преимущественно контактный и воздушно-пылевой механизм заражения
3. Характеризуется специфическим поражением кожи с образованием черного струпа, регионарного лимфаденита, отека
4. Склонность к рецидивирующему и хроническому течению
5. Сопровождается лихорадкой и выраженной интоксикацией
6. В ряде случаев протекает как сепсис с поражением кишечника, легких и других органов

69.К клиническим вариантам кожной формы сибирской язвы НЕ относится

1. Карбункулезная
2. Эдематозная
3. Геморрагическая
4. Эризипелоидная
5. Буллезная

70.Признаки сибиреязвенного карбункула следующие, за исключением

1. Симптом Стефанского (дрожание рыхлого отека вокруг пораженного участка кожа)
2. Анестезия в зоне некроза (безболезненность)
3. Регионарный безболезненный лимфаденит
4. Постоянное гноетечение из-под черного некротического струпа
5. Формирование черного струпа на месте карбункула и отторжение его к концу 3-й недели

71.Признаки эдематозной формы сибирской язвы следующие, за исключением

1. Отек кожи без видимого карбункула
2. Тяжелое течение болезни
3. Зуд в области пораженного участка кожи
4. Формирование струпа к 8 – 10 дню болезни
5. Некроз отечной ткани нехарактерен

72. Больная 30 лет обратилась с жалобами на диарею, вздутие, урчание, переливание в животе. Больна с детского возраста, росла слабым ребенком. Часто возникала диарея, которая расценивалась как «отравление». Объективно: питание пониженное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, ногти ломкие, волосы длинные, густые, блестящие. Голени пастозны. Живот атоничный, распластанный, положительный симптом Образцова. Печень не увеличена. Стул кашицеобразный, полифекалия, лиентерия. О каком заболевании можно думать?

1. а) болезнь Уиппла;
2. б) болезнь Гордона;
3. в) болезнь Крона;
4. г) целиакия спру;

73. Больной 35 лет страдал хроническим бронхитом в течение нескольких лет. 3 года тому назад появилась полиартралгия. При амбулаторном обследовании выявлена ахлоргидрия, железодефицитная анемия. В связи с лихорадкой, появлением диареи, быстрым истощением госпитализирован в терапевтическое отделение. Через несколько дней потерял сознание. Диагностирован менингит. О каком заболевании идет речь?

1. а) болезнь Гордона;
2. б) болезнь Уиппла;
3. в) болезнь Крона;
4. г) лимфосаркома;

74. У больного после физической нагрузки появился приступ одышки, сопровождаемый удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. При осмотре: в легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, мерцательная аритмия, увеличение печени, отеки на нижних конечностях. Для какой патологии характерны указанные симптомы?

а)приступ бронхиальной астмы

б)острая левожелудочковая недостаточность

в)тромбоэмболия легочной артерии

г)спонтанный пневмоторакс

д)инфарктная пневмония.

75. Ребенок 10 лет, предъявляет жалобы на периодические приступы затрудненного дыхания. Из анамнеза: приступы затрудненного дыхания беспокоят в течение последних 1,5 лет, 3-4 раза в год, купируются самостоятельно, ночные приступы отсутствуют. В анамнезе атопический дерматит. При объективном осмотре и рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологии не обнаружено.  Пиковая скорость выдоха 85%. Поставьте диагноз:

а)Интермитирующая бронхиальная астма легкой степени

б)Интермитирующая бронхиальная астма, средней степени

в)Персистирующая бронхиальная астма легкой степени

г)Персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести

д)Персистирующая бронхиальная астма,  тяжелой степени

76. На приеме ребенок 3 лет с жалобами родителей на отставание в физическом развитии. Объективно: нервно-психическое развитие соответствует возрастной норме, отмечается чрезмерное развитие плечевого пояса. Нижняя часть тела, конечности слабые, мышечная гипотония. Границы сердца расширены влево на 2 см. Сердечный толчок усиленный, 1 тон усиленный. Систолический шум во 2 межреберье справа. Печень не увеличена. Какой из клинических признаков наиболее достоверно подтверждает коарктацию аорты?

а)АД выше на руках, чем на ногах

б)гипертрофия миокарда правого желудочка

в)АД выше на ногах чем на руках

г)АД на руках одинаково с АД на ногах

д)усиление легочного рисунка на рентгенограмме

77. На приеме у врача общей практики больная девочка 9 лет с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит. Из анамнеза известно, что жалобы появились после экстракции зуба 4 недели назад. Проводилась симптоматическая жаропонижающая терапия без положительного эффекта. Объективно: общее состояние тяжелое. Отмечается вялость, бледность, одышка. Пальпаторно: усиление верхушечного толчка, систолическое дрожание. Перкуторно: расширение границ сердца. Аускультативно: грубый скребущий систолический шум, связанный с I тоном, проводящийся на всю область сердца. АД 115/40 мм.рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение ЭОС, признаки перегрузки обоих желудочков. Предварительный диагноз?

А)Острая ревматическая лихорадка

Б)Инфекционный эндокардит

В)Вирусный миокардит

Г)Миокардиодистрофия

Д)Кардиомиопатия

78. Больной 55 лет с жалобами на внезапно развившуюся одышку. В анамнезе перенесенный тромбофлебит нижних конечностей. При осмотре  цианоз лица и верхней половины туловища. Шейные вены набухшие, пульсирующие. В легких ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке. ЧДД – 25 в мин. Границы сердца расширены вправо. Определяется эпигастральная пульсация, усиливающаяся на вдохе. Аускультативно: акцент 2 тона над легочной артерией. АД  90/60 мм рт.ст. ЧСС  100 в мин. Укажите наиболее вероятные изменения на ЭКГ в данной ситуации:

1. патологические зубцы Q, подъем сегмента ST, инверсия зубца Т
2. признаки перегрузки правых отделов S1, QIII, TIII.
3. подъем сегмента ST во многих отведениях
4. отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка
5. снижение сегмента ST

79. У больного 16 лет в тяжелом состоянии с температурой 39,1oС, отхаркивающего гнойно-кровянистую мокроту, на рентгенограмме легких справа несколько тонкостенных полостей с уровнем жидкости, выраженным лейкоцитозом со сдвигом формулы влево. В данном случае необходимо предпологать:

1. микоплазменную пневмонию
2. стафилококковую пневмонию
3. пневмококковую пневмонию
4. казеозную пневмонию
5. поликистоз легких с абсцедированием

80. Больной 16 лет, поступил в тяжелом состоянии через 7 часов с момента заболевания. Начало с резкого озноба, головной боли, рвоты, повышения температуры тела до 39 0С. Через 4 часа на коже появилась  обильная геморрагическая сыпь. При поступлении: температура 36,50С, одышка, цианоз, двигательное возбуждение, судороги, пульс нитевидный, АД 60/40 мм. рт. ст. Антибиотик выбора с учетом формы заболевания?

1. Пенициллина натриевая соль
2. Левомицетина сукцинат натрия
3. Тетрациклин
4. Цефтриаксон
5. Кларитромицин

81. Если отсутствуют МБТ в мокроте, то с наибольшей вероятностью помогает определить этиологию заболевания при дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза и неспецифической пневмонии следующее:

1. В анамнезе контакт с бактериовыделителем
2. Объективные данные
3. Локализация поражения
4. Общий анализ крови
5. Скорость рассасывания воспалительных изменений

82. Больной Т., 34 лет, заболел остро: внезапно повысилась температура до 38,5°С, появились озноб, влажный кашель с небольшим количеством мокроты, повышенная потливость, одышка, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. В течение 4-х месяцев отмечал нарастание слабости, снижение массы тела на 12 кг. Контакт с больными туберкулезом имел в местах лишения свободы 3 года назад. Перкуторно справа сзади до средней трети лопатки и спереди до III ребра – укорочение легочного звука. Аускультативно там же множественные влажные хрипы. Над проекцией верхней доли слева выслушиваются единичные влажные хрипы. В гемограмме: Hb-102 г/л, Эр.-4,1×1012г/л; Цв.п.-0,75; L-11,8×109г/л, э-8, п/я-52, с/я-21, л-8, м-12, СОЭ-54 мм/час. МБТ обнаружены методом микроскопии (3+). Реакция Манту с 2 ТЕ – отрицательная. На обзорной рентгенограмме легких – практически все отделы правого легкого заняты инфильтрацией преимущественно средней и высокой плотности, негомогенной структуры, содержащей много мелких и средних полостей распада. В верхней доле слева - негомогенная инфильтрация с участками распада. Какой диагноз можно поставить на основании полученных данных?

1. Бронхоэктатическая болезнь
2. Полостная форма рака легких
3. Абсцедирующая пневмония
4. Казеозная пневмония
5. Силикоз

83. Больной Г. 11 лет поступил в стационар ПТД с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, похудание, субфебрильную температуру. Анамнез: обследован по поводу контакта с больным туберкулезом родственником. Проба Манту с 2 ТЕ – 15 мм. При исследовании промывных вод желудка МБТ не обнаружены. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции – тень корня левого легкого расширена, деформирована, наружный контур размытый, неровный, в верхней доле левого легкого определяется фокусная тень 1,5×2,5 см в диаметре, средней интенсивности, однородная, с размытыми контурами. Какой диагноз можно предположить на основании этих данных?

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
2. Первичный туберкулезный комплекс
3. Очаговый туберкулез легких
4. Туберкулема легких
5. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

\*\*\*

84. Чему наиболее соответствует клинический симптомокомплекс: внезапная боль в грудной клетке, нарастающая одышка, цианоз, над легкими коробочный перкуторный звук, резко ослабленное дыхание?

1. Пневмония
2. Плеврит
3. Спонтанный пневмоторакс
4. Инфаркт миокарда
5. Межреберная невралгия

\*\*\*

85. При дифференциальной диагностике деструктивного туберкулеза с абсцессом целесообразно провести лечение:

1. Противогрибковыми препаратами
2. Антибиотиками широкого спектра действия
3. Противотуберкулезными препаратами
4. Сердечными гликозидами
5. Дезинтоксикационными средствами

\*\*\*

86. Больной Ж., 19 лет. Заболел остро, с подъемом температуры тела до 38°С. Жаловался на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудно отделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, слабость, потливость. При обследовании в стационарных условиях кожные покровы обычной окраски и влажности. Аускультативно: везикулярное дыхание, в нижних отделах правого легкого выслушиваются влажные хрипы. Перкуторно: притупление легочного звука в области нижней доли правого легкого. СОЭ – 18 мм/час. Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. Методом микроскопии МБТ не найдены. Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого легкого диаметра 4 см с нечеткими контурами, негомогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. Больному была произведена диагностическая фибробронхоскопия: слева бронхи в норме, справа – в просвете нижнедолевого бронха отделяемое слизисто-гнойного характера в умеренном количестве. Слизистая умеренно гиперемирована. В промывных водах бронхов обнаружены МБТ. На основе клинико-рентгенологического описания дайте предположительный диагноз:

1. Абсцедирующая пневмония
2. Бронхоэктатическая болезнь
3. Инфильтративный туберкулез легких
4. Полостная форма рака
5. Солитарная киста

87. Больному диссеминированным туберкулезом легких в фазе распада, БК+, проводится терапия по I категории. Изониазид вводился внутривенно в виде 6% раствора. Ошибочно превышена доза препарата в 3 раза, вследствие чего у больного появились судороги отдельных групп мышц, кратковременная потеря сознания. Ваши рекомендации по оказанию неотложной врачебной помощи в первую очередь:

1. Назначение пирацетама
2. Назначение кардиостимуляторов
3. Перевод больного в реанимационное отделение
4. Внутривенное введение витамина В6 в дозе 2,5 г
5. Введение миорелаксантов и переход на управляемое дыхание

88. Впервые выявленному больному с милиарным туберкулезом легких начато лечение по I категории DOTS, но через 2 недели приема препаратов появились признаки токсического гепатита. Изберите рациональный вариант дальнейшего лечения больного:

1. Временная отмена препаратов, назначить гепатопротекторы
2. Отменить прием этамбутола
3. Начать лечение препаратами резервной группы
4. Перерегистрировать во II категорию DOTS
5. Продолжать лечение

89. При прохождении профилактического осмотра в поликлинике работница декретированного контингента (медицинская сестра родильного отделения) обследована флюорографически, выдано заключение об отсутствии изменений в легких. Через 8 мес на фоне постепенно ухудшающего состояния (отмечаются признаки интоксикационного и грудного синдромов), обратилась на прием к врачу в ту же поликлинику. При повторном обследовании флюорографически в легких выявлены невыраженные очагово-фиброзные изменения в верхушечно-задних сегментах левого легкого, рядом замкнутая кольцевидная тень размером до 3см в d, заподозрен туберкулез. Изберите наиболее рациональное действие врача-фтизиатра по уточнению диагноза у больной:

1. Повторно описать предыдущую флюорограмму больной
2. Назначить томографическое обследование легких
3. Провести рентгеноскопическое обследование легких
4. Назначить ангиографию легких
5. Провести компьютерное томографическое обследование легких

90. К семейному врачу обратился больной в возрасте 56 лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной за грудиной и в эпигастрии. На ЭКГ: низкий вольтаж зубца RII,III,AVF, депрессия интервала STII, III, AVF. Укажите, какое  обследование необходимо провести в первую очередь для постановки диагноза?

1. Велоэргометрия
2. Холестерин, триглицериды в крови
3. Определение кардиоспецифических ферментов
4. Холтеровскоемониторирование ЭКГ
5. ЭхоКГ

91. Женщина 33 лет. Жалобы на утомляемость, периодические покалывающие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Объективно: пульс 95 ударов в минуту. При аускультации: тоны  сердца приглушены, мезосистолический щелчок и дующий систолический шум по левому краю грудины, который усиливается в вертикальном положении. Какой метод диагностики наиболее целесообразно провести?

1. Электрокардиография
2. Эхокардиография
3. Коронарография
4. Суточное мониторирование ЭКГ
5. Суточное мониторирование артериального давления

92.Для преджелтушного периода ВГА характерно:

1. постепенное начало болезни,
2. отсутствие интоксикации,
3. нормальные размеры печени,
4. повышение трансаминаз,
5. нормальные показатели тимоловой пробы.

93.Особенности Д - гепатита, кроме:

1. отечно-асцитический синдром,
2. 2-х волновая желтуха,
3. клинико-лабораторное обострение,
4. протекает в средне тяжелой форме,
5. частое развитие гепатодистрофии.

94.Высокая концентрация вируса гепатита В определяется в:

1. В крови
2. сперме
3. слюне
4. моче
5. фекалиях

95.Хронический гепатит в 80% случав развивается после перенесенного:

1. ВГА
2. ВГЕ
3. ВГС
4. ВГД
5. ВГВ

96.Варианты супер- или коинфекции встречаются при гепатите:

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГД
4. ВГС
5. ВГЕ

97.В преджелтушном периоде ВГА наиболее информативными являются следующие биохимические показатели:

1. сулемовая проба
2. тимоловая проба
3. уробилин в моче
4. повышение активности трансфераз
5. анти-ВГА ZgM

98.Характерными для ВГЕ являются, кроме:

1. болевой синдром
2. астено-вегетативный синдром
3. гемоглобинурия
4. переход в ХГ
5. летальность среди беременных

99.Механизм заражения людей бруцеллезом в естественных условиях:

1. Контактный, особенно при окоте и абортах скота
2. Укус насекомых
3. Воздушно-капельный
4. Трансмиссивный
5. Парентеральный

100.К клиническим признакам острого бруцеллеза НЕ относятся

1. Удовлетворительное общее состояние при повышенной температуре
2. Повторные ознобы, волнообразная лихорадка
3. Повышенная потливость, влажность кожных покровов
4. Боли в мышцах, суставах, по ходу нервных стволов
5. Катаральные явления
6. Боли преимущественно в крупных суставах и суставных сочленениях
7. Гепатолиенальный синдром
8. Синдром интоксикации выражен слабо

101.Клинические формы хронического бруцеллеза следующие, за исключением

1. Висцеральная
2. Токсическая
3. Локомоторная
4. Нервная
5. Урогенитальная
6. Комбинированная

102.К изменениям картины периферической крови при бруцеллезе НЕ относится

1. Нормо- или лейкопения
2. Лейкоцитоз, нейтрофилез
3. Лимфоцитоз, моноцитоз
4. Нормальное или замедленное СОЭ
5. Нейтропения
6. Анэозинофилия

103.Признаки обострения хронического бруцеллеза следующие, за исключением

1. Прогрессирующая слабость, снижение работоспособности, аппетита
2. Повторные ознобы, головная боль, головокружение, шум в ушах
3. Боли в суставах, позвоночнике, особенно в крестцовой области, фиброзиты
4. Боли в илеоцекальной области, частый энтеритный стул
5. Боли по всему телу, выраженная потливость, миалгии
6. Гепатолиенальный синдром
7. Повышенная температура волнообразного характера
8. Нередко субфебрильная температура

104.Клинические признаки нейробруцеллеза

1. Головная боль
2. Артериальная гипотония, острая почечно-печеночная недостаточность
3. Боли по ходу нервных стволов, поясничных корешков, нервных сплетений
4. Физическая и умственная утомляемость
5. Нарушение сна
6. Раздражительность, эйфория, снижение слуха и зрения
7. Психомоторные нарушения, менингеальные явления

105.Подтверждающий метод диагностики бруцеллеза

1. Клинико-эпидемиологический
2. Бактериологический
3. Серологический (РПГА, РСК, Райта, Хеддельсона, ИФА)
4. Копроцитоскопический, ректороманоскопический
5. Колоноскопический
6. Бронхоскопический
7. Рентгенологический (суставы, позвоночник)

106.Заболевания, клинически НЕ сходные с бруцеллезом

1. Сепсис, брюшной тиф, паратифы
2. Лихорадка Ку
3. Туберкулез
4. Малярия
5. Ревматизм
6. Рожа, сибирская язва
7. Неспецифический полиартрит, синдром Рейтера

107. Пациент 74 лет жалуется на сжимающие боли за  грудиной,  не зависящие от дыхания и приступообразно нарастающие. Прием  нитроглицерина не эффективен. Какие исследования нужно провести этому больному?

1. ЭКГ, тропонин Т
2. Сцинтиграфию с Tl201
3. ЭхоКГ с добутамином
4. ЭКГ с физической нагрузкой
5. Суточное мониторирование ЭКГ

\*\*\*

108. У больной Ж., 42 лет, кашель с гнойной мокротой, озноб, температура 40С, выраженный интоксикационный синдром. Объективное и рентгенологическое исследования свидетельствуют о гнойно-деструктивном расплавлении ткани легкого с образованием тонкостенных полостей без выпота. Каким микроорганизмом вероятнее всего вызвана данная клиническая картина?

1. Микоплазмой
2. Клебсиеллой
3. Аденовирусом
4. Пневмококком
5. Стафилококком

109. У 65-летнего больного с бронхообструктивным синдромом многолетней давности отмечаются приступы удушья, кашель с отделением небольшого количества мокроты, тяжесть в правом подреберье,  уменьшение количества отделяемой мочи. Объективно: акроцианоз, набухание шейных вен, пульсация в эпигастральной области, акцент II тона на легочной артерии, тахикардия, увеличение печени, отеки. Что вероятнее всего будет на ЭКГ?

1. Внутрижелудочковая блокада
2. Гипертрофия левого желудочка
3. Гипертрофия левого предсердия
4. Гипертрофия правого желудочка
5. Блокада левой ножки пучка Гиса

110. Для какой пневмонии характерны следующие признаки: в анамнезе -  пользование кондиционерами, душевыми в отелях, пансионатах; фебрильная лихорадка с выраженной интоксикацией, миалгией, артралгией, кашлем, абдоминальными болями, диареей; в крови - лейкоцитоз с лимфоцитопенией, СОЭ 50 мм/час?

1. Хламидийной
2. Легионеллезной
3. Микоплазменной
4. Пневмококковой
5. Стафилококковой

111. Мужчина 43 лет. Жалобы на сильную сжимающую боль за грудиной, отдающую в эпигастральной область. Страдает ишемической болезнью сердца, но в последние дни приступы стенокардии участились. Вызвал скорую помощь. Объективно: кожа бледная, дыхания 26 в минуту. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс 100 в минуту. АД 100/55 мм рт.ст. на электрокардиограмме: Сегмент ST в I,II, aVL ,V1- V4 приподнят, в  III,  aVF, не изменен, зубец  R в I, II, aVL  и  V1-V4 не изменен. Какая тактика наиболее целесообразная в данном случае?

1. Экстренная госпитализация
2. Амбулаторное лечение
3. Дневной стационар
4. Стационар на дому
5. Консультация кардиолога

112. Пациент 67 лет, с жалобами на одышку и невозможность выполнять малейшую физическую нагрузку. При осмотре: надключичные области выбухают, грудная клетка бочкообразной формы.  Дышит - *прикрывая при выдохе рот и надувая щеки («пыхтит»).*Проведена рентгенограмма: повышенная  прозрачность легких на рентгенограмме, расширение межреберных промежутков, уплощение купола диафрагмы. Для какого состояния характерна данная клиническая картина?

1. Спонтанного пневмоторакса
2. Легочного кровотечения
3. Кавернозного туберкулеза легких
4. Внебольничной пневмонии
5. Эмфиземы легких

113. Больного 50 лет, беспокоит постоянный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, одышка при нагрузке. В анамнезе: курит более 15 лет. Объективно: грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Ослабление голосового дрожания с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук. Аускультативно: дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в боковых отделах хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Какое из перечисленных исследований   имеет наибольшую диагностическую информативность при данном заболевании?

1. Рентгенография грудной клетки
2. Общий анализ мокроты
3. Компьютерная томография легких
4. Бронхоскопия
5. Спирография

114. На приёме участкового врача больной предъявляет жалобы на покашливание в течение последнего месяца, субфебрильную температуру по вечерам, слабость, потливость в ночное время, похудел на 4 кг. В анамнезе: был в контакте с больным туберкулёзом. Объективно: при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Какое из перечисленных обследований будет наиболее достоверным для подтверждения предварительного диагноза?

1. Общий анализ крови
2. Бактериоскопия мокроты
3. Общий анализ мокроты
4. Антибиотикограмма мокроты
5. Мокрота на атипичные клетки

115.Основными клетками-мишенями для вируса иммунодефицита человека являются:

1. моноциты
2. В-лимфоциты
3. Т-4 лимфоциты
4. Т-8 лимфоциты
5. кишечные эпителиоциты

116.Вирус иммунодефицита передается от человека человеку следующими путями:

1. половым
2. водным
3. воздушно-капельным
4. контактным

117.Рецепторами СД4, обеспечивающими проникновение ВИЧ в клетку, обладают ниже перечисленные клетки, за исключением:

1. глиальных элементов нервной ткани
2. колоректальныхэпителиоцитов
3. Т-супрессороов
4. моноцитов
5. макрофагов

118.В начальную фазу ВИЧ-инфекции со стороны крови отмечаются нижеследующие изменения, за исключением:

1. общей лимфопении
2. гипергаммаглобулинемии
3. снижения уровня Т-4 лимфоцитов
4. снижения уровня Т-8 лимфоцитов
5. повышения содержания ЦИК (циркулирующих иммунных комплексов)

119.Первичное инфицирование ВИЧ клинически чаще всего проявляется нижеследующими симптомами, за исключением:

1. кратковременной лихорадки (2-14 дней)
2. явлений тонзиллита
3. кратковременной диареи
4. увеличения шейных и заднешейных лимфоузлов
5. увеличения печени и селезенки

120.Для ВИЧ- инфекции характерна длительная диарея обусловленная:

1. шигеллами
2. сальмонеллами
3. кампиллобактериями
4. криптоспоридиями
5. грибами Кандида

121.Для ВИЧ-инфекции характерно поражение легких обусловленное:

1. микобактериями Коха
2. легионеллами
3. грибами Кандида
4. пневмоцистами
5. респираторно-синцитиальным вирусом

122.Ниже перечисленные заболевания говорят в пользу возможной ВИЧ-инфекции, за исключением:

1. волосистой лейкоплакии
2. себоррейного дерматита
3. частых атак опоясывающего герпеса
4. часто рецидивирующей рожи
5. паховой эпидермофитии

123.Клеточные популяции, наиболее подверженные инфицированию ВИЧ:

1. эндотелиоциты;
2. Т-супрессоры;
3. Т-хелперы;
4. естественные киллеры;
5. гепатоциты.

124.Укажите скрининговый метод диагностики ВИЧ – инфекции:

1. иммуноферментный анализ
2. иммуноблоттинг
3. ПЦР

125.Австралийский антиген (HBsAg) обнаруживается у больных с :

1. ВГА,
2. ВГВ,
3. ВГС,
4. ВГЕ,
5. цитомегаловирусной инфекции.

126.Средняя продолжительность желтухи у больных ВГВ:

1. 5-7 дней
2. 1-2 недели
3. 3-4 недели
4. 1-1,5мес.
5. до 3 мес.

127.Из каких биологических сред больного НЕ выделяется культураBrucella

1. Кровь
2. Спинномозговая жидкость
3. Костный мозг, синовиальная жидкость
4. Пунктат увеличенных лимфатических узлов
5. Испражнения, желудочный сок

128.Особенности латентного бруцеллеза следующие, за исключением

1. Встречается у лиц, проживающих в эндемичных регионах
2. Часто отсутствуют жалобы
3. При повторном массивном инфицировании могут появляться клинические выраженные признаки бруцеллеза
4. Характерны невысокие титры противобруцеллезных антител в серологических реакциях
5. Проба Бюрне, как правило, отрицательна

129. У мужчины, 40 лет отмечаются длительные боли в эпигастральной области, опоясывающего характера, с иррадиацией в спину и чувство распирания в правом подреберье. При УЗИ исследовании: изменения поджелудочной железы и признаки хронического холецистита. Какие лабораторные показатели будут наиболее информативными при данной патологии?

1. Лейкоцитоз
2. Уровень трансаминаз крови
3. Гипергликемия
4. Уровень щелочной фосфатазы в крови
5. Уровень амилазы в крови и моче

130. Мужчина 47 лет, в анамнезе – внебольничная пневмония правосторонняя. Жалобы на боль в правой грудной клетке, усиливающуюся при кашле; непродуктивный кашель, одышку, слабость. Осмотр: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания; сглаженность межреберных промежутков справа. При аускультации - дыхание в правой половине грудной клетки не прослушивается. На рентгенограмме в боковой проекции – наличие жидкости в заднем реберно-диафрагмальном углу. Какое исследование наиболее целесообразно провести в первую очередь?

1. Пункцию плевральной полости
2. Бронхоальвеолярный лаваж
3. Ультрасонографию
4. Радионуклидное сканирование
5. Медиастиноскопию

131. Мужчина 48 лет. Жалобы на малопродуктивный кашель, приступообразного характера, чаще в утреннее время; одышку при значительной физической нагрузке. Курит в течение 25 лет, в день выкуривает 20 сигарет. Врачом общей практики при первом визите пациента было рекомендовано пройти обязательный минимум исследования.  Какое диагностическое исследование целесообразно провести дополнительно?

1. Спирометрию
2. Компьютерную томографию
3. Бронходилатационный тест
4. Бронхоскопию
5. Медиастиноскопию

132. Пациент 68 лет, обратился в поликлинику для вакцинации против гриппа. Врач общей практики (ВОП) объяснил пациенту в чем заключается суть  введения гриппозной вакцины у лиц в возрасте 65 лет и старше. Что вероятнее всего сообщил ВОП пациенту?

1. Вакцинация способна снизить частоту эпизодов инфекции ВДП, пневмонии, госпитализации и смерти
2. Вакцинация способна снизить риск развития пневмококковых инфекций
3. Вакцинация способна предотвратить развитие гриппа и его осложнений
4. Вакцинация способна предотвратить развитие пневмонии
5. Вакцинация способна предотвратить госпитализацию  по поводу бронхолегочной инфекции

133. Пациент 67 лет, вызвал врача на дом. Жалобы на кашель с малопродуктивной мокротой, одышку, немотивированную слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38,5ºС. Вышеуказанные жалобы беспокоят пациента в течение двух дней. Какое заболевание в первую очередь должен подозревать у пациента врач?

1. Хроническую обструктивную болезнь легких
2. Внебольничную пневмонию
3. Абсцесс легкого
4. Острую сердечную недостаточность
5. Тромбоэмболию легочной артерии

134. Пациент 57 лет, с жалобами на кашель с малопродуктивной мокротой, одышку, немотивированную слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38,5ºС. Принимал амоксициллин 0,5 г 3 раза в день в течение 3 дней. Что из нижеперечисленного считается критериями эффективности антибактериальной терапии?

1. Выявление высокой чувствительности микрофлоры к антибактериальному препарату при бактериологическом исследовании
2. Снижение СОЭ
3. Снижение температуры тела и уменьшение интоксикации
4. Снижение интенсивности кашля
5. Уменьшение выраженности головной боли

135. Мужчина 55 лет, жалобы на кашель в течение дня с мокротой, одышку, возникающую при быстрой ходьбе, небольшом подъеме. В анамнезе  курит в течение 25 лет по 1 пачке (20 сигарет) в день. Отмечает усиление одышки при простудных заболеваниях в течение последних 5 лет. Какая степень выраженности одышки по шкале Medical ResearchCouncil Dyspnea Scale (MRS) наиболее соответствует данному состоянию?

1. Степень 0
2. Степень 1
3. Степень 2
4. Степень 3
5. Степень 4

136. Мужчина 49 лет, жалобы на кашель с выделением слизистой мокроты по утрам, в течение 2 месяцев, одышку при физической нагрузке. Курит в течение 20 лет по 20 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. При осмотре –деформация грудной клетки - «грудь сапожника». Что из нижеперечисленного относится к главным факторам риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)?

1. Аномалии строения грудной клетки
2. Снижение выработки IgM
3. Злоупотребление алкоголем
4. Активное и пассивное курение
5. Первичную легочную гипертензию

137. Женщина 28 лет, жалобы на кашель в течение 2 недель с выделением слизистой мокроты, дискомфорт в области придаточных пазух, затекание слизи в дыхательные пути. Какое диагностическое исследование целесообразно провести?

1. Бактериологическое исследование мокроты
2. Спирометрию
3. Бронхографию
4. Рентгенографию органов грудной клетки
5. Рентгенографию придаточных пазух носа

138. Женщина 38 лет, жалобы на мучительный кашель со скудной слизистой мокротой, сопровождающийся выраженной одышкой, повышение температуры тела до 38,5ºС. Заболела после гриппа. Из анамнеза – курит в течение 15 лет. Осмотр: гиперемия зева. Аускультативно - жёсткое дыхание, хрипы - сухие. При спирометрии – обструктивный синдром. Рентгенография - усиление лёгочного рисунка. Назначение какой группы препаратов наиболее целесообразно в данной ситуации?

1. Антибактериальных
2. Противовирусных средств
3. β2-адреномиметиков
4. Глюкокортикоидов
5. Противокашлевых

139. Мужчина 42 лет, жалобы на кашель более 3 недель, в последнюю неделю с выделением гнойной мокроты, сопровождающийся одышкой. Из анамнеза – курит в течение 20 лет, по 20 сигарет в день. Рентгенография – изменений не выявлено. Консультацию какого специалиста наиболее целесообразно провести в данном случае?

1. Пульмонолога
2. Гастроэнтеролога
3. Оториноларинголога
4. Инфекциониста
5. Кардиолога

140. Пациент случайно (с родственником) посетил школу здоровья по хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). При этом сообщил, что постоянно курит. Врач провел разъяснительную беседу о вреде курения и предупредил, что при продолжении курения возможно развитие заболевания. Когда вероятнее всего проявится развернутая клиническая картина ХОБЛ  у данного пациента, если он продолжит курить?

1. через 3 года
2. через 5 лет
3. через 7 лет
4. через 10 лет
5. через 15 лет

141. Пациент 42 лет, обратился с жалобами на кашель, появившийся после переохлаждения. В анамнезе хронический бронхит. Врачом было назначено исследование мокроты. Что в период обострения вероятнее всего выявится в анализе мокроты?

1. Большое количество клеток с признаками атипии
2. Большое количество нейтрофильных лейкоцитов
3. Большое количество эозинофилов
4. Большое количество эластических волокон
5. Большое количество эритроцитов

142. Мужчина 32 лет, жалобы на кашель, со скудной мокротой, возникающий после обильной еды в положении лежа, уменьшается при изменении положения тела. Какое диагностическое исследование необходимо провести для дифференциальной диагностики?

1. Бактериологическое исследование мокроты
2. Бронхографию
3. Спирометрию
4. Рентгенографию органов грудной клетки
5. Фиброэзофагогастродуоденоскопию

143. Больного Н., 42 лет,  беспокоят боль в горле, осиплость голоса, кашель со слизистой мокротой, слабость, потливость, потеря в весе на 4-5 кг.  См. на  обзорную рентгенограмму органов грудной клетки Какой наиболее вероятный диагноз? 

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе обсеменения
2. Кавернозный туберкулез в фазе обсеменения
3. Острый диссеминированный туберкулез
4. Подострый диссеминированный туберкулез
5. Очаговый туберкулез легких

144. Больная И., 27 лет, отмечает повышение температуры до 38о, одышку, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, кашель. В легких слева выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Рентгенограмма ОГК: слева  в верхней доле очаговые тени слабой интенсивности на фоне усиленного легочного рисунка, в корнях кальцинаты. В мокроте БК не обнаружено. В анализе крови лейкоциты - 10,8 \* 109, СОЭ – 32 мм/час. Какой наиболее предполагаемый диагноз?

1. Милиарный туберкулез легких
2. Внебольничная пневмония верхней доли левого легкого
3. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого
4. Карциноматоз легких
5. Очаговый туберкулез легких

145. Больной К., 25 лет, с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом S1 правого легкого, БК+ находился в стационаре 2 месяца, где проведена интенсивная фаза с четырьмя АБП и 4-месячная поддерживающая фаза. Прекратилось бактериовыделение. На рентгенограмме – в S1 правого легкого определятся фокусная тень с четкими контурами, d – 3 см. Какой Ваш предполагаемый диагноз?

1. Округлый инфильтрат
2. Заполненная киста
3. Периферический рак
4. Эхинококк
5. Туберкулема

146. Больная 18 лет, вызвала  на дом врача общей практики  с жалобами на повышение температуры тела свыше 38 градусов, озноб ,слабость, общее недомогание, ухудшение аппетита, головную боль. Считает себя больной в течение недели, к врачу не обращалась, дома принимала жаропонижающие средства. Отмечает частое мочеиспускание, присоединились боли в правой поясничной области. Болезнь связывает с переохлаждением. О каком заболевании необходимо  думать?

1. Пневмония
2. Острый пиелонефрит
3. Острый эндометрит
4. Острый цистит
5. ОРВИ.

147. Больной 25 лет обратился с жалобами по поводу болей в эпигастральной  области с выраженным циркуляторно-гипоксическим синдромом. B анамнезе – язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Э – 3,8х 1012/л, ЦП – 0,8, тромбоциты – 165,0х109/л,  ретикулоциты – 0,5 %. билирубин – 15 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,5 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Предполагаемый диагноз:

1. Апластическая анемия
2. Гемолитическая анемия
3. Острая постгеморрагическая анемия
4. Железодефицитная анемия
5. B12-дефицитная анемия

148.Больной, 39 лет,  жалобы на сильные схваткообразные боли внизу живота, ложные позывы на низ, тошноту, отсутствие аппетита, частый жидкий стул с примесью слизи и крови до 15 раз в сутки. Температура 38,6 - С, АД - 110/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненная. Какие антибактериальные препараты целесообразно использовать у данного больного?

1. Цефалоспорины
2. Пенициллины
3. Фторхинолоны
4. Эубиотики
5. Макролиды

149.Больной, 22 года, поступил в клинику в первые сутки заболевания с сильной головной болью, двухкратной рвотой, не приносящей облегчения, светобоязнью, температурой 400С. Заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: в сознании, но лежит с закрытыми глазами, отвечает правильно, но не охотно (из-за головной боли). Отмечается положительный симптом Кернига с обеих сторон и ригидность мышц затылка. В крови лейкоциты 18\*109/л, П – 12 %, С – 72%, Л – 16%, СОЭ 42 мм/ч. Врачебная тактика в данном случае:

1. Пенициллин, преднизолон, манитол
2. Диклофенак, супрастин, ципрофлоксацин
3. Бисептол, фуросемид, лоперамид
4. Пенициллин, гентамицин, димедрол
5. Цефазолин, левомицетин, манитол

150. Больной 48 лет, обратился с жалобами на тошноту, многократную рвоту, частый жидкий обильный стул, пенистого характера, зеленого цвета, разлитые боли в животе. Заболевание связывает с употреблением сырого яйца. Предположительный диагноз:

1. Сальмонеллез
2. Дизентерия
3. Холера
4. Иерсиниоз
5. Эшерихиоз

151. Больной И.,36 лет.  Жалоб нет.  При профосмотре справа на верхушке легкого округлая тень с четкими контурами. Вокруг единичные плотные очаги. Предварительный диагноз:

1. туберкулома
2. периферический рак
3. эхинококк
4. центральный рак
5. абсцесс легкого

152. ольная 42 лет, в течение ряда лет страдающая бронхиальной астмой, жалуется на приступы удушья, возникающие  несколько раз в неделю. После инъекции дипроспана приступы удушья не беспокоили около месяца. Накануне обращения появились кашель и одышка, не купировавшиеся беротеком. Ночью состояние ухудшилось. При осмотре: больная в вынужденном положении, выражена одышка, слышны дистанционные хрипы. Какая лечебная тактика наиболее целесообразна в данной ситуации?

1. Фенотерол, кислород
2. Вентолин через небулайзер, кислород
3. Преднизолон в/в в дозе 30-60 мг, кислород
4. Метилпреднизолон 120 мг, фенотерол, кислород
5. Преднизолон в/в в дозе 30 мг, эуфиллин в/в, кислород

153. Больному 62 лет с резким повышением АД до 220/100 мм рт.ст. на фоне сильных головных болей возникли симптомы выраженной одышки, нехватки воздуха, стесненного дыхания. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах обеих легких.  Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 ударов в минуту. Нужно ли более активное снижение артериального давления?

1. Нет, так как это пациент пожилого возраста
2. Нет, так как это состояние не угрожает больному
3. Нет, так как это скорее симптомы легочной патологии
4. Да, так как данное состояние опасное для жизни
5. Да, так как пожилым больным важно быстрое снижение АД

154. Больной 72 лет, пасечник, заболел остро после того, как укрывал ульи сеном на зиму. Был выставлен диагноз пневмонии, однако лечение пенициллином привело к ухудшению состояния: прогрессивно нарастала одышка; покашливание усиливалось на высоте вдоха; прогрессивно нарастала слабость и утомляемость. В легких выслушивалась крепитация на высоте вдоха, которая не изменялась при покашливании. Назначен преднизолон в дозе 40 мг/сут с постепенным снижением дозы до 10 мг. Какая лечебная тактика наиболее целесообразна?

1. Назначить делагил
2. Отменить преднизолон
3. Назначить физиолечение
4. Увеличить дозу преднизолона до 90 мг
5. Продолжить прием преднизолона в той же дозе

155. В приемный покой обратился больной с жалобами на тошноту, кровавую рвоту. Объективно: кожные покровы желтушные, печень при пальпации плотная, болезненная, расширенные вены вокруг пупка. Вы диагностировали кровотечение из расширенных вен пищевода и ввели зонд Блекмора. Что Вы ожидаете от проведенной процедуры?

1. Улучшение общего состояния
2. Окончательную остановку кровотечения
3. Временную остановку кровотечения
4. Профилактику возможного осложнения
5. Восстановление гемодинамики

156. В приемный покой обратился больной с жалобами на тошноту, кровавую рвоту. Объективно: кожные покровы желтушные, печень при пальпации плотная, болезненная, расширенные вены вокруг пупка. Вы диагностировали кровотечение из расширенных вен пищевода и ввели зонд Блекмора. Что Вы ожидаете от проведенной  процедуры?

1. Улучшение общего состояния
2. Окончательную остановку кровотечения
3. Временную остановку кровотечения
4. Профилактику возможного осложнения
5. Восстановление гемодинамики

157. Женщина 25 лет  жалуется  на кашель со скудной трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, недомогание, повышение t°до 37,5С по вечерам. Заболела остро после переохлаждения. Объективно: притупление перкуторного звука и усиленнаябронхофония слева в подлопаточной области, там же мелкопузырчатые хрипы. В крови: НВ-128г/л, ЭР-4.7\*1012 г/л, лейкоциты-9х109/л, СОЭ-25 мм/ч. Какой из нижеперечисленных признаков обнаружится на рентгенограмме

1. усиление легочного рисунка больше слева
2. расширение корней легких, их неструктурность
3. интенсивное затемнение слева в нижних отделах легких
4. очаговые инфильтративные тени слева в нижних отделах легких
5. сглаженность левого костодиафрагмального синуса  до уровня 7 ребра

158. Женщина 29 лет, предъявляет жалобы на боли в грудной клетке слева, повышение температуры до 39°, нарастающую одышку. Объективно: ослабление голосового дрожания слева, укорочение перкуторного звука. Число дыханий - 22 в минуту, ЧСС - 100 ударов в минуту. Какой из перечисленных методов является решающим в постановке диагноза

1. Рентгенография грудной клетки
2. ЭКГ
3. Общий анализ крови
4. Острофазовые показатели крови
5. Спирография

159. Женщина Т. 32 года пришла не прием с жалобами на  удушье и приступообразный сухой кашель. За последнюю неделю дважды ночью просыпалась от удушья, которое купировала беротеком. Принимает преднизолон по 10 мг ежедневно. Объективно: Кожные покровы бледной окраски. ЧДД – 22 в минуту. При обследовании: ПСВ - 68%. Ваш диагноз

1. Бронхиальная астма, средней степени, обострение, гормонозависимая форма, ДН II
2. Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение ДН III
3. Бронхиальная астма, средней степени, обострение, ДН II
4. Бронхиальная астма, тяжелое течение, обострение, гормонозависимая форма ДН I
5. Бронхиальная астма, легкой степени, обострение ДН I

160. Больной 56 лет, страдающий ХОБЛ в течение многих лет, жалуется на повышение температуры тела, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку, слабость, потливость появившиеся после переохлаждения. Рентгенологически выявлена инфильтрация легочной ткани справа в нижней доле. Назначено лечение цефазолин, линкомицином. В мокроте на 3 день найдены – пневмококки. Ваша дальнейшая тактика

1. Тетрациклин + метрогил + лазолван
2. Амоксиклав + гентамицин + бромгексин
3. Цефазолин + преднизолон + бромгексин
4. Пенициллин + амброксол + сальбутамол
5. Кларитромицин + амброксол + ипратропиума бромид

161. Больная 42 лет, в течение ряда лет страдающая бронхиальной астмой, жалуется на приступы удушья, возникающие  несколько раз в неделю. После инъекции дипроспана приступы удушья не беспокоили около месяца. Накануне обращения появились кашель и одышка, не купировавшиеся беротеком. Ночью состояние ухудшилось. При осмотре: больная в вынужденном положении, выражена одышка, слышны дистанционные хрипы. Какая лечебная тактика целесообразна?

1. Фенотерол, эуфиллин в/в, кислород
2. Вентолин через небулайзер, кислород
3. Преднизолон в/в 90 мг, фенотерол, кислород
4. Преднизолон в/в 120 мг, эуфиллин в/в, кислород
5. Метилпреднизолон 80 мг в/м, фенотерол, кислород

162. Женщина 39 лет, обратилась с целью профилактического осмотра. Периодически отмечает редкие кратковременные колющие боли в области сердца. Вес 90 кг и рост 170 см, курит по 1 пачке в день в течение 7 лет, физическими упражнениями не занимается. Последнее обследование было 8 лет назад. Мать перенесла инфаркт миокарда в возрасте 48 лет. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Какое диагностическое обследование следует провести в первую очередь

1. Рентгенограмма грудной клетки
2. Тест с физической нагрузкой
3. ЭКГ
4. Холестерин сыворотки
5. Общий анализ крови

163. На приеме   4-х летний ребенок с жалобами на повышение температуры  тела  в течение 20 дней до субфебрильных цифр, постоянный кашель, снижение аппетита. В домашних условиях проводилась антибактериальная  терапия препаратами пенициллина. Объективно: умеренная одышка, кожные покровы бледные с «мраморным рисунком», периоральный цианоз, в легких выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон. На рентгенограмме грудной клетки: неоднородная инфильтрация легочных полей – «снежная буря», выраженное усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов. В ОАК - лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез, эозинофилия, ускоренная СОЭ,  анемия I степени. Какой из возбудителей имет этиологическое значение?

1. микоплазма
2. синегнойная палочка
3. стафилококк
4. стрептококк
5. пневмококк

**164.У мужчины 51 года отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Каков предполагаемый диагноз?**  
**а).** хронический холецистит в фазе обострения  
**б).** хронический панкреатит в фазе ремиссии  
**в).** язвенная болезнь желудка в фазе обострения  
**г).** хронический гепатит

**165.У прежде здорового подростка появилась лихорадка до 380С, во время которой на коже и слизистых оболочках появились геморрагические высыпания, экхимозы. Однократно была мелена, затем две недели имела место положительная реакция Грегерсена в кале. Тромбоциты крови 60х109/л. Все явления самостоятельно прошли бесследно. Заболеванию предшествовало лечение ангины сульфаниламидными препаратами. Подберите соответствующий диагноз из нижеприведенных:**  
**а).** острые эрозии желудка  
**б).** синдром Мэллори–Вейса  
**в).** диафрагмальная грыжа  
**г).**  болезнь Верльгофа

166. На приеме у врача общей практики больная девочка 9 лет с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит. Из анамнеза известно, что жалобы появились после экстракции зуба 4 недели назад. Проводилась симптоматическая жаропонижающая терапия без положительного эффекта. Объективно: общее состояние тяжелое. Отмечается вялость, бледность, одышка. Пальпаторно: усиление верхушечного толчка, систолическое дрожание. Перкуторно: расширение границ сердца. Аускультативно: грубый скребущий систолический шум, связанный с I тоном, проводящийся на всю область сердца. АД 115/40 мм.рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение ЭОС, признаки перегрузки обоих желудочков. Предварительный диагноз?

А)Острая ревматическая лихорадка

Б)Инфекционный эндокардит

В)Вирусный миокардит

Г)Миокардиодистрофия

Д)Кардиомиопатия

167. При осмотре у больного бледные кожные покровы покрытые потом. Шейные вены набухшие. АД - 180/100 мм.рт.ст, ЧСС 90 уд. в 1 мин., пульс асимметричный. Определяется расширение сосудистого пучка.   По ходу  аорты  выслушивается систолический шум. При пальпации живот мягкий, в мезогастрии определяется пульсирующее образование. Экспресс-тест с тропонином (-). На ЭКГ признаки коронарной недостаточности, очаговые изменения миокарда, гипертрофия левого желудочка. Укажите вероятную причину имеющегося симптомокомплекса у больного

1. А)гипертоническая болезнь
2. нестабильная стенокардия
3. ТЭЛА
4. расслаивающая аневризма аорты
5. гипертонический криз

168. У больного 42 лет жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной и в эпигастрии. На ЭКГ: низкий вольтаж зубца RII,III,AVF, депрессия интервала STII, III, AVF. Какой из диагностических тестов поможет в постановке диагноза?

1. Общий анализ крови
2. Холестерин, триглицериды в крови
3. Кардиоспецифические ферменты (тропонин или МВ-КФК)
4. Холтеровскоемониторирование ЭКГ
5. ЭхоКГ

169. У больного К. 58 лет с постинфарктным  кардиосклерозом и сердечной  недостаточностью I-II стадии в течение 2 лет отмечается мерцательная аритмия, чаще тахисистолическая форма. Выберите врачебную тактику по отношению к лечению мерцательной аритмии.

1. Профилактическое лечение ритмиленом или изоптином (или аналогичными  препаратами) с целью  восстановления синусового  ритма
2. Перевод мерцательной аритмии в синусовый  ритм в стационаре (с помощью  хинидина или электроимпульсной терапии)
3. Поддержание нормосистолической формы  мерцательной  аритмии  с помощью  сердечных гликозидов
4. Целесообразен  перевод  на постоянную  электрокардиостимуляцию
5. Постоянная терапия такому больному не требуется

170. Больной Н., 47 лет, страдает язвенной болезнью желудка, участковым врачом был назначен ранитидин (по 150мг 2 раза в день) после дообследования была выявлена хроническая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 50 мл/мин). Тактика врача:

1. Отменить ранитидин, назначить циметидин
2. Ранитин не отменять, назначить диуретики
3. Отменить ранитидин и назначить антациды
4. Уменьшить дозу ранитидина в 2 раза, продолжить лечение
5. Заменить ранитидин на омепразол

171.У больного К. 48 лет, механик, обратился к участковому врачу с жалобами на боли жгучего характера с локализацией за мечевидным отростком, с иррадиацией в руки, появляющиеся в положении лежа и исчезающие или ослабляющиеся при переходе в вертикальное положение.  Нет прямой зависимости появления болей от физической нагрузки, чаще отмечается после приема пищи. На ЭКГ без особых изменений. Назовите наиболее достоверный метод обследования для верификации диагноза.

1. ЭКГ
2. Эхокардиография с допплерографией
3. ФГДС с прицельной биопсией
4. Суточная рН-метрия желудка
5. Холтеровскоемониторирование ЭКГ

172. На приёме у врача  больная К. 35 лет, в анамнезе кашель с выделением слизистой мокроты, осиплость голоса, першение в горле, повышение температуры до 39ºС. В процессе обследования (ОАК, рентгенологическое обследование) был выставлен диагноз: Острая пневмония. Было назначено лечение пенициллином. Эффекта от лечения нет. Ваша тактика?

1. продолжить  лечение до 10 дней
2. назначить азитромицин
3. срочно госпитализировать в стационар
4. отменить пенициллин и назначить цефтриаксон
5. добавить бисептол

173. У больной с жалобами на нервозность, тревогу, эмоциональную напряженность, нарушение сна, частое повышение АД, в связи с чем назначен диазепам в суточной дозе 10 мг и раунатин по 1 тб 2 раза в день. В анамнезе хронический гепатит. Через 2 недели больная отметила появление галлюцинаций, ярких сновидений, вялость и дрожание пальцев рук. Что привело к появлению побочного действия диазепама?

1. назначение высокой дозы препарата
2. повышение всасывания препарата из ЖКТ
3. замедление процесса биотрансформации препарата в организме
4. повышение выведения препарата из организма
5. взаимодействие диазепама и раунатина

174. Больному, страдающему ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом, ХНК IIБ ст. (ЧСС - 96, Ps - 76, АД - 120/80, PQ - 0.21 сек) для устранения частой желудочковой экстрасистолии был назначен лидокаинболюсно (50 мг) с последующим в/в капельным введением (1 мг/мин). Почему использована доза в два раза меньше средней?

1. из-за тахикардии
2. из-за замедления AV-проводимости
3. вследствие замедления выведения лидокаина почками
4. из-за гипоальбуминурии, частой у больных с кардиальным циррозом печени
5. из-за снижения объема распределения лекарственного средства у больных с ХНК

175. У больной, страдающей хроническим пиелонефритом, клиренс креатинина составил 60 мл/мин. Назначение какого лекарственного средства должно производиться в меньших дозах?

1. фуросемида
2. дигоксина
3. пенициллина
4. аспирина
5. гентамицина

176. Больная Е., 74 лет, обратилась к врачу СВА с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть  после  приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно выявлены: бледность кожных покровов, иктеричность склер, умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на    нижних конечностях по типу «чулок». В ОАК: Нв -83 г/л;  ЦП 1,2; Эр.- 2,5х1012/л;   лейк.– 3,2х109/л; тромб. - 150х109/л;  ретикулоциты – 0,2%; билирубин- 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л). Какой диагноз наиболее вероятен?

1. железодефицитная анемия
2. хронический гепатит
3. гемолитическая анемия
4. хронический атрофический гастрит
5. витамин В12-дефицитная анемия

177. Женщина 38 лет отмечает увеличение веса, уменьшение потоотделения, пастозность лица.  В течение длительного времени страдает хроническим тонзиллитом. Объективно: рост-158 см, вес-89 кг. Стрий нет, выраженный гиперкератоз. Лицо пастозное, с суженными глазными щелями. ЧСС-56 в мин. АД-100/60 мм рт. ст. В крови: эритроциты-3,2 млн., лейкоциты-7,5 тыс., Нв-82 г/л, СОЭ-14 мм/ч, сахар крови-3,3 ммоль/л, йод, связанный с белками сыворотки - 300 ммоль/л. Какая тактика ведения наиболее целесообразна?

1. витаминотерапия
2. назначение мочегонных средств
3. противовоспалительная терапия
4. назначение субкалорийной диеты
5. терапия тиреоидными препаратами

178. Больная  К. 29 лет, поступила с жалобами на боли в пояснице справа, головные боли, лихорадку до 38°С, частое мочеиспускание. Больна более 4-х лет, лечилась неоднократно. Обострение заболевания возникло после переохлаждения ног. Объективно: лицо одутловатое, бледное, пастозность век. Положительный симптом Пастернацкого. Анализ крови: Нв – 114 г/л, лейк.- 9,8х109/л; СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес – 1025, белок –0,99 г/л, лейк.– сплошь  в п/зр.; гиалиновые цилиндры –2-4 в п/зр. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза

1. проба Зимницкого
2. бактериологическое исследование мочи
3. посев мочи на микобактерии туберкулеза
4. проба Реберга-Тареева
5. иммунологическое исследование крови

179. Больная И. 48 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, отеки на ногах, одышку при ходьбе, слабость, плохой аппетит. Заболевание почек в течение 10 лет. Об-но: отечность стоп, голеней. В общем анализе крови: Нв–96 г/л; Эр.–2,8х1012/л; Лейк.- 8,8х109/л; СОЭ–35 мм/ч. Мочевина – 16 ммоль/л, креатинин – 0,250 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес – 1005; белок-4,5 г/л; лейк.– 6-10 в п/зр; эр.– 20- 25 в п/зр; цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр. Какое обследование необходимо провести для уточнения клинического диагноза

1. определение белка Бенс-Джонса
2. бактериологическое исследование мочи
3. посев мочи на микобактерии туберкулеза
4. определение клубочковой фильтрации
5. проба Нечипоренко

180. У  52-летней пациентки через 4 недели после перенесенного трансмурального инфаркта миокарда появились субфебрильная температура, одышка, боли в суставах. Объективно: слева  выпот в плевральной полости, шум трения перикарда. ЭКГ динамика без особенностей. Какое лечение будет наиболее эффективно в данном случае

1. малые дозы кортикостероидов
2. периферические вазодилятаторы
3. антибактериальная терапия
4. антиагрегантная терапия
5. метаболическая терапия

181. Больной  С., 35 лет, с жалобами на отеки на лице, стопах, голенях, бедрах, поясничной области. С молодости страдает бронхоэктатической болезнью, в течение последнего года в анализах мочи неоднократно отмечается протеинурия. В анализе крови: СОЭ – 50 мм/ч; общий белок – 47 г/л; в анализе мочи – уд. вес 1030; белок – 12 г/л, цилиндры гиалиновые – 5-7 в  п/зр.  Назовите  наиболее информативное для уточнения диагноза обследование

1. определение белковых фракций крови
2. определение уровня креатинина в крови
3. проба Зимницкого
4. определение клубочковой фильтрации
5. биопсия слизистой прямой кишки

182. Больной Р., 25 лет, с раннего детства страдает  артрозами  коленных, локтевых суставов, беспокоят частые длительные носовые  кровотечения, в анамнезе – межмышечные гематомы. У старшего брата матери отмечалась аналогичная симптоматика, умер от кровоизлияния в  мозг.  В ОАК- без изменений, тромбоциты – 220 х 109/л;  АЧТВ – удлинено. Определите адекватную тактику лечения

1. малые дозы кортикостероидов
2. концентраты факторов свертывания крови
3. гемостатическая терапия
4. переливание белковых препаратов
5. плазмаферрез

183. К Вам обратился мужчина с жалобами на боли в области лопатки, гиперемию, отек. Отмечает длительное время в этом месте образование. Вы поставили диагноз. Ваши действия:

1. Вскроете под местной анестезией и дренируете гнойник
2. Продолжите антибиотикотерапию
3. Назначите физиотерапию
4. Отправите в дежурную клинику
5. Наложите повязку в мазью Вишневского

184. Пациент 65 лет, в течении 6-7 часов не может мочиться, появились боли в животе, боли иррадируют на область промежности. Перкуторно определяется дно мочевого пузыря в области пупка. Перитониальных явлений нет. Какое действие врача общей практики?

1. с дз.острая задержка мочи направить в урологическое отделение
2. направить в дневной стационар
3. ввести катетер
4. применить физиолечение
5. пункция над лоном

185.Укажите симптомы, свидетельствующие в пользу ВГВ при проведении дифференциального диагноза с ВГА

1. улучшение самочувствия с появлением желтухи
2. наличие артралгического синдрома в преджелтушном периоде
3. обнаружение анти – HAVIgM
4. высокий уровень тимоловой пробы
5. наличие катарального синдрома в преджелтушном периоде

186.Что не является характерным для поражений печени при острых вирусных гепатитах

1. цитолитический синдром
2. фиброз паренхимы
3. холестатический синдром
4. мезенхимально-воспалительный синдром

187.В период разгара вирусного гепатита В в крови обнаруживаются следующие маркеры, кроме

1. HВsAg
2. анти-HBcJgM
3. анти-HBs
4. HВeAg

188.Для ранней диагностики вирусного гепатита В наиболее значимыми являются

1. повышение холестерина
2. гипербилирубинемия
3. снижение сулемовой пробы
4. появление желчных пигментов в моче
5. повышение активности трансаминаз

189.Специфическая профилактика вирусного гепатита В предполагает:

1. использование одноразовых медицинских инструментов
2. замену трансфузий препаратов крови кровезаменителями
3. стерилизацию изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических

учреждениях

1. вакцинацию

190.Укажите маркеры (ИФА-метод), характерные для ВГА

1. положительная реакция на HВsAg
2. положительная реакция на анти-ВГА
3. положительная реакция на HВеAg
4. положительная реакция на анти-ВГЕ

191.Укажите, какие изменения биохимических показателей не являются характерными при острых вирусных гепатитах

1. увеличение свободной и связанной фракций билирубина
2. повышение активности аминотрансфераз в 10 и более раз
3. снижение альбумина при тяжёлом течении
4. повышение активности щелочной фосфатазы в 10 и более раз
5. снижение уровня сулемовой пробы

192.Вакцинопрофилактика какого вирусного гепатита в настоящее время не проводится

1. ВГА
2. ВГВ
3. ВГС
4. ВГД

193.ВГА в преджелтушном периоде необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями, кроме:

1.ОРВИ

2. корь

3. глистная инвазия

4. острый живот

5. пищевая токсикоинфекция

194. Мужчина 28 лет жалуется на жгучие и давящие боли в области сердца, испытываемые больным почти постоянно в течение последних двух недель. Беспокоят также сердцебиение и одышка. Заболел около трех недель назад, когда после какого-то заболевания, сопровождающегося кашлем и ознобом, появились указанные выше жалобы со стороны сердца. Тоны сердца глухие, в легких хрипов нет. Печень не увеличена. Для подтверждения диагноза что следует назначить:

1. ревмопроба
2. ЭКГ
3. рентген
4. спирография
5. показатели крови

195. На приёме у врача  больная К. 35 лет, в анамнезе кашель с выделением слизистой мокроты, осиплость голоса, першение в горле, повышение температуры до 39ºС. В процессе обследования (ОАК, рентгенологическое обследование) был выставлен диагноз: Острая пневмония. Было назначено лечение пенициллином. Эффекта от лечения нет. Ваша тактика?

1. продолжить  лечение до 10 дней
2. назначить азитромицин
3. срочно госпитализировать в стационар
4. отменить пенициллин и назначить цефтриаксон
5. добавить бисептол

196. У больной 48 лет, страдающей бронхиальной астмой на протяжении многих лет, в последнее время отмечается повышение артериального давления до 180/90 мм рт.ст. и выше. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Больная регулярно принимает ингаляционносальбутамол. Какую группу препаратов категорически не рекомендуется назначать в данной ситуации

1. блокаторы кальциевых каналов
2. ингибиторы АПФ
3. β-адреноблокаторы
4. антагонисты АТ ІІ рецепторов
5. миотропные спазмолитики

197.У ребенка, получающегося неспецифическое противовоспалительное лечение по поводу правосторонней пневмонии в течение 2 недель, четкой обратной динамики патологической тени, определяемой на рентгенограмме, не получено. Туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ – реакция впервые положительная, что позволило установить предварительный диагноз первичный туберкулезный комплекс правого легкого в фазе инфильтрации, БК «-». Определите тактику дальнейшего обследования:

1. рентгеноскопия
2. латерография
3. бронхография
4. томография
5. ангиопульмонография

198. На приеме 6-летний ребенок с жалобами на лихорадку до 39,5 С в течение 3 дней и воспаленным зевом. Ребенок активен, но несколько испуган. Отмечается незначительный инспираторный стридор. Что необходимо сделать в первоочередном порядке?

1. провести микробиологическое исследование флоры носоглотки
2. Произвести рентгенограмму грудной клетки
3. Готовиться к проведению интубации трахеи
4. Исследовать газовый состав крови
5. Госпитализировать ребенка в стационар

199. На приеме ребенок 3 лет с жалобами на изменение вкусовых ощущений (извращение вкуса). В течение последних дней родители стали отмечать у ребенка тяжелое дыхание. При объективном обследовании выявлена одышка и гепатомегалия. В клиническом анализе крови эозинофилия 80%. Какое диагностическое исследование позволит поставить предварительный диагноз?

1. Кожный туберкулиновый тест
2. Тест на гистоплазмоз
3. Тест на токсокароз
4. Эндоскопическое исследование ЖКТ
5. Анализ кала на яйца гельминтов

200. На приеме   4-х летний ребенок с жалобами на повышение температуры  тела  в течение 20 дней до субфебрильных цифр, постоянный кашель, снижение аппетита. В домашних условиях проводилась антибактериальная  терапия препаратами пенициллина. Объективно:умеренная одышка, кожные покровы бледные с «мраморным рисунком», периоральный цианоз; в легких выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких с обеих сторон. На рентгенограмме грудной клетки: неоднородная инфильтрация легочных полей – «снежная буря», выраженное усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов. В ОАК -лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез, эозинофилия, ускоренная СОЭ,  анемия I степени. Какой из возбудителей имет этиологическое значение?

1. микоплазма
2. синегнойная палочка
3. стафилококк
4. стрептококк
5. пневмококк

201. У больной с жалобами на нервозность, тревогу, эмоциональную напряженность, нарушение сна, частое повышение АД, в связи с чем назначен диазепам в суточной дозе 10 мг и раунатин по 1 тб 2 раза в день. В анамнезе хронический гепатит. Через 2 недели больная отметила появление галлюцинаций, ярких сновидений, вялость и дрожание пальцев рук. Что привело к появлению побочного действия диазепама?

1. назначение высокой дозы препарата
2. повышение всасывания препарата из ЖКТ
3. замедление процесса биотрансформации препарата в организме
4. повышение выведения препарата из организма
5. взаимодействие диазепама и раунатина