

Тестовые вопросы для ординаторов 2-курса по специальности “Терапия”

Ревматология

1. 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. Поставьте предположительный диагноз:
 - a) болезнь Гордона;
 - b) болезнь Уиппла;
 - c) болезнь Крона;
 - d) лимфосаркома;
2. 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. Поставьте предварительный диагноз:
 - a) Острая ревматическая лихорадка
 - b) Инфекционный эндокардит
 - c) Вирусный миокардит
 - d) Миокардиодистрофия
3. У женщины 26 лет, в течение 6-ти месяцев после поездки на море, постепенно появились признаки полиартрита мелких суставов кистей рук, запястья. 2 месяца назад начали выпадать волосы, недавно появилась эритематозная сыпь на лице. Объективно: температура повышена до 38°C, АД- 140/100 мм.рт.ст. В анализе мочи – протеинурия. Поставьте предварительный диагноз:
 - a) системная склеродермия
 - b) дерматомиозит
 - c) системная красная волчанка
 - d) системный васкулит
4. Мужчина, 50 лет предъявляет жалобы на сильные боли в правой стопе. Накануне употреблял мясо в большом количестве с алкоголем. Боль началась внезапно, около 6 ч утра и локализовалась преимущественно в области I-II плюснефаланговых суставов правой стопы. Объективно: кожа над суставом большого пальца багровая, горячая на ощупь, пальпация резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны, температура тела – 38°
С. Выберите тактику врача:
 - a) Пункция больного сустава
 - b) Кровь на мочевую кислоту
 - c) Рентгенография правой стопы
 - d) УЗИ пораженного сустава
5. Женщина 32 лет, пришла на профилактический осмотр. В анамнезе - в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Выберите тактику врача:
 - a) Направление на консультацию к ревматологу
 - b) Направление на консультацию к кардиохирургу
 - c) Назначение антибиотиков и фуросемида
 - d) Направление на УЗИ сердца с доплерографией
6. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРИТА
 - a) проксимальных межфаланговых суставов кисти
 - b) дистальных межфаланговых суставов кисти
 - c) первого плюснефалангового сустава
 - d) локтевого сустава
7. СИМПТОМ КУШЕЛЕВСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ
 - a) суставов поясничного отдела позвоночника
 - b) илеосакральных сочленений
 - c) тазобедренных суставов
 - d) локтевого симфиза

8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СУСТАВ ЯВЛЯЮТСЯ

- a) наличие выраженного воспалительного процесса
- b) инфекционный процесс в суставе
- c) незначительные признаки воспаления в суставе
- d) наличие отека

9. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЭРОЗИВНОГО РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТА ИМЕЕТ

- a) поступление в синовиальную полость антигена
- b) поглощение макрофагом антигена
- c) активирование интерлейкином-1 и интерлейкином-2 Т-лимфоцитов
- d) соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Тсупрессорами

10. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- a) "рука с лорнетом"
- b) ульнарная девиация
- c) в виде "шеи лебедя"
- d) в виде "молоткообразного пальца"

11. СИНДРОМ ШЕГРЕНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

- a) повышением частоты носительства HLA-B27
- b) повышением частоты носительства HLA-DR4
- c) вположительный ревматоидный фактор
- d) наличие антинуклеарных антител

12. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- a) наличия рагоцитов в синовиальной жидкости
- b) моноартрита коленного или тазобедренного сустава
- c) рентгенологические изменения (ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)
- d) положительной реакции Манту, Диаскинтеста

13. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА НЕ ХАРАКТЕРНО

- a) мигрирующая эритема
- b) артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы
- c) лимфаденопатия
- d) подкожные узелки

14. У 64-летнего мужчины обнаружен симметрический артрит обеих рук с наличием ранней утренней скованности. Результаты рентгенологического исследования: периартикулярный остеопороз пястнофаланговых суставов; эрозия шиловидного отростка локтевой кисти; симметричность поражения; уменьшение межсуставных щелей в костях кистей. Укажите диагноз:

- a. анкилозирующий спондилоартрит
- b. ревматоидный артрит
- c. подагра
- d. вторичный остеоартрит

15. 45-летний мужчина жалуется на боль в спине и множественную боль в суставах. При рентгенологическом исследовании поясничного отдела позвоночника обнаружен двусторонний сакроилеит. Укажите диагноз:

- a. ревматоидный артрит
- b. анкилозирующий спондилит
- c. псориатический артрит
- d. остеоартрит

16. У 72-летнего мужчины отмечается появление острых болей правого колена. При обследовании: температура 37°C, правое колено увеличено в объеме, горячее на ощупь. В общем анализе крови – лейкоцитоз ($12,6 \times 10^9 / л$), при рентгенологическом исследовании сустава выявлено сужение суставной щели и кальцификация суставного хряща. Бактериальный посев синовиальной жидкости не дал роста микрофлоры. Укажите диагноз:

- a. подагра
- b. псориатическая моноартропатия б3
- c. псевдоподагра
- d. ревматоидный артрит

17. Укажите рентген – признак характерное для остеоартрита:

- a. анкилозы и остеофиты

2. единичные узур и анкилозы
3. множественные узур и остеопороз
4. остеопороз и остеофиты

18. Типичные признаки ревматической лихорадки исключают

- a) узловатую эритему
- b) «летучий» артрит
- c) ревматический кардит
- d) малую хорею

19. Пациент после приёма пероральных бисфосфонатов должен соблюдать обязательное условие

- a) сохранять вертикальное положение тела в течение 30 минут
- b) не принимать другие лекарственные средства в течение 3 дней
- c) не есть в течение 24 часов
- d) выпить через час после приёма 1 литр воды

20. Среди причин развития вторичного остеоартроза исключают

- a) гемартроз
- b) остеопороз
- c) асептический некроз
- d) микрокристаллический артрит

21. К диагностическому критерию системной красной волчанки относят

- a) тофусы
- b) ревматоидные узелки
- c) фотосенсибилизацию
- d) кольцевидную эритему

22. Характерным для остеоартроза признаком является

- a) гиперпигментация кожи над пораженным суставом
- b) механическая боль
- c) припухлость сустава
- d) повышение кожной температуры над суставом

23. Для постановки диагноза «ревматоидный артрит» наиболее типичной комбинацией симптомов является

- a) поражение крупных суставов в сочетании с лихорадкой, быстрым эффектом от приёма нестероидных препаратов, полным восстановлением функции сустава и отсутствием деформаций
- b) острый моноартрит сустава большого пальца стопы с его гиперемией, отёком
- c) летучие артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно мелких суставов
- d) симметричное поражение мелких суставов кистей, утренняя скованность, формирование анкилозов

24. Препаратом выбора для стартовой терапии анкилозирующего спондилита является

- a) метотрексат
- b) лефлюнамид
- c) сульфасалазин
- d) целекоксиб

25. Наличие легочной артериальной гипертензии у пациента с системной склеродермией позволит заподозрить

- a) выявление антител к двуспиральной ДНК
- b) наличие сигнала выраженной митральной регургитации
- c) изолированное снижение диффузионной способности легких
- d) выявление антител к центромерам

26. Системная склеродермия чаще сочетается с

- a) первичным гипопаратиреозом
- b) аутоиммунным тиреоидитом
- c) сахарным диабетом тип 1
- d) болезнью Аддисона

27. В клинической картине остеоартроза типичным является

- a) симметричное поражение суставов кистей
- b) стойкая скованность по утрам свыше двух часов
- c) асимметричное поражение I плюсневого сустава
- d) наличие узлов Бушара

28. Главным отличительным признаком третьей рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Штейнбрюкеру является наличие

- a) околоуставного остеопороза
- b) сужения суставной щели
- c) единичных эрозий
- d) множественных эрозий

29. К критериям умеренной степени тяжести мембранозного волчаночного нефрита относят

- a) увеличение сывороточного креатинина на 30% и более
- b) смешанный мембранозный и пролиферативный нефрит
- c) нефротический синдром
- d) протеинурию менее 3 г/сутки

30. При артериите Такаясу редко поражается

- a) подвздошная артерия
- b) подключичная левая артерия
- c) нисходящая часть аорты
- d) общая сонная левая артерия

31. «Большими» критериями острой ревматической лихорадки являются

- a) кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
- b) вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
- c) миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
- d) лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

32. Для лечения аневризмы аорты при болезни Бехчета рекомендовано совместное применение глюкокортикоидов с

- a) циклоспорином
- b) циклофосфамидом
- c) колхицином
- d) микофенолатом мофетилом

33. Больная Е., 31 год, почтальон. Жалобы при поступлении: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14–15 ч дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 мес., выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 мес. назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала метамизол натрия без существенного эффекта. Состояние ухудшилось в последние 4 мес. (скованность, субфебрилитет, похудание), значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы. По совету соседки принимала ацетилсалициловую кислоту, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

Укажите предварительный диагноз:

- a) ревматоидный артрит
- b) остеоартроз
- c) Болезнь Бехтерева
- d) Реактивный артрит

34. Больная Д., 18 лет, студентка. Жалобы при поступлении: на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Из анамнеза: заболела остро 3 мес. назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°C. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась в местной больнице, где состояние расценивалось как ревматизм в активной фазе, ревмокардит, полиартрит, поражение почек. В анализах крови были выявлены анемия (гемоглобин – 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глубоком дыхании. Укажите предварительный диагноз:

- a) системная красная волчанка
- b) системная склеродермия
- c) дерматомиозит
- d) ревматоидный артрит

35. Больная А., 32 года, домохозяйка, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, «припухание» пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Вышеуказанные симптомы появились около 4 нед. назад.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2–3 пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся их посинением в тепле. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 уд./мин. ЧСС 76/мин. АД 115 и 75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Укажите предварительный диагноз:

- a) ревматоидный артрит
- b) остеоартроз
- c) Болезнь Бехтерева
- d) Реактивный артрит

36. Мужчина 34 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, длящихся около года. Он жалуется на утреннюю скованность в течение 2 часов, которая уменьшается после различных движений и упражнений. 6 месяцев назад перенес эпизод внезапно возникшей боли в правом глазу, который был расценен как ирит и купирован глазными каплями, содержащими стероиды. У отца пациента были похожие боли в спине. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительные. Со стороны внутренних органов особенностей нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Анкилозирующий спондиллоартрит
- b) системная красная волчанка
- b) системная склеродермия
- c) дерматомиозит

37. Мужчина 27 лет, строитель, обратился с жалобами на боли и припухлость правого голеностопного сустава. Указанные явления появились 2 месяца назад. В прошлом травм голеностопного сустава не было. При опросе пациента установлено, что 3 недели назад был короткий эпизод покраснения глаз, 2 раза возникали боли при мочеиспускании. Пациент сексуально активен, имеет несколько партнерш. Температура тела 38,2 °С. Голеностопный сустав опухший, горячий на ощупь, кожа под суставом гиперемирована, движения ограничены из-за болей. Пальцы правой ноги 6 диффузно опухшие и болезненные. На головке полового члена и в области отверстия мочеиспускательного канала — гиперемия. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Болезнь Рейтера.
- b) системная красная волчанка
- c) системная склеродермия
- d) дерматомиозит

38. Больная Ш., 45 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 7 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВС (по 50–75 мг/сут вольтарена или по 0,5 г/сут напроксена). При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты — $3,6 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 116 г/л, лейкоциты — $9 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 50 мм/ч. Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии и узур в области проксимальных межфаланговых суставов. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Ревматоидный артрит,
- b) Остеоартроз
- c) Реактивный артрит
- d) Системная склеродермия

39. Больная Р. 26 лет поступила в клинику с жалобами на боль в пястнофаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев назад после ангины. При осмотре: деформация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. Пульс ритмичный (84 уд./мин), АД — 120/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: СОЭ — 36 мм/ч, СРБ +++ α_2 -глобулины — 11,6 %, γ -глобулины — 25 %. Р-графия кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Ревматоидный артрит
- b) Остеоартроз
- c) Реактивный артрит
- d) Системная склеродермия

40. Больная Ш. поступила в клинику по направлению ревматолога с жалобами на слабость, похудение, плотный отек кожи тыла кистей, предплечий, потемнение кожи, зябкость в кончиках пальцев, побеление пальцев на холоде, боли в крупных суставах. Болеет 3 года. В начале появилась зябкость пальцев, цианоз и побеление на холоде. В течение последних 3 месяцев беспокоит слабость, плотный отек кистей, предплечий, температура — 37,5 °С. Обратилась к терапевту, который направил ее на консультацию к ревматологу. При обследовании в ревматологическом центре — анализах крови: эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 90 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — $8,2 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 53 мм/ч; общий белок — 86 г/л, глобулины — 40 %; АНФ + периферическое свечение. Укажите предварительный диагноз:

- a) Системный склероз
- b) Системная склеродермия
- c) Дерматомиозит
- d) Ревматоидный артрит

41. Больная М., 21 год, заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39 °С (рефрактерной к антибиотикам), слабости, похудания, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. При осмотре: состояние тяжелое. На лице эритема по типу «бабочки». На слизистой ротовой полости — язвы. Подчелюстные и подмышечные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс — 118 уд./мин, 8 ритмичный; АД — 150/110 мм рт. ст. Границы сердца: правая смещена на 1 см вправо от правого края грудины, левая — на 2 см левее срединноключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке и в 5-й точке. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука нижних отделов. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижних отделах легких не проводится. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, мягкая, чувствительная. На голенях есть отеки. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Системная красная волчанка
- b) Системная склеродермия
- c) Дерматомиозит
- d) Ревматоидный артрит

42. Больная П., 30 лет, жалуется на зябкость, похолодание и посинение кончиков пальцев, тугоподвижность в мелких суставах кистей рук. Болеет 5 лет. Заболевание возникло после обморожения кистей рук (на холоде были онемение и болезненность в кончиках пальцев рук). Через 3 года, осенью, появился плотный отек тыла кистей и пальцев, уплотнение кожи лица, предплечий, больная стала худеть. В последнее время появились сгибательные контрактуры в пальцах рук и изъязвления на кончиках пальцев. Госпитализирована впервые с целью уточнения диагноза и определения лечения. При осмотре: состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы цвета «загара». Кожа лица, предплечий уплотнена. Пальцы «муляжные». Телеангиоэктазии на лице, красной кайме губ. Пальцы бледные, холодные на ощупь, на дистальных фалангах симптом «крысиных укусов». Мышцы гипотрофичны. Пульс ритмичный — 90 уд./мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не пальпируются. ОАК: эритроциты — $4,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $4,7 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 25 мм/ч. ОАМ: уд. вес — 1020, лейкоциты — 1–2 в поле зрения, белка нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Системный склероз
- b) Системная склеродермия
- c) Дерматомиозит
- d) Ревматоидный артрит

43. Пациент Ш. 52 лет поступил в клинику с жалобами на одышку, учащенные сердцебиения при повседневной нагрузке, периодические боли в сердце тупого характера, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, больше в вечернее время. Заболел в 14 лет, когда через три недели после перенесенной ангины появилась общая слабость, температура, боли и припухлость в коленных суставах. Был поставлен диагноз «острая ревматическая лихорадка». При осмотре на момент поступления: верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье. В точке Боткина и II межреберье справа — систолический и диастолический шум. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонные артерии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины, I и II тоны ослаблены. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) ХРБС: сочетанный аортальный порок сердца
- b) Митральный порок сердца
- c) Врожденный порок сердца
- d) Ревматическая лихорадка

44. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же — систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. На рентгенографии увеличены левые отделы сердца, талия сердца сглажена. Какой порок сердца у данного пациента

- a) Недостаточность митрального клапана
- b) Недостаточность аортального клапана
- c) Стеноз митрального клапана
- d) Стеноз аортального клапана

45. Пациентка П., 59 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, постоянные перебои в работе сердца, увеличение живота, отеки на ногах. Считает себя больной с 13 лет, когда перенесла острую ревматическую лихорадку. В 21 год при обследовании были обнаружены пороки 10 сердца. 10 лет назад впервые сорвался ритм, был восстановлен медикаментозно, однако, впоследствии срывался неоднократно. В течение последних 5 лет ритм не восстанавливается. Настоящее ухудшение состояния развивалось в течение последнего месяца без видимых причин. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) ХРБС: комбинированный порок сердца, сочетанный аортальный и сочетанный митральный
- b) Недостаточность аортального клапана

- c) Стеноз митрального клапана
- d) Стеноз аортального клапана

46. В отделение ревматологии поступил пациент Я. 27 лет (переведен из неврологии) с жалобами на выраженную слабость, похудение (за последние 2 месяца на 15 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, а также нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге. Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до субфебрильной, папулезную сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах. Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: было зафиксировано повышение АД (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечается гепатит В. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Узелковый полиартериит
- b) Системная склеродермия
- c) Дерматомиозит
- d) Ревматоидный артрит

47. Пациентка К., медсестра, 39 лет. Поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно, ознобов нет, головокружение, головные боли, иногда есть неприятные ощущения в области сердца, боли в суставах. Считает себя больной около года, когда случайно после занятий аэробикой в конце тренировки не смогла нащупать пульс у себя на правой руке. Была на консультации у хирурга, после чего направлена на обследование в областной центр, где на УЗИ сосудов с доплерографией было выявлено сужение сонных артерий больше слева на 80 %. Направлена на лечение в отделение ангиохирургии. Была проведена операция: шунтирование левой сонной артерии. После операции стала чувствовать себя гораздо хуже: появились все вышеуказанные жалобы, выраженные воспалительные изменения в ОАК (увеличение СОЭ до 60 мм/ч). При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормальное. Кожные покровы чистые, без высыпаний. Келлоидные рубцы на шее слева, симптом Горнера слева. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Неспецифический аорто-артериит (болезнь Такаясу)
- b) Болезнь Хортона
- c) Системная склеродермия
- d) Дерматомиозит

48. Пациентка Б., 24 года, переведена в отделение ревматологии из отделения нефрологии в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль, выраженную слабость, боли ноющего характера в области сердца, боли во всех суставах и мышцах, отеки на лице и на ногах, повышение температуры тела до 39 °С. Заболела около месяца назад после родов. Внезапно начала повышаться температура тела, появилась головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как ОРВИ. К врачу обращаться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 6 кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Родственники вызвали участкового врача. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Системная красная волчанка
- b) Системная склеродермия
- c) Дерматомиозит
- d) Ревматоидный артрит

49. Пациент Н., 78 лет, поступил в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции схемы лечения с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера преимущественно в височных областях, головокружения, резкое снижение слуха и остроты зрения, общее недомогание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С. Заболел около 3 месяцев назад. Обратился за помощью к неврологу, где ему был поставлен диагноз «церебросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия». Проводимое лечение сосудорасширяющими и ноотропными препаратами ощутимого положительного эффекта не дало. Стали ухудшаться слух и зрение, появилась слабость и лихорадка. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.

- a) Гигантоклеточный височный артериит (болезнь Хортона)
- b) Болезнь Такаясу
- c) Ревматическая полимиалгия.
- d) СКВ

50. Пациентка 72 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на выраженные боли в плечевых суставах, шейном отделе позвоночника, более слабые боли в тазобедренных и коленных суставах, повышение температуры тела до 37,3 °С. Боли усиливаются по ночам, из-за чего больная уже несколько дней не может нормально спать. Она стала плаксивой, раздражительной. Считает себя больной около 5 месяцев при постепенном появлении болей в суставах. Интенсивность боли была значительно слабее. Пациентка была госпитализирована с диагнозом «первичный остеоартроз», получала стандартное лечение. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Ревматическая полимиалгия.
- b) СКВ
- c) ССД

d) Дерматомиозит

51. Пациентка П., 70 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, в коленных 15 суставах (больше слева), обоих голеностопных суставах, иногда — в мелких суставах кистей. Боли в ногах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. Впервые боли в суставах появились около 5 лет назад. Ухудшение произошло около года назад при появлении всех вышеуказанных жалоб. К врачам никогда не обращалась, лечилась народными средствами. Болела редкими простудными заболеваниями, 10 лет назад была сделана холецистэктомия. При осмотре: пациентка повышенного питания. Рост 160 см, вес 95 кг. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 160/85 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин, пульс — 82 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация в правом суставе болезненны, незначительно ограничены; в левом движения резко ограничены, болезненны. Коленные суставы: небольшая О-образная деформация, деформация левого сустава из-за отечности. Движения в обоих суставах несколько ограничены из-за боли (больше слева), при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптомов натяжения нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Первичный полиостеоартроз
- b) Ревматоидный артрит с системными проявлениями
- c) СКВ
- d) ССД

52. Пациентка 68 лет страдает РА около 25 лет. Длительное время постоянно принимает преднизолон (5–10 мг/сут). За время болезни проводилось лечение всеми препаратами базисной терапии, которое не принесло существенного эффекта. В последние 2–3 года сильных болей, припухания в области суставов не отмечает. Однако около 6 месяцев назад стали появляться отеки голеней. Госпитализация связана с необходимостью уточнения диагноза и коррекции схемы лечения. При осмотре: больная повышенного питания, кушингоидной конституции. Положение вынужденное из-за болей в крупных суставах ног при активных движениях. Кожные покровы сухие, есть трофические изменения на коже рук, голеней, деформация суставов кистей (ульнарная девиация, «шея лебедя»), движения в лучезапястных суставах отсутствуют. Деформация коленных суставов (Х-образная), голеностопных суставов, стоп. Движения в тазобедренных, коленных суставах ограничены из-за анкилозов. Массивные отеки голеней до уровня коленных суставов. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 145/100 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Наблюдаются запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости.

Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Ревматоидный артрит с системными проявлениями
- b) СКВ
- c) ССД
- d) Дерматомиозит

53. Пациентка Х., 56 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на боли коленных и голеностопных суставов, в мелких суставах обеих кистей, резкую слабость и болезненность в мышцах плеч и бедер (самостоятельно не может войти в транспорт, с трудом расчесывается и т. д.). Наблюдается повышение температуры тела до 37,5 °С в течение последнего месяца. Заболела около 6 месяцев назад. Без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. Находилась на лечении в одном из ревматологических отделений, где был установлен диагноз «РА», назначена терапия ГКС. Состояние сразу же улучшилось: исчезли явления артрита, кожные изменения, прошла слабость. Принимала ГКС около 3 месяцев с постепенным снижением и дошла до полной отмены. Чувствовала себя хорошо. Летом поехала отдыхать на юг, активно загорала. По возвращении домой постепенно стали появляться вышеуказанные жалобы. Когда появилась лихорадка и больная практически перестала вставать с кровати, вызвали скорую помощь. Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии с целью уточнения диагноза и назначения лечения. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в мышцах не может вставать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность. При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 130/80 мм рт. ст. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Есть запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз

- a) Дерматомиозит
- b) Ревматоидный артрит
- c) СКВ
- d) ССД

54. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) при ревматоидном артрите наиболее эффективны:

- a) в качестве монотерапии;
- b) в сочетании с Метотрексатом;
- c) в сочетании с глюкокортикоидами;
- d) в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами;

55. Для контроля состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при назначении НПВП больным ревматоидным артритом необходимо:

- a) проведение ЭГДС 1 раз в 2 года
- b) проведение ЭГДС 1 раз в год;
- c) проведение хеликобактерного теста 1 раз в год
- d) рентгенография ЖКТ с барием;

56. Какие дозы глюкокортикоидов (преднизолона) предпочтительны при назначении больным ревматоидным артритом (РА), получающим базисную противовоспалительную терапию?

- a) 10 – 30 мг/сут
- b) < 10 мг/сут;
- c) >30 мг/сут;
- d) пульс-терапия (более 100 мг/сут).

57. Какие лабораторные параметры необходимо мониторировать при назначении Метотрексата?

- a) АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ;
- b) АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, мочевая кислота;
- c) клинический анализ крови, АЛТ, АСТ, креатинин, общий анализ мочи;
- d) креатинин, мочевины, мочевая кислота, печеночные ферменты;

58. Какова схема назначения Сульфасалазина при ревматоидном артрите?

- a) 0,5 г/сут, далее каждую неделю наращивание дозы по 0,5 г до 2 г/сут;
- b) 0,5 г/сут, далее каждые две недели наращивание дозы по 0,5 г до 2 г/сут;
- c) 1 г/сут (1 таб 2 раза в день во время еды);
- d) 2 г/сут, далее каждую неделю уменьшение дозы до поддерживающей 0,5 г/сут (1 таб).

59. Какой препарат необходимо дополнительно назначать при лечении Метотрексатом?

- a) Витамин В12;
- b) Витамин В6;
- c) Витамин К;
- d) Фолиевая кислота;

60. Когда необходимо прервать лечение Метотрексатом?

- a) любое повышение концентрации АЛТ/АСТ выше нормальных значений
- b) наличие клинических признаков поражения печени;
- c) повышение концентрации АЛТ/АСТ > 2 верхней границы нормы;
- d) повышение концентрации АЛТ/АСТ > 3 верхней границы нормы;

Эндокринология

1. Укажите симптом ДАЛЬРИМПЛЯ:

- a) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
- b) отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз
- c) отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
- d) расширение глазной щели

2. Укажите чем проводится консервативная терапия ДТЗ

- a) тиреостатиками
- b) В-адреноблокаторами
- c) тиреостатиками и В-адреноблокаторами
- d) сердечными гликозидами

3. Женщина 32 лет обследована в стационаре по поводу болей в сердце, сердцебиений, тахикардии до 130 в минуту. Поставлен диагноз: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу. Максимальное АД 160/80 мм.рт.ст. Исследование гормонов не проводилось. Укажите возможную причину нарушения функции сердечно-сосудистой системы?

- a) пролактин синтезирующая аденома гипофиза;
- b) миокардит;
- c) феохромоцитомы;
- d) гипертиреоз;

4. Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальцемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось.

Укажите возможную причину гипертензии?

- a) гипертоническая болезнь;
- b) коарктация аорты;
- c) альдостероманадпочечника;
- d) гиперпаратиреоз

5. У юноши 18 лет после гриппа появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Укажите тип диабета у больного:

- a) сахарный диабет 1 типа;
- b) сахарный диабет 2 типа;
- c) сахарный диабет 2 типа инсулинопотребный;
- d) сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)

6. У женщины 45 лет с ожирением случайно (при диспансерном обследовании) выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Укажите тип диабета у больной:

- a) сахарный диабет 1 типа
- b) сахарный диабет 2 типа;
- c) сахарный диабет 2 типа инсулинопотребный;
- d) сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)

7. У пациента 49 лет уровень гликемии в венозной плазме натощак составил 6,1 ммоль/л. При проведении орального глюкозотолерантного теста гликемия в венозной плазме до приёма глюкозы составила 6,0 ммоль/л, через 2 часа после приёма глюкозы – 11,4 ммоль/л. Сформулируйте диагноз?

- a) нормальное состояние углеводного обмена
- b) нарушение гликемии натощак
- c) нарушение толерантности к глюкозе
- d) сахарный диабет

8. У пациента 52 лет уровень гликемии в венозной плазме натощак составил 6,3 ммоль/л. При проведении орального глюкозотолерантного теста гликемия в венозной плазме до приёма глюкозы составила 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приёма глюкозы – 8,5 ммоль/л. (Каким образом следует расценить состояние углеводного обмена у данного пациента?)

- a) нормальное состояние углеводного обмена
- b) нарушение гликемии натощак
- c) нарушение толерантности к глюкозе
- d) сахарный диабет

9. У пациента 50 лет уровень гликемии в венозной плазме натощак составил 6,2 ммоль/л. При проведении орального глюкозотолерантного теста гликемия в венозной плазме до приёма глюкозы составила 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приёма глюкозы – 7,4 ммоль/л.

- a) нормальное состояние углеводного обмена
- b) нарушение гликемии натощак
- c) нарушение толерантности к глюкозе
- d) сахарный диабет

10. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Укажите мероприятие которое необходимо выполнять?

- a) Снять ЭКГ
- b) Ввести 5 %-ный раствор глюкозы
- c) Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови.
- d) Ввести 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы

11. Больному 56 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Диабет компенсирован диетой и приемом глюренорма. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Укажите тактику гипогликемизирующей терапии?

- a) сохранение прежней схемы лечения;
- b) отмена глюренорма;
- c) назначение монокомпонентных препаратов инсулина;
- d) добавление преднизолона;

12. У больного диффузный токсический зоб средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзиданом по 20 мг 3 раза в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

- a) прием фенозепама;

- b) высокая доза обзидана;
- c) применение мерказолила;
- d) дальнейшее прогрессирование заболевания;

13. Девушка 16 лет страдает значительным ожирением (вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД-160/100 мм рт. ст. Укажите диагноз:

- a) микропролактинома;
- b) ожирение;
- c) болезнь Иценко-Кушинга;
- d) гипоталамический синдром пубертатного периода.

14. Больная в течение 3 месяцев получала дексаметазон по поводу системной красной волчанки в дозе 2,5 мг/сут. Укажите какова продукция кортизола надпочечниками?

- a) повышена;
- b) снижена;
- c) не изменена;
- d) нарушение можно обнаружить только при проведении пробы с синактеном;

15. Женщина 60 лет жалуется на жажду, полиурию, похудение, боли в животе, потливость по ночам. АД - 185/105 мм рт. ст., после в/в введения 10 мг тропифена - 70/40 мм рт. ст. Суточная экскреция ВМК с мочой - 50 мкмоль (норма 2,5-3,8). Укажите диагноз:

- a) синдром Иценко-Кушинга;
- b) болезнь Иценко-Кушинга
- c) климактерический невроз;
- d) феохромоцитомы;

16. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Назовите осложнение у больной?

- a) гипотиреоз
- b) тиреотоксический криз
- c) гиперпаратиреоз
- d) гипопаратиреоз

17. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Укажите что у больной:

- a) Психогенная полидипсия
- b) Несахарный диабет
- c) Сахарный диабет
- d) Хронический пиелонефрит

18. Больная с диагнозом: диффузный токсический зоб 2-й ст. средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзидан 20 мг 3 раза в день, феназепам по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

- a) прием феназепама
- b) высокая доза обзиданса
- c) мерказолил
- d) дальнейшее прогрессирование заболевания

19. Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальцемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Укажите причину гипертензии?

- a) гипертоническая болезнь;
- b) коарктация аорты;
- c) Альдостерома надпочечника;
- d) гиперпаратиреоз.

20. Больная М., 35 лет после перенесенного стресса отмечает повышенную потливость, раздражительность, потерю в весе. Объективно: рост – 170 см, вес – 55 кг. Выражен гипергидроз кожи, тремор пальцев вытянутых рук. Границы сердца смещены влево, тоны усилены, на верхушке выслушивается систолический шум, ЧСС - 150 вмин, АД - 140/70 мм рт. ст. Обнаружено увеличение щитовидной железы 2 степени. Основной обмен повышен на 20%. Гликемия натощак - 6,3 ммоль/л. Холестерин крови - 7,0 ммоль/л. Укажите наиболее информативную метод исследования?

- a) ЭХОКГ
- b) суточный мониторинг АД
- c) пункция щитовидной железы
- d) исследование Т₃, Т₄, тиреотропного гормона

21. Женщина, 25 лет, через месяц после родов обратилась к врачу с жалобой на снижение образования молока. Назовите дефицит какого гормона привел к такому состоянию?

- A. Пролактина.
- B. Соматостатина.
- C. Адrenокортикотропного гормона.
- D. Инсулина.

22. Рост ребенка 10 лет достигает 178 см, масса - 64 кг. С нарушением деятельности какой эндокринной железы это связано?

- A. Надпочечников
- B. Щитовидной железы
- C. Половых желез
- D. Гипофиза

23. Укажите что характерно для диффузного токсического зоба, протекающего с тиреотоксикозом средней степени тяжести:

- a. повышения психоэмоциональной возбудимости
- b. повышение трудоспособности
- c. появления мерцательной аритмии
- d. увеличение массы тела на 15-20% от исходной

24. Укажите механизм действия б-блокаторов при диффузном токсическом зобе:

- a. активация катехоламинов
- b. повышения чувствительности б-адренорецепторов
- c. повышения эффективности анти tireоидных препаратов
- d. непосредственного влияния на щитовидную железу

25. УКАЖИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ, ЕСЛИ БОЛЬШАЯ ПРОБА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ СНИЖАЕТ СУТОЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ КОРТИЗОЛА С МОЧОЙ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50% И ВЫЯВЛЕНА ЭНДОСЕЛЛЯРНАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА

- a) трансфеноидальная аденомэктомия(+)
- b) двусторонняя адреналэктомия
- c) лечение хлоританом
- d) лечение мамомитом

26. Перечислите симптомы болезни Иценко-Кушинга:

- a. прогрессирующее ожирение (на лице, шее, туловище, животе), . «матронизм» (округлое лицо) +
- b. толстые конечности, увеличение роста
- c. похудание на 10 кг за месяц
- d. снижение памяти и слуха

27. Укажите где синтезируются эстрогены при менопаузе:

- a) яичниками;
- b) надпочечниками;
- c) яичниками и надпочечниками;
- d) в жировой ткани

28. Укажите основную причину сахарного диабета в пожилом возрасте:

- a) наследственная неполноценность панкреатических островков;
- b) вирусное поражение панкреатических островков;
- c) заболевания поджелудочной железы.
- d) воспалительные заболевания головного мозга;

29. Укажите патологические состояния способствующие снижению фертильности у мужчин:

- a. заболевания желудка;
- b. острая почечная недостаточность;
- c гипертиреоз;
- d. сахарный диабет

30. Укажите изменения в конъюнктиве при диабетической ретинопатии:

- a. микрогеморрагии;
- b. петехий;
- c. артериолит;
- d. гипертензивный синдром;

31. Укажите информативный показатель при оценке компенсации сахарного диабета:

- a) уровень гликемии в течение суток;
- b) показатель глюкозурии в течение суток;
- c) уровень гликемии натощак;
- d) показатель гликозилированного гемоглобина;

32. Укажите влияние эстрогенов на костную систему:

- a) повышают костную резорбцию;
- b) подавляют костную резорбцию;
- c) повышают формирование костной ткани;

33. Укажите где происходят нарушения при климактерическом синдроме:

- a) костной системе;
- b) гипоталамо- гипофизарно-яичниковой системе;
- c) урогенитальном тракте;
- d) сердечно-сосудистой системе;

34. Женщина 32 лет обследована в стационаре по поводу болей в сердце, сердцебиений, тахикардии до 130 в минуту. Поставлен диагноз: нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу. Максимальное АД 160/80 мм.рт.ст. Исследование гормонов не проводилось. Укажите возможную причину нарушения функции сердечно-сосудистой системы?

- A. пролактин синтезирующая аденома гипофиза;
- B. миокардит;
- C. феохромоцитомы;
- D. гипертиреоз;

35. Для лечения аддисонического криза используются:

- a. Внутривенное введение адреналина и других адреномиметиков
- b. Введение морфина для снятия болевого шока с последующей транспортировкой в стационар
- c. Переливание физиологического раствора хлорида натрия и введение больших доз гидрокортизона
- d. Обильное питье, пузырь со льдом на поясничную область, мочегонные

36. Назовите причину почечной формы несахарного диабета:

- a. недостаточная продукция вазопрессина
- b. избыточная продукция антидиуретического гормона
- c. резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина
- d. поражение гипоталамо-гипофизарной области

37. Больной 30 лет , страдающий сахарным диабетом I типа ,обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введение инсулина . Укажите мероприятие которое необходимо выполнять?

- a. Снять ЭКГ
- b. Ввести 5 %-ный раствор глюкозы
- c. Исследовать уровень креатинина ,электролитов и глюкозы в крови .
- d. Ввести 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы

38. Больному 56 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Диабет компенсирован диетой и приемом глюренорма.

Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Укажите тактику гипогликемизирующей терапии?

- a. сохранение прежней схемы лечения;
- b. отмена глюренорма;
- c. назначение монокомпонентных препаратов инсулина
- d. добавление преднизолона;

39. У больного диффузный токсический зоб средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзиданом по 20 мг 3 раза в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения. Назовите причину лейкопении:

- a. прием фенозепамы;
- b. высокая доза обзидана;
- c. применение мерказолила;
- d. дальнейшее прогрессирование заболевания

40. Укажите что характерно для диффузного токсического зоба, протекающего с тиреотоксикозом средней степени тяжести:

- a. повышения психоэмоциональной возбудимости
- b. повышение трудоспособности
- c. появления мерцательной аритмии
- d. увеличение массы тела на 15-20% от исходной

41. Укажите механизм действия б-блокаторов при диффузном токсическом зобе:

- a. активация катехоламинов
- b. повышения чувствительности б-адренорецепторов
- c. повышения эффективности антитиреоидных препаратов
- d. непосредственного влияния на щитовидную железу

42. Укажите правильное утверждения для диффузного токсического зоба:

- a. увеличения уровня свободного Т4, Т4 в крови
- b. уменьшения уровня свободного Т3 в крови
- c. уменьшения уровня общего Т4 в крови
- d. повышения уровня ТТГ в крови

43. Укажите изменения тиреотропного гормона, трийодтиронина и тироксина при тиреотоксикозе:

- a. снижение тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови и повышение уровня тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3);
- b. нормальное содержание ТТГ и снижение уровня Т3 и Т4 в сыворотке крови;
- c. повышенное содержание ТТГ и снижение уровня Т3 и Т4 в сыворотке крови;
- d. нормальное содержание ТТГ, Т3 и Т4 в сыворотке крови.

44. Перечислите симптомы болезни Иценко-Кушинга:

- a. прогрессирующее ожирение (на лице, шее, туловище, животе), . «матронизм» (округлое лицо)
- b. толстые конечности, увеличение роста
- c. похудание на 10 кг за месяц
- d. снижение памяти и слуха

45. Укажите характерный рентгенологический признак болезни Иценко-Кушинга:

- a. увеличение одного надпочечника, нередко остеопороз позвоночника.
- b. увеличение обоих надпочечников, остеопороз позвоночника, спинки турецкого седла.
- c. увеличение одного надпочечника, увеличение турецкого седла

46. Укажите чем проявляется медикаментозный синдром Иценко-Кушинга

- a. ожирением
- b. гипокалиемией
- c. остеопорозом
- d. понижением кровяного давления

47. Укажите чем обусловлено артериальная гипертензия при болезни Иценко-Кушинга

- a. нарушения центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса
- b. понижением функции коры надпочечников
- c. первичным альдостеронизмом
- d. хроническим пиелонефритом

48. Укажите основное патогенетический метод лечения болезни Иценко-Кушинга:

- a. диета и режим питания
- b. медикаментозная терапия
- c. противоопухолевое лечение
- d. физиолечение

49. Укажите клиническую картину при акромегалии:

- a. головные боли и изменения внешности
- b. симптоматический несахарный диабет
- c. развитие протеинемии
- d. отсутствие изменений со стороны костной системы

50. Укажите что характерно для активной стадии акромегалии:

- a) потливость, артропатии
- b) снижение массы тела
- c) лихорадка
- d) гипертрофии мягких тканей

51. Назовите рентгенологические проявления акромегалии:

- a) увеличение размеров турецкого седла
- b) уменьшение мягких тканей стопы
- c) снижение слуха
- d) ожирение

52. В патогенезе развития основных симптомов центрального несахарного диабета главную роль играет:
- пролактин
 - альдостерон
 - вазопрессин
 - дегидроэпиандростерон
53. Назовите причину почечной формы несахарного диабета:
- недостаточная продукция вазопрессина
 - избыточная продукция антидиуретического гормона
 - резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина
 - поражение гипоталамо-гипофизарной области
54. При несахарном диабете относительная плотность мочи колеблется в пределах:
- 1013-1028 (при количестве мочи 5-20 литров)
 - 1012-1015 (при количестве мочи 2-3 литра)
 - 1001-1005 (при количестве мочи 5-20-40 литров)
 - 1003-1009 (при количестве мочи 5-20 литров)
55. Назовите что характерно для несахарного диабета:
- гипергликемия
 - ацетонурия, полиурия
 - глюкозурия, полиурия, гиперстенурия
 - аглюкозурия, гипостенурия
56. Укажите лабораторный метод, используемый для диагностики несахарного диабета:
- Анализ крови
 - анализ мочи по Зимницкому
 - Печеночные тесты
 - Узи органов брюшной полости
57. Укажите лечения центрального несахарного диабета:
- кортинеф
 - минирин
 - инсулин
 - мерказолил
58. . Укажите критерии зоба 2 степени:
- наличие одиночного узла щитовидной железы
 - щитовидная железа не видна, но увеличена пальпаторно
 - щитовидная железа расположена за грудиной
 - щитовидная железа видна при глотании и пальпируется
59. Назовите врач, описавший триаду симптомов при синдроме тиреотоксикоза:
- Базедов
 - Бехтерев
 - Грефе
 - Мясников
60. Укажите отличие диффузно-токсического зоба от подострого тиреоидита:
- тахикардия
 - потливость
 - отсутствие болезненности при пальпации
 - мышечная слабость
61. Уровень ТТГ повышается при:
- тиреотоксическом зобе
 - вторичном гипотиреозе
 - третичном гипотиреоз
 - первичном гипотиреозе
62. Укажите препараты относящиеся к патогенетической терапии диффузного токсического зоба.
- Тироксин
 - Селективные
 - Бета-блокаторы
 - Тиреостатики

63. Укажите что из ниже перечисленного не применяется для лечения тиреотоксикоза:
- Тиреостатики
 - Оперативное лечение
 - Радиоактивный йод
 - Нестероидные противовоспалительные препараты
64. Укажите какое поражение сердца может быть при диффузном токсическом зобе:
- постоянная синусовая брадикардия
 - частое развитие мерцания предсердий
 - повышение периферического сопротивления
 - формирование митральной недостаточности
65. Укажите что вводят для купирования острого приступа тетании:
- изотонический раствор хлорида натрия
 - преднизолон
 - 10% раствор кальция глюконата
 - кальций хлорид
66. Укажите причину вторичного гиперпаратиреоза:
- Нарушение всасывания кальция в кишечнике
 - Сердечная недостаточность
 - Хроническая легочная недостаточность
 - Дефицит витамина А
67. Укажите симптом, названный в честь их авторов, отражает судорожную готовность при гипопаратиреозе:
- Кохера
 - Дальримпля
 - Мари
 - Труссо
68. Укажите изменения характерные для первичного гиперпаратиреоза:
- Понижения уровня свободного и ионизированного кальция в крови
 - Снижение содержания неорганического фосфора в крови
 - Наличие аденомы гипофиза
 - Понижение активности щелочной фосфатазы
69. Укажите что характерно для гипопаратиреоза:
- Снижение содержания общего и ионизированного кальция в крови
 - Повышение уровня неорганического фосфора в крови
 - Снижение экскреции фосфора с мочой
 - Повышение экскреции кальция с мочой
70. При развитии судорог при гипопаратиреозе назначают:
- 10% р-р глюконата или хлорида кальция в/в
 - 40% р-р глюкозы в/в
 - Кальцитриол 1 мкг, в/в
 - Миакальцикин траназально
71. При первичном гиперпаратиреозе в патологический процесс вовлекаются:
- Костно-мышечный аппарат
 - Легкие
 - кожа
 - костный мозг
72. Укажите костные и суставные нарушения характерные для гиперпаратиреоза:
- Остеоартрит
 - разрыв суставов
 - Деформация костей, искривление позвоночного столба
 - воспаление суставов
73. Укажите соединения принимающие участие в регуляции фосфорно-кальциевого обмена:
- Витамин А
 - Паратгормон
 - Калий
 - Адреналин

74. Укажите что характерно для гиперпаратиреоза в биохимическом анализе крови:

- A. снижение содержания калия
- B. повышение содержания кальция
- C. снижение паратгормона
- D. повышение содержания натрия

75. У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Назовите осложнение у больной?

- A. гипотиреоз
- B. тиреотоксический криз
- C. гиперпаратиреоз
- D. гипопаратироз

76. Укажите что характерно для гиперпаратиреоза?

- A. низкий фосфор и нормальный кальций в крови
- B. низкий фосфор, высокий кальций
- C. нормальный фосфор, низкий кальций
- D. нормальный фосфор, нормальный кальций

77. Укажите клинический признак отсутствующий при первичной надпочечниковой недостаточности?

- A. Склонность к соленой пище
- B. Слабость
- C. Гиперпигментация кожи и слизистых
- D. Стрии

78. Укажите что поражается болезни Аддисона:

- A. пучковый слой коры надпочечников
- B. клубочковый слой коры надпочечников
- C. сетчатый слой коры надпочечников
- D. все слои коры надпочечников и мозговой слой

79. Укажите частую причину поражения надпочечников при Аддисоновой болезни:

- A) кровоизлияния в надпочечники
- B) сифилис
- C) туберкулез
- D) атрофия коры надпочечников (аутоиммунное поражение)

80. Назовите основной продуктом сетчатой зоны коры надпочечников является:

- A) глюкагон
- B) альдостерон
- C) тестостерон
- D) адреналин

81. Укажите неправильное суждение. В программу лечения надпочечникового криза входит:

- A) Применение глюкокортикоидов
- B) Применение минералокортикоидов
- C) Борьба с дегидратацией
- D) Применение гипотензивных препаратов

82. Назовите при каком заболевании у больных отмечается лунообразность и гиперемия лица с выраженным гипертрихозом:

- A) акромегалии
- B) феохромоцитоме
- C) несахарном диабете
- D) болезни Иценко-Кушинга

83. Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии:

- A) поджелудочной железы
- B) гипофиза
- C) надпочечников
- D) половых желез

84. Укажите что не входит в алгоритм диагностики болезни Иценко-Кушинга:

- A) Электроэнцефалография
- B) Определение уровней кортизола и АКТГ
- C) УЗИ надпочечников

D) Пробы с дексаметазоном

85. Укажите выработка чего при феохромоцитоме увеличивается:

- A. глюкокортикоидов;
- B. минералокортикоидов;
- C. соматотропина;
- D. катехоламинов.

86. Укажите за счет чего происходит повышение АД при синдроме Конна:

- A. накопления воды и натрия в сосудистом русле;
- B. повышения концентрации катехоламинов в крови;
- C. повышения концентрации глюкокортикоидов в крови;
- D. повышения концентрации кортикотропина в крови;

87. Укажите что характерно для синдрома Конна:

- A. гипокалиемия;
- B. гиперренинемия;
- C. гиперкалиемического алкалоза;
- D. артериальная гипотензия

88. Укажите причиной почечной формы несахарного диабета является

- a) недостаточная продукция вазопрессина
- b) избыточная продукция антидиуретического гормона
- c) резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина
- d) поражение гипоталамо-гипофизарной области

89. Назовите причину центрального несахарного диабета

- a) недостаточная продукция вазопрессина
- b) опухоли гипоталамо-гипофизарной области
- c) резистентность клеток дистальных канальцев к действию вазопрессина
- d) наличие сахарного диабета

90. Укажите чем характеризуется эндокринная офтальмопатия

- a) отсутствием болевого синдрома
- b) болью в глазах и при движении, отеком век, инъекцией и покраснением конъюнктивы
- c) отсутствием периорбитального отека
- d) отсутствием покраснения век, отсутствием периорбитального отека

91. Симптом Штельвага - это

- a) редкое мигание
- b) отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз
- c) отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
- d) расширение глазной щели

92. Симптом ЕЛЛИНЕКА- это

- a) отсутствие морщин на лбу при взгляде вверх
- b) отставание верхнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вниз
- c) отставание нижнего века от радужки при взгляде на предмет, движущийся вверх
- d) потемнение кожи на веках

93. Понятие климактерический синдром объединяет следующие патологические состояния:

- a) остеопороз и сахарный диабет;
- b) остеопороз и сердечно-сосудистые заболевания;
- c) нейровегетативные и психо-эмоциональные расстройства;
- d) нейровегетативные и урогенитальные расстройства

94. К нейрокринным регуляторам эндокринной системы относятся:

- a) тиреоидные гормоны;
- b) катехоламины;
- c) либерины;
- d) простагландины;

95. Укажите какой половой стероид обладает колюпотропным эффектом:

- a) эстрон;
- b) эстрадиол;

- c) эстриол
- d) андростендион;

96. Гипогонадизм - это снижение уровня тестостерона ниже:

- a. 24 нмоль/л;
- b. 20 нмоль/л;
- c. 16 нмоль/л;
- d. 12 нмоль/л;

97. Укажите причину развития кетоацидоза:

- a. неоправданное снижение дозы инсулина;
- b. наследственность
- c. Сердечно-сосудистые заболевания;
- d. Увеличение количества диеты;

98. Укажите при нал Продукция аномальных гормонов обусловлена:

- a) опухолью неэндокринных тканей;
- b) взаимодействием других гормонов с рецепторами;
- c) воспалительными заболеваниями эндокринных желез;
- d) заболеваниями внутренних органов;

99. Укажите при каких заболеваниях противопоказана заместительная гормональная терапия:

- a) гипотиреозе;
- b) ожирении;
- c) сахарном диабете;
- d) гипертиреозе;

100. Укажите уровень тестостерона в крови не зависит от:

- a) образа жизни;;
- b) вредных привычек;
- c) генетических и конституциональных особенностей;
- d).Смены полового партнера

Нефрология

1. У больной, страдающей хроническим пиелонефритом, клиренс креатинина составил 60 мл/мин. Укажите назначение низкой дозы препарата:

- a) фуросемида
- b) пенициллина
- c) аспирина
- d) гентамицина

.....
2. Женщина 35 лет, обратилась в сельскую участковую больницу с жалобами на высокую температуру до 40°C, слабость, головную боль. Больна в течение 3-х дней. Из эпиданмнеза 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. Выберите препарат наиболее целесообразно включить в план общего лечения данной больной:

- a) Дексаметазон
- b) Ацикловир
- c) Иммуноглобулин
- d) Вакцина

3. Больной А., 49 лет в течение длительного времени страдает заболеванием почек. При осмотре отмечается незначительная пастозность лица и век. АД повышено. Почки при пальпации болезненны. В анализах мочи: гипостенурия 1007-1010, лейкоцитурия, микрогематурия. На УЗИ: размеры почек увеличены, контуры неровные, определяются полости диаметром до 2х3 см в обеих почках. Поставьте предварительный диагноз:

- a) мочекаменная болезнь
- b) поликистоз почек
- c) хронический гломерулонефрит
- d) туберкулез почек

4. Больная Д. 27 лет обратилась с жалобами на отеки лица и ног, боли в поясничной области, повышение температуры до 38°C, боли в суставах кистей. После отдыха летом на курорте, впервые появилось покраснение лица на щеках и переносице, лихорадка, выпадение волос. В анализах крови: Нв-81г/л, Эр.- 2,8x10¹²/л; Лейк.- 3,6x10⁹/л; Э-8%; СОЭ-

40 мм/ч; СРБ (+++), гамма-глобулины-25%. В анализах мочи: белок – 3,1 г/л, лейкоц.-10 в п/зр., эр. –25 в п/зр., гиалиновые цилиндры– до 10 в п/зр. Поставьте предварительный диагноз:

- a) волчаночный нефрит
- b) подагрическая нефропатия
- c) острый пиелонефрит
- d) хронический гломерулонефрит

5. Больная К. 29 лет, поступила с жалобами на боли в пояснице справа, головные боли, лихорадку до 38°C, 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, лейкоц.- 9,8x10⁹/л; СОЭ – 34 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес – 1025, белок –0,99 г/л, лейкоц.– сплошь в п/зр.; гиалиновые цилиндры –2-4 в п/зр. Выберите исследование необходимое для уточнения диагноза

- a) проба Зимницкого
- b) бактериологическое исследование мочи
- c) посев мочи на микобактерии туберкулеза
- d) проба Реберга-Тареева

6. 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.–2,8x10¹²/л; Лейк.- 8,8x10⁹/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; лейкоц.– 6-10 в п/зр; эр.– 20- 25 в п/зр; цилиндры гиалиновые - 2-3 в п/зр. Выберите исследование необходимое для уточнения диагноза

- a) бактериологическое исследование мочи
- b) посев мочи на микобактерии туберкулеза
- c) определение клубочковой фильтрации
- d) проба Нечипоренко

7. 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

- a) определение белковых фракций крови
- b) определение уровня креатинина в крови
- c) проба Зимницкого
- d) определение клубочковой фильтрации

8. У девочки 10 лет при диспансерном обследовании в анализе мочи выявили следы белка, эритроциты 5-7 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, кристаллы оксалатов. Родная сестра девочки 15 лет страдает хроническим пиелонефритом, у отца мочекаменная болезнь. Назовите наиболее вероятное заболевание:

- a) Хронический цистит
- b) Мочекаменная болезнь
- c) Дисметаболическая нефропатия
- d) Хронический гломерулонефрит

9. Больной М., 40 лет жалуется на резкую слабость, головную боль, снижение аппетита, похудание, отеки на ногах. Заболеванием почек страдает в течение 8 лет. Объективно: пониженного питания, кожа бледная. Анализ крови: Нв-80 г/л, эр-3,2 млн., лейкоц-6,8 тыс., СОЭ-25 мм/ч. Анализ мочи: уд вес-1015, белок-1,8 г/л, лейкоц-6-7 в п/зр, эрит-3-4 в п/зр. Какой метод исследования необходим в данном случае:

- a) Пункционная биопсия почек
- b) Обзорная рентгенография почек
- c) Определение белка Бенс-Джонс
- d) Бактериологическое исследование мочи

10. У больного Г., 19 лет в общем анализе мочи удельный вес – 1028, белок 3,0 г/л, лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты 20-30 в поле зрения, цилиндры (гиалиновые) 7-10 в поле зрения. Поставьте диагноз:

- a) хронического пиелонефрита
- b) острого гломерулонефрита
- c) хронической почечной недостаточности
- d) хронического гломерулонефрита

11. Больной Н., 43 лет, инженер, обратился к семейному врачу с выраженным отечным синдромом, макрогематурией. После проведенного обследования выставлен диагноз: острый гломерулонефрит, нефротический синдром. Выберите тактику лечения:

- a) глюкокортикостероидные препараты
- b) нестероидные противовоспалительные
- c) производные хинидина

d) препараты золота

12. 58-летняя женщина имеет в анамнезе прогрессирующую почечную недостаточность как осложнение поликистозной болезни почек, она ожидает трансплантацию почки. Укажите метаболическое отклонение у этой пациентки:

- a. метаболический ацидоз
- b. гипокалиемия
- c. гипофосфатемия
- d. гиперкальциемия

13. 35-летняя женщина предъявляет жалобы на головные боли, слабость, усталость и полиурию. АД - 210/94 мм рт ст, исследование крови: рН – 7,48; натрий – 148 ммоль/л; калий – 2,7 ммоль/л; уровень ренина плазмы низкий. Укажите диагноз:

- a. вторичный гиперальдостеронизм
- b. передозировка диуретиков
- c. первичный гиперальдостеронизм
- d. несахарный диабет

14. 25-летняя женщина предъявляет жалобы на выраженную слабость в течение 1 недели и изменение цвета мочи после чрезмерного физического напряжения. Объективно патологических изменений не выявлено. В общем анализе мочи – гематурия. Укажите диагноз:

- a. постинфекционный гломерулонефрит
- b. миоглобинурия, вызванная рабдомиолизом
- c. IgA нефропатия
- d. -гранулематоз Вегенера

15. 56-летний мужчина предъявляет жалобы на боль в поясничной области, при лабораторном обследовании выявлены анемия, гиперкальциемия и почечная недостаточность. При проведении биопсии костного мозга выявлена избыточная инфильтрация плазматическими 57 клетками. Укажите механизм не являющееся классической причиной повреждения почек у пациентов с множественной миеломой:

- a. избыточная фильтрация белков Бенс-Джонса, вызывающая непосредственное повреждение тубулярных клеток
- b. тромбоз почечной артерии, ассоциированный с тубулярной атрофией
- c. гиперурикемия вследствие гиперпродукции мочевой кислоты или лизиса плазматических клеток, вызывающих осаждение кристаллов мочевой кислоты
- d. подавление гуморального иммунитета с развитием хронической инфекции мочевых путей и формированием тубулоинтерстициального нефрита

16. У 36-летнего мужчины с высоким давлением спустя 24 часа после начала фарингита развивается макроскопическая истинная гематурия. В анамнезе у брата пациента - постстрептококковый гломерулонефрит, развившийся в 6 лет после стрептококковой инфекции горла. Укажите наиболее вероятную объяснение истинной гематурии у этого пациента:

- a. постстрептококковый гломерулонефрит
- b. гломерулосклероз
- c. IgA нефропатия
- d. пурпура Шенлейн-Геноха

17. Острый гломерулонефрит - это острое заболевание почек преимущественным поражением:

- a. Интерстиция
- b. Канальцев
- c. Клубочков
- d. Все ответы верны

18. Основной этиологический фактор острого гломерулонефрита:

- a. Энтерококк
- b. Пневмококк
- c. Стафилококк
- d. β-гемолитический стрептококк группы А

19. . В какой срок после перенесенной инфекции чаще развивается острый гломерулонефрит - через:

- a. 2-3 дня
- b. 4-6 дней
- c. 8 -14 дней
- d. 1 месяц

20. При остром гломерулонефрите стрептококковой этиологии повреждение клубочков происходит в результате:

- a. Образования аутоантител к базальной мембране
- b. Образования иммунных комплексов : экзогенный антиген-антитело
- c. Непосредственно токсинами стрептококка
- d. Всеми указанными факторами

21. Классические изменения в моче не характерны для ОГН:

- a. Гиперстенурия
- b. Гематурия
- c. Протеинурия
- d. Цилиндрурия

22. Какие осложнения могут быть при ОГН :

- a. Интерстициальный отек лёгких
- b. Альвеолярный отек легких
- c. Остронефритическая эклампсия
- d. Острая почечная недостаточность

23. Определяющими критериями нефротического синдрома являются:

- a. Протеинурия до 3,5 г/л и гипергаммаглобулинемия
- b. Протеинурия 3,5 г/л и выше в сочетании с гипергаммаглобулинемией
- c. Протеинурия 3,5 г/л и выше и гипоальбуминемия менее 30 г/л
- d. Протеинурия 3,5 г/л и выше и отеки

24. Ведущий нефропротективный эффект иАПФ:

- a. Снижение внутриклубочковой гипертензии
- b. Снижение реабсорбции натрия
- c. Снижение протеинурии
- d. Торможение пролиферации мезангиальных клеток

25. Характер уремической анемии:

- a. Гипохромная
- b. Нормохромная
- c. Гиперхромная
- d. Все ответы верны

26. Уровень кальция в крови при ХПН:

- a. Снижен
- b. Не изменяется
- c. Повышен
- d. Все ответы верны

27. Желтушный цвет кожных покровов при ХПН обусловлен:

- a. Повышением прямого билирубина в крови
- b. Повышением непрямого билирубина в крови
- c. Накоплением каротина в подкожной клетчатке
- d. Накоплением урохромов в подкожной клетчатке

28. Основной причиной уремической анемии является:

- a. Нарушение всасывания железа
- b. Геморрагии
- c. Гемолиз
- d. Нарушение выработки эритропоэтина

29. Абактериальная лейкоцитурия может быть:

- a. При туберкулезе
- b. Гломерулонефритах
- c. Токсико-аллергическом поражении МВП
- d. Все ответы неверны

30. Какой показатель мочевого осадка не встречается при инфекции нижних мочевыводящих путей , в отличие от пиелонефрита :

- a. Лейкоцитурия
- b. Цилиндрурия
- c. Бактериурия
- d. Щелочная реакция мочи

31. Неосложненный пиелонефрит чаще всего вызывается:

- a. Escherichia coli
- b. Proteus mirabilis
- c. Грибки

d. Стафилококки

32. Девочка 8 лет. Заболела остро 2 дня назад. Температура в течение 2-х суток повышалась до 38,0-40,0°C, озноб. Мочится часто, моча мутная.

Предположительный диагноз?

- a. Острый цистит
- b. Острый уретрит
- c. Острый гломерулонефрит
- d. Острый пиелонефрит

33. Продолжительность лечения антибиотиками при синдроме хронической тазовой боли составляет:

- a. 1-2 недели
- b. 2-3 недели
- c. 4-6 недель
- d. 5-6 недель

34. Больная К. 30 лет с хроническим пиелонефритом получала амбулаторное лечение ампициллином в течение 10 дней. После снижения уровня СОЭ и лейкоцитов, семейный врач отменил антибиотики. Через неделю состояние больной вновь ухудшилось. Тактика семейного врача.

- a. Повторно назначить ампициллин на 10 дней
- b. Сменить ампициллин на другой антибиотик
- c. Назначить проведение посева мочи на чувствительность к антибиотикам
- d. Провести лечение антибиотиками в течение 2-х месяцев

35. Ребенок 11 лет обратился с жалобами на изменение цвета в виде, мясных помоев, слабость, утомляемость, головную боль. Две недели назад перенес ангину с высокой температурой тела. В анализе крови СОЭ 25 мм/ час, анемия.

Ваш предварительный диагноз?

- a. О.гломерулонефрит
- b. Опухоль почек
- c. Острый цистит
- d. О.пиелонефрит

36. Характерным осложнением трихомонадного уретрита является:

- a. Цистит
- b. Простатит
- c. Пиелонефрит
- d. Эпидидимит

37. Клиника синдрома Рейтера включает в себя триаду симптомов:

- a. Уретрит, менингит, конъюнктивит
- b. Уретрит, конъюнктивит, полиартрит
- c. Проктит, простатит, цистит
- d. Менингит, полиартрит, уретрит

38. Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца. Из анамнеза: болен 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертония (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, больной похудел.

- a) Хроническая болезнь почек
- b) Хронический пиелонефрит
- c) Диабетическая нефропатия
- d) Амилоидоз почек

39. Пациент 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, кровянистую мочу и уменьшение ее суточного выделения, слабость, недомогание, головные боли, некоторое ухудшение зрения. Из анамнеза: болен 3 недели. Заболевание началось с болей в горле при глотании и заложенность носа с обильным гнойным отделяемым, беспокоили головные боли, температура до 39-40 С. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие

улучшилось. Неделю назад появилась тошнота и рвота после приема пищи, изжога, появились отеки лица и голеней, моча приобрела красный оттенок. Вновь заметил периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр.

В прошлом отмечал неоднократные ангины и обострения гайморита.

- a) Острый гломерулонефрит
- b) Хронический пиелонефрит
- c) Диабетическая нефропатия
- d) Амилоидоз почек

40. Женщина 28 лет направлена в приемный покой больницы из поликлиники, на момент осмотра жалуется на боли ноющего характера в поясничной области, частые мочеиспускания преимущественно в ночное время, повышение температуры до 39 градусов сопровождающееся ознобом, слабость. Из анамнеза: 5 месяцев назад после переохлаждения появились боли внизу живота, частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничной области справа, повышение температуры, по поводу чего самостоятельно принимала амоксицилин, фурагин, парацетамол в течение 5 дней, боли уменьшились, температура нормализовалась, после самолечения к врачам не обращалась. Неделю назад после перенесенной респираторной инфекции, появились боли в области поясницы, частые мочеиспускания, повысилась температура, по поводу чего обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование; Нв-118 г/л, эр-3.2*10¹²/л: лейкоц-10,6*10⁹/л, СОЭ-32мм/ч. о/а мочи: уд.вес 1016, белок 0.3 г/л, лейкоц-сплошь в п/зр, цилиндры гиалиновые 0-1, эр-1-2 в п/зр. креатинин 96 мкмоль/л. Больная направлена на стационарное лечение в отделение нефрологии.

- a) Хронический пиелонефрит
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический пиелонефрит
- d) Диабетическая нефропатия

41. В норме через почечный фильтр свободно проходят белки, молекулярная масса которых составляет

- A. более 50 кДа
- B. менее 50 кДа
- C. более 100 кДа
- D. менее 150 кДа

42. В норме общая концентрация белковых компонентов в первичной моче (ультрафильтрате) составляет:

- A. 1-4 г/л
- B. 10-12 г/л
- C. 30-50 г/л
- D. 60-80 г/л

43. Количество первичной мочи, образующейся в норме за сутки

- A. 20-25 л
- B. 50-60 л
- C. 100-110 л
- D. 170-190 л

44. Фильтрационный клиренс – это

- A. объем плазмы крови, из которого реабсорбируемое вещество удаляется за 1 мин.
- B. объем плазмы крови, который очищается от нереабсорбируемого вещества за 1 мин.
- C. объем первичной мочи, в котором секретированное вещество распределяется за 1 мин

45. Оптимальным сосудистым доступом для гемодиализа является:

- A. Перманентный центральный венозный катетер.
- B. Синтетический сосудистый протез.
- C. Нативная артериовенозная фистула.
- D. Шунт Скрибнера.

46. Наиболее частой причиной смерти диализных больных является:

- A. Гиперкалиемия.
- B. Инфекционные осложнения.
- C. Онкологические заболевания.
- D. Сердечно-сосудистые заболевания.

47. Для предотвращения тромбозов во время проведения гемодиализа применяют:

- A. Гепарины.
- B. Ацетилсалициловую кислоту.
- C. Клопидогрел.
- D. Альтеплаза.

48. Для оценки эффективности гемодиализа необходимо исследовать показатели:

- A. Креатинина перед диализом.
- B. Мочевины перед диализом.
- C. Мочевины до и после диализа.
- D. Креатинина до и после диализа.

49. Девочка 8 лет. Заболела остро 2 дня назад. Температура в течение 2-х суток повышалась до 38,0-40,0°C, озноб. Мочится часто, моча мутная.

Предположительный диагноз?

- a. Острый цистит
- b. Острый уретрит
- c. Острый гломерулонефрит
- d. Острый пиелонефрит

50. «Золотым стандартом» для верификации ишемической болезни почек считают

- a) доплерографию сосудов почек
- b) нефросцинтиграфию почек
- c) ангиографию почечных артерий
- d) сонографию почек

51. У 25-летней женщины с системной красной волчанкой диагностирован диффузный пролиферативный гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Назначьте лечение:

- a. азатиоприн
- b. преднизолон
- c. азатиоприн и преднизолон 61
- d. преднизолон и циклофосфамид внутривенно

52. У больной, страдающей хроническим пиелонефритом, клиренс креатинина составил 60 мл/мин. Укажите назначение низкой дозы препарата:

- a) фуросемида
- b) пенициллина
- c) аспирина
- d) гентамицина

53. «золотым стандартом» для верификации ишемической болезни почек считают

- a) доплерографию сосудов почек
- b) нефросцинтиграфию почек
- c) ангиографию почечных артерий
- d) сонографию почек

54. Противопоказанием к заместительной почечной терапии является

- a) агонирующее состояние пациента
- b) сердечная недостаточность, осложняющая ХПН
- c) злокачественная артериальная гипертензия
- d) ХПН, ассоциированная с любым онкологическим процессом

55. Гемолитико-уремический синдром характеризуется анемией, острым повреждением почек и

- a) лейкопенией
- b) нейтропенией
- c) тромбоцитозом
- d) тромбоцитопенией

56. У больного с хронической болезнью почек противопоказанием к соблюдению малобелковой диеты является

- a) высокий уровень мочевой кислоты в крови
- b) белково-энергетическая недостаточность
- c) высокий уровень артериального давления
- d) высокий уровень мочевины в крови

57. При хронической болезни почек 4 стадии (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73м²) назначение тиазидных диуретиков может осложниться развитием

- a) гипертонии
- b) уратного криза
- c) гиперкалиемии
- d) гипогликемии

58. У больного с диабетической нефропатией без повышения артериального давления энalapрил назначается в суточной дозе (в мг)
- 20
 - 2,5
 - 10
 - 5
59. Реноваскулярная гипертензия связана с
- паренхиматозным поражением почек
 - окклюзией почечных артерий
 - поражением чашечно-лоханочной системы
 - окклюзией почечных канальцев
60. Осложнением нефротической формы хронического гломерулонефрита является
- пионефроз
 - острая сердечная недостаточность
 - некроз почечных сосочков
 - гиповолемический шок
61. В качестве скрининга для исключения миеломной болезни у больных с неясной протеинурией необходимо проводить
- иммунофенотипирование клеток костного мозга с миелограммой
 - биопсию почки
 - стерильную пункцию
 - иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и мочи
62. Для диагностики гематурии используют пробу
- Реберга-Тареева
 - Зимницкого
 - Нечипоренко
 - Олдрича
63. После выполнения биопсии почки диализному пациенту следующий сеанс гемодиализа разрешено проводить не ранее чем через (в часах)
- 72
 - 48
 - 24
 - 1
64. Общее количество калия в организме при хронической почечной недостаточности
- понижается
 - повышается
 - не меняется
 - зависит от АД
65. К немедикаментозным методам нефропротекции относят
- диету с повышенным содержанием фосфора
 - диету с повышенным содержанием пуринов
 - ограничение поваренной соли
 - ограничение физических нагрузок
66. Для аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек не характерно
- выявление кист в других органах
 - предъявление жалоб на боль в проекции увеличенных почек
 - наличие отягощенного по кистам семейного анамнеза
 - обратимый характер почечной недостаточности
67. При выявлении нейтропении у пациентов с острым пиелонефритом, рекомендуется назначение цефтазидима или карбапенема с ванкомицином в связи с возможным наличием в моче
- Salmonella enterica
 - Candida albicans
 - Enterococcus spp
 - Escherichia coli
68. Микрогематурия наименее характерна для
- волчаночного нефрита

- b) мембранозной нефропатии
- c) иммуноглобулин А-нефропатии
- d) липоидного нефроза

69. Лечение остеодинтрофии при хронической почечной недостаточности включает

- a) оптимальные дозы витамина D (холекальциферол, эргокальциферол)
- b) поливитамины с микроэлементами
- c) метаболиты витамина D с коротким временем действия
- d) препараты магния

70. Если во время поддерживающей терапии волчаночного нефрита при снижении дозы иммуносупрессивного препарата наблюдается ухудшение функции почек и/или нарастание протеинурии, следует

- a) вернуться к тому уровню иммуносупрессии, который позволял контролировать проявления волчаночного нефрита
- b) сменить режим инициальной терапии на альтернативный рекомендованный
- c) начать терапию низкомолекулярными гепаринами
- d) увеличить дозу ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

71. Всем пациентам с острым вторичным (осложненным) пиелонефритом активную антимикробную терапию рекомендуется начинать

- a) после получения результатов преднизолового теста
- b) после получения результатов общего анализа мочи
- c) только после устранения обструкции мочевыводящих путей
- d) только после получения результатов бактериологического анализа мочи

72. Особенностью гематурии при гломерулонефрите является

- a) наличие в моче более 70% неизмененных эритроцитов
- b) сочетание с гиперурикозурией и гиперурикемией
- c) наличие в моче более 70% измененных эритроцитов
- d) сочетание эритроцитурии с лейкоцитурией и бактериурией

73. При ишемической болезни почек назначение блокаторов ангиотензиновых рецепторов может осложниться развитием

- a) инфаркта миокарда
- b) острого повреждения почек
- c) уратного нефролитиаза
- d) желудочного кровотечения

74. Отличием тубулоинтерстициального нефрита от инфекции мочевыводящих путей является

- a) наличие пиурии
- b) отсутствие бактериурии
- c) наличие эритроцитурии
- d) отсутствие лейкоцитурии

75. Применение гидроксихлорохина (плаквенила) особенно показано больным с волчаночным нефритом и антифосфолипидными антителами как дополнительное средство

- a) для снижения уровня глюкозы крови
- b) профилактики тромбозов из-за антикоагулянтных свойств препарата
- c) профилактики инфекций из-за противопротозойных свойств препарата
- d) для снижения артериального давления

76. Ребенок 10 лет. Заболел остро. Повысилась температура до 38,90С. Состояние резко ухудшилось, стал очень вялым, была однократная рвота, отказывается от еды. Мочится часто, небольшими порциями, во время акта мочеиспускания ощущает болезненность, жалуется на боли в поясничной области. В анализе мочи: белок – следы, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 70- 90 в поле зрения. Из мочи выделена кишечная палочка, титр 500 000 микробных тел в 1 мл.

Поставьте диагноз:

- a) острый пиелонефрит
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

77. Мама с девочкой 2,5 лет обратилась к фельдшеру ОВП по поводу учащенного и болезненного мочеиспускания у ребенка, болей в животе и повышения температуры до 37,50 С. Осмотрена хирургом, хирургическая патология исключена. Эти симптомы наблюдались в течение года дважды, и после обследования был выставлен диагноз "цистит". Лечение проводилось амбулаторно. В анамнезе частые простудные заболевания (7 раз ОРЗ за последний год). Родители здоровы, но у бабушки со стороны мамы заболевание почек.

Объективно: масса 11,5 кг, рост 85 см. Состояние удовлетворительно. Астеническое телосложение. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы: тонзиллярные безболезненные, размером до 0,8 см, неспаивающиеся с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Над легкими перкуторный звук легочной, выслушивается пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрасту. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный над лоном. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, 15 раз в день. Поставьте диагноз:

- a) Хронический пиелонефрит на фоне врожденной патологии почек.
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Острый пиелонефрит

78. Сочетание синдрома злокачественной гипертензии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для

- a) хронического гломерулонефрита
- b) системной красной волчанки
- c) геморрагического васкулита
- d) узелкового периартериита

79. Больной 37 лет, 5 лет назад после перенесения рожистого воспаления голени на протяжении двух месяцев находился на лечении по месту жительства по поводу острого гломерулонефрита, протекавшего с общими отеками, умеренной гипертензией и выраженными изменениями в моче с протеинурией и гематурией. При выписке из больницы и в последующие годы при повторных исследованиях мочи сохранялись протеинурия (0,5 -2,0 г/л белка в моче), микрогематурия. Последние два года отмечает учащенные (2-3 раза) обильные ночные мочеиспускания, жажду, стал меньше потеть при физической работе. Тем не менее сохранялись удовлетворительное самочувствие и работоспособность. В крови Hb 92 г/л, эритроцитов $2,8 \times 10^{12}$, СОЭ 40 мм/час. Общий белок сыворотки крови 58 г/л, диспротеинемия с гипоальбуминемией, гипер-альфа-2, холестерин 9,0 ммоль/л. Мочевина сыворотки крови -22 ммоль/л, креатинин 375 мкмоль/л. суточная потеря белка с мочой 3,2 г, цилиндрурия с восковидными цилиндрами в осадке. Суточный диурез 1200 мл. Удельный вес мочи при многократных общеклинических исследованиях и пробе по Зимницкому колеблется в пределах 1005-1008. Ночной диурез - 700 мл, дневной - 500 мл. Поставьте диагноз:

- a) Смешанный вариант хронического гломерулонефрита
- b) Мочекаменная болезнь, осложнившаяся почечной коликой
- c) Острый гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

80. Мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные боли в поясничной области справа, боль иррадиировала в паховую область, правое бедро. Мочеиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями. Моча красного цвета. Объективно: пациент возбужден, мечется от болей. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Пульс 100 уд./мин. АД 150/80 мм рт.ст. Поставьте диагноз:

- a) Мочекаменная болезнь, осложнившаяся почечной коликой
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

81. Больной системной красной волчанкой в стадии ремиссии на фоне приема 10 мг преднизолона и 200 мг гидроксихлорохина (плаквенила) выявлена беременность сроком 5-6 нед. оптимальной тактикой ведения будет

- a) рекомендовать экстракорпоральные методы лечения
- b) рекомендация отменить гидроксихлорохин
- c) рекомендовать прерывание беременности
- d) продолжение терапии гидроксихлорохином

82. Вызов фельдшера ФАПа к пациенту В. 23 лет, который жалуется на сильную головную боль, повышение температуры тела до 39,50 С, отеки на лице, общую утомляемость, ноющие боли в пояснице, мутную мочу. Связывает появление этих симптомов с перенесенной примерно 2 недели назад ангиной. Объективно: температура 39,50 С, общее состояние средней тяжести. Лицо бледное, одутловатое, кожа горячая на ощупь. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс 92 уд/мин., ритмичный, напряженный. АД 170/100 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого (поколачивания) положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 7-9 раз в сутки. Поставьте диагноз:

- a) Острый гломерулонефрит
- b) Хронический гломерулонефрит
- c) Острый пиелонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

83. Вызов фельдшера скорой помощи к пациенту М. 29 лет, предъявляющему жалобы на тупые боли в правой половине поясничной области, частое мочеиспускание, температуру тела 38,40 С, общую слабость, ломоту в мышцах, отсутствие аппетита. Данные симптомы появились вчера после сильного переохлаждения. Объективно: температура 38,40 С, состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца

ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого (+) справа. Диурез до 9-10 раз днем и 3-4 раза в ночное время. Стул регулярный, оформленный. Поставьте диагноз:

- a) острый пиелонефрит
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

84. У больного с высоким содержанием мочевины в плазме при почечной недостаточности во время первого гемодиализа чаще всего возникает

- a) синдром «нарушенного равновесия»
- b) острое кровотечение
- c) острая дыхательная недостаточность
- d) гипотония

85. Особенностью артериальной гипертензии при ишемической болезни почек является

- a) наличие синдрома перемежающейся хромоты
- b) эксцентрическая гипертрофия левого желудочка сердца
- c) отсутствие изменений на ренограмме в пробе с каптоприлом
- d) «озлокачествление» ранее существовавшей гипертензии

86. Пациентка, страдающая болезнью Аддисона, постоянно принимает преднизолон 10 мг в сутки и кортинеф 1 таблетку утром. В течение недели появилась изжога, голодные боли в эпигастральной области, диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, развитию которой, вероятно, способствовал прием преднизолона. Самостоятельно отменила преднизолон, после чего появилась и стала нарастать общая слабость, гипотония до 80/40 мм.рт.ст., тошнота, вздутие живота, диарея, усилилась гиперпигментация кожи и слизистых. Прием противоязвенных препаратов (блокаторов желудочной секреции и антацидов) состояния не облегчил, слабость достигла степени адинамии, развился коллапс. Поставьте диагноз:

- a) Острая надпочечниковая недостаточность
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

87. Мужчина, 46 лет поступил двое суток назад, экстренно в отделение реанимации после автодорожной аварии. Объективно: состояние тяжелое, сознание – сопор; кожные покровы бледные, сухие. При аускультации – дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД 90/50 мм.рт.ст., PS до 100 уд/мин. Перелом верхней трети правого бедра. Общая кровопотеря около 1,5 литров. ОАК: Нб – 89 г/л, ЦП – 0,6; лейкоциты – $12 \cdot 10^9$, СОЭ – 60 мм/ч ОАМ: моча темного цвета, удельный вес – 1008, эритроциты – большое количество, клетки почечного эпителия – 2-7 в п/зр, белок – 3г/л, цилиндры – 5-7 в п/зр, диурез за сутки – 300мл. Б/х анализ крови: общий белок – 90 г/л, мочевина – 12ммоль/л, креатинин – 200мкмоль/л, К – 2ммоль/л, Na – 170 ммоль/л, АЛТ – 48, АСТ – 45. Поставьте диагноз:

- a) Острая почечная недостаточность
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

88. По сан. авиации доставлен больной, мужчина 30 лет. Находился 3 дня на стационарном лечении по поводу острого гломерулонефрита. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, сухие. Выраженные отеки на конечностях, лице, поясничной области. t тела 39С. При аускультации: дыхание ослаблено в нижних отделах, влажные хрипы. ЧДД 20 дв/мин., пульс 100 уд/мин, АД 150/100 мм.рт.ст. Симптом XII ребра положительный с обеих сторон. Диурез по катетеру 300 мл в сутки. ОАМ: цвет красно-бурый, мутная, уд.вес 1029, реакция кислая, белок 9,8г/л, лейкоц 10 в п/зр, эритроц >100 в п/зр. ОАК: Нб 110г/л, эр $4,4 \cdot 10^9$; лейкоц $19 \cdot 10^9$; тр $220 \cdot 10^9$; СОЭ 51мм/ч Б/х анализ крови: мочевина 14 ммоль/л, креатинин 145 ммоль/л, К 5,7 ммоль/л. Поставьте диагноз:

- a) Острая почечная недостаточность
- b) Острый гломерулонефрит
- c) Хронический гломерулонефрит
- d) Хронический пиелонефрит

89. Больная К., 36 лет, фармацевт, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, снижение работоспособности. В возрасте 28 лет случайно было выявлено повышение АД 150/100 мм рт. ст. По семейным обстоятельствам от обследования отказалась. В последующем периодически беспокоила головная боль, но АД не измеряла. Госпитализирована в связи со стойким повышением АД до 180/110 мм рт. ст. и отсутствием эффекта от амбулаторного лечения (10 дней принимала клофелин 0,45 мг в сутки). В 23 года перенесла острый цистит, после которого периодически возникали рези при мочеиспускании. Объективно: телосложение астеническое, кожа бледная. Верхушечный толчок пальпируется в У межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте, АД 190/110 мм рт. ст. Пульс 72 в мин., ритмичный. Симптом Пастернацкого отриц. с

обеих сторон. Дизурии нет. Общий анализ крови: Эр. - $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 95 г/л, Лц. - $8,2 \times 10^9/л$, п-5, с-61, л-26, м-6%, СОЭ - 25 мм/час. Общий анализ мочи: щелочная, 1011, белок 0,66 г/л, Эр. - 3-5 в п/зр., Лц. - 15-20 в п/зр. Проба Нечипоренко: Эр. - 1000, Лц. - 6700, цилиндры 20. Проба Зимницкого: уд. вес 1007 – 1013, дневной диурез 1000 мл, ночной 900 мл. Проба Реберга: креатинин крови 0,23 ммоль/л, фильтрация 50 мл/мин., реабсорбция 96,6%. Бактериурия 10^6 микробных тел в 1 мл. Обзорная рентгенография почек: теней контрастных конкрементов не обнаружено. УЗИ почек: размеры и положение почек нормальное. Деформация чашечно-лоханочной системы с обеих сторон. Поставьте диагноз:

- Хронический пиелонефрит
- Острый гломерулонефрит
- Хронический гломерулонефрит
- Острый пиелонефрит

90. Больной, 44 лет, полгода назад стал замечать появление небольших отеков на ногах. Обратился к врачу, был сделан анализ мочи, где была обнаружена протеинурия 0,1 г/л. Затем к врачу не обращался и не обследовался. Отечный синдром постепенно нарастал. В возрасте 20 лет болел туберкулезом легких, по поводу которого лечился в стационарах и в санаториях, снят с учета в противотуберкулезном диспансере в возрасте 35 лет. Четыре года назад перенес острую пневмонию. Много курит, кашляет, но кашель, по мнению больного, “обычный” как у курильщика в утренние часы, иногда бывает отхождение небольшого количества мокроты зеленого цвета. При осмотре: стопы, голени, бедра отечны; передняя брюшная стенка и поясница пастозны. Со стороны органов дыхания явления эмфиземы, единичные сухие хрипы. Сердце - без видимой патологии. АД 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 5-6 см ниже реберной дуги, плотная безболезненная, с заостренным краем. Селезенку пальпировать не удалось. Периодически бывает жидкий стул несколько раз в день. В анализе крови: гемоглобин 108 г/л лейкоциты 6,0 СОЭ 62 мм. В анализе мочи: удельный вес 1016 белок 6,0 г/л. В осадке: эритроциты 3-4 в п/зр., лейкоциты 6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр. Белок крови 54 г/л, альбумины 30 г/л. Креатинин сыворотки 0,10 ммоль/л. Поставьте диагноз:

- нефротический синдром
- Острый гломерулонефрит
- Хронический гломерулонефрит
- Хронический пиелонефрит

Гематология

1. Укажите в какое время суток необходимо принимать препараты железа:

- с 8 до 10 часов
- с 10 до 14 часов
- с 14 до 18 часов
- время суток не имеет значение для усвоения этой группы препарата

2. Какой из ниже перечисленных препаратов используется в лечении В12-дефицитной анемии?

- цианкоболамин
- преднизолон
- ретаболил
- тардиферон

3. Укажите, что из ниже перечисленных не относится к принципам терапии железodefицитных анемий?

- препараты железа инъекционно до полного восстановления запасов железа
- препараты железа до восстановления уровня гемоглобина
- парентеральные препараты железа по строгим медицинским показаниям
- препараты железа во внутрь до полного восстановления запасов железа

4. Что из ниже перечисленных причин нарушают всасывание фолиевой кислоты?

- длительный прием противосудорожных препаратов
- длительный прием препаратов железа
- систематический прием антиагрегантов
- хронические гепатиты

5. У больной острым лейкозом на фоне цитостатической терапии развился миелотоксический агранулоцитоз. Какая тактика врача в данном случае является правильной?

- продолжать цитостатическую терапию
- дозу химиопрепаратов уменьшить вдвое
- отменить цитостатические препараты и назначить антибиотики
- назначить антибиотики

6. Больной 25 лет обратился с жалобами по поводу болей в эпигастральной области с выраженным циркуляторно-гипоксическим синдромом. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Э – $3,8 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,8, тромбоциты – $165,0 \times 10^9/л$, ретикулоциты – 0,5 %. билирубин – 15 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,5 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Поставьте предварительный диагноз:

- Гемолитическая анемия
- Острая постгеморрагическая анемия

- c) Железодефицитная анемия
- d) В₁₂-дефицитная анемия

7. Больной 37 лет спустя 12 дней после перенесенного гриппа отметил повторный подъем температуры тела, озноб, боли в пояснице, потемнение мочи, затем появилась легкая желтушность склер. Врач определил умеренное увеличение печени. Анализ крови: Нв-78 г/л; Эр.- $2,6 \cdot 10^{12}/л$; Тр.- $210 \cdot 10^9/л$; Л.- $6,2 \cdot 10^9/л$; общий билирубин- 49,7 мкмоль/л, прямой- 5,1 мкмоль/л. Назовите наиболее информативное исследование для уточнения диагноза

- a) продолжительность жизни эритроцитов
- b) стерильная пункция
- c) пробы Кумбса
- d) осмотическая стойкость эритроцитов

8. У больного 20 лет в течение последних 2 месяцев отмечаются нарастающие слабость, кровоточивость, субфебрильная температура. Лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены. В анализе крови: Нв- 50 г/л; Эр.- $1,3 \cdot 10^{12}/л$; ЦП-1,0; Л.- $1,7 \cdot 10^9/л$; Тр.- $30 \cdot 10^9/л$; СОЭ-55 мм/ч. Назовите наиболее информативное исследование для уточнения диагноза

- a) Исследование костного мозга
- b) пробы Кумбса
- c) десфераловая проба
- d) осмотическая стойкость эритроцитов

9. 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 – $220 \times 10^9/л$; АЧТВ – удлинено.

Определите адекватную тактику лечения

- a) концентраты факторов свертывания крови
- b) гемостатическая терапия
- c) переливание белковых препаратов
- d) плазмафорез

10. Больная 28 лет в прошлом отмечала слабость, периодическое появление легкой желтушности кожи. После сильного переохлаждения появились озноб, боли в мышцах, а также в верхней половине живота. Через день умеренная желтуха, темный кал и моча. Объективно: умеренное увеличение печени и селезенки, желтушность кожи и слизистых оболочек. В ОАК: Нв-80 г/л; Эр.- $2,8 \cdot 10^{12}/л$; ЦП-0,8; Тр.- $23 \cdot 10^9/л$; Л.- $9,5 \cdot 10^9/л$; СОЭ-20 мм/ч, билирубин-77 мкмоль/л, прямой-8,6 мкмоль/л. Назовите наиболее информативное исследование в данном случае

- a) определение продолжительности жизни эритроцитов
- b) определение осмотической резистентности эритроцитов
- c) десфераловая проба
- d) определение сывороточного железа крови

11. Больной Р., 25 лет, с раннего детства страдает артрозами коленных, локтевых суставов, беспокоят частые носовые кровотечения, в анамнезе – межмышечные гематомы. У дяди по материнской линии отмечалась аналогичная симптоматика, который впоследствии умер от кровоизлияния в мозг. В ОАК без изменений, тромбоциты– $220 \times 10^9/л$; АЧТВ – удлинено. Пробы жгута и щипка – отрицательны. Поставьте предварительный диагноз:

- a) геморрагический васкулит
- b) гемофилия
- c) геморрагическая телеангиэктазия
- d) тромбоцитопеническая пурпура

12. Больной Д., 23 года, жалобы на периодические носовые, десневые кровотечения, выраженную слабость, одышку, лихорадку. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, по всему телу отмечаются синяки, периферические лимфоузлы не увеличены. По остальным органам без особенностей. В анализе крови: Нв-60 г/л; Эр.- $2,0 \times 10^{12}/л$; ЦП-0,9; Лейк.- $1,5 \times 10^9/л$; Тромб.- $20 \times 10^9/л$. В миелограмме: жировое перерождение костного мозга. Поставьте предварительный диагноз:

- a) острый миелолейкоз
- b) острый эритромиелоз
- c) апластическая анемия
- d) хронический миелолейкоз

13. У больной А., 60 лет, в анализах периферической крови выявлены следующие изменения: Нв 78г/л., ЦП 1,3, эритроциты $2,3 \times 10^{12} /л$, макроцитоз. В анамнезе: много лет страдает хроническим заболеванием желудка и кишечника. Назначьте лечение больному с данным заболеванием:

- a) Переливание эритроцитарной массы
- b) Инъекции феркайла
- c) Прием сульфата железа
- d) Инъекции цианокобаламина

14. 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. Поставьте предварительный диагноз:
- острые эрозии желудка
 - синдром Мэллори–Вейса
 - диафрагмальная грыжа
 - болезнь Верльгофа
15. У больного Н., 44 лет, на коже бедер и голеней появилась мелкоочечная геморрагическая сыпь, не исчезающая при надавливании, боль в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В моче - микрогематурия. В коагулограмме: явления гиперкоагуляции. Поставьте предварительный диагноз:
- геморрагический васкулит
 - тромбоцитопеническая пурпура
 - ревматический полиартрит
 - узелковый периартериит
16. 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; лейкоц.- 3,2х10⁹/л; тромб. - 150х10⁹/л; ретикулоциты – 0,2%; билирубин- 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л). Поставьте предварительный диагноз:
- хронический гепатит
 - гемолитическая анемия
 - хронический атрофический гастрит
 - витамин В₁₂-дефицитная анемия
17. У больного с циррозом печени выявлен синдром гиперспленизма. Какие изменения, характерные для данного синдрома Укажите лабораторные изменения:
- Изменение активности АЛТ, АСТ, ЩФ
 - Лейкоцитопения, тромбоцитопения, анемия
 - Билирубинемия
 - Гипопротеинемия
18. Характерным осложнением трихомонадного уретрита является:
- Цистит
 - Простатит
 - Пиелонефрит
 - Эпидидимит
19. Ребенок 11 лет обратился с жалобами на изменение цвета в виде, мясных помоев, слабость, утомляемость, головную боль. Две недели назад перенес ангину с высокой температурой тела. В анализе крови СОЭ 25 мм/ час, анемия. Ваш предварительный диагноз?
- О.гломерулонефрит
 - Опухоль почек
 - Острый цистит
 - О.пиелонефрит
20. Больная К. 30 лет с хроническим пиелонефритом получала амбулаторное лечение ампициллином в течение 10 дней. После снижения уровня СОЭ и лейкоцитов, семейный врач отменил антибиотики. Через неделю состояние больной вновь ухудшилось. Тактика семейного врача.
- Повторно назначить ампициллин на 10 дней
 - Сменить ампициллин на другой антибиотик
 - Назначить проведение посева мочи на чувствительность к антибиотикам
 - Провести лечение антибиотиками в течение 2-х месяцев
21. В12-дефицитная анемия может возникать на фоне всех состояний кроме:
- Беременности
 - хронического гастрита с секреторной недостаточностью
 - рак желудка
 - состояния после удаления желудка

22. Лечение фолиево-дефицитной анемии проводится путем назначения:

- a) препаратов фолиевой кислоты внутрь
- b) витамина B12
- c) витамина B12 и фолиевой кислоты
- d) сочетанием витаминов С, B12 и фолиевой кислоты

23. С назначением какого препарата следует начинать лечение при выявлении у больного мегалобластной анемии, генез которой не уточнен.

- a) витамина B12
- b) преднизолона
- c) витаминов B6 и B1
- d) фолиевой кислоты

24. Какие изменения периферической крови характерны для железодефицитной анемии:

- a) гипохромная, микроцитарная.
- b) гиперхромная, макроцитарная.
- c) нормохромная, макроцитарная.
- d) гиперхромная микроцитарная

25. Для диагноза железодефицитной анемии и анемий, связанных с нарушением синтеза гема, основным дифференциально-диагностическим признаком является:

- a) возраст больного
- b) выраженность анемии
- c) цветовой показатель
- d) содержание железа в сыворотке крови

26. К наиболее характерным клиническим признакам хронического миелолейкоза в фазе акселерации относятся:

- a) Лейкоцитоз, спленомегалия
- b) лейкоцитоз, спленомегалия, боли в костях
- c) лихорадка, боли в костях
- d) боли в костях, лимфоаденопатия

27. Для какого заболевания характерны бластные кризы[^]

- a) хронического миелолейкоза
- b) эритремии
- c) хронического лимфолейкоза
- d) миеломной болезни

28. Для диагноза железодефицитной анемии и анемий, связанных с нарушением синтеза гема, основным дифференциально-диагностическим признаком является:

- a) возраст больного
- b) выраженность анемии
- c) цветовой показатель
- d) содержание железа в сыворотке крови

29. Какое из исследований не является информативным при расшифровке анемии неясного генеза у больной, получающей в течение недели ферроплекс:

- a) анализ кала на скрытую кровь.
- b) исследование уровня непрямого билирубина
- c) исследование уровня сывороточного железа.
- d) исследование количества лейкоцитов и тромбоцитов.

30. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 104 г/л, Л - 126×10^9 /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 %, юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580×10^9 /л, СОЭ - 24 мм/час.

О чем можно думать?

- a) острый миелолейкоз
- b) хронический миелолейкоз

- c) хронический лимфолейкоз
- d) лимфоцитоз селезенки

31. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 104 г/л, Л - 126×10^9 /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 %, юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580×10^9 /л, СОЭ - 24 мм/час.

Какие изменения обнаружите в костном мозге:

- a) опустошение костного мозга
- b) трехростковая гиперплазия
- c) бластоз свыше 30 %
- d) богатый костный мозг за счет клеток миелоидного ряда

32. Больная 53 лет обратилась к врачу по поводу чувства тяжести в левом подреберье. При обследовании - гиперспленомегалия. Анализ крови: Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, Нв - 104 г/л, Л - 126×10^9 /л, промиелоциты - 3 %, миелоциты - 5 %, юные - 9 %, п/я - 17 %, с/я - 48 %, эоз. - 7 %, баз. - 3 %, лимф. - 8 %, тромбоциты - 580×10^9 /л, СОЭ - 24 мм/час. Какое дополнительное исследование поможет установить диагноз?

- a) электрофорез белковых фракций
- b) осмотическая резистентность эритроцитов
- c) цитогенетические исследования
- d) биопсия лимфоузла

33. Больной В. 16 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме.

Ваш предварительный диагноз:

- a) геморрагический васкулит
- b) тромбоцитопеническая пурпура
- c) гемофилия
- d) болезнь Рандю-Ослера

34. Больной В. 16 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме.

Какой показатель коагулограммы нарушается при данном заболевании:

- a) уровень фибриногена
- b) АЧТВ
- c) протромбиновое время
- d) тромбиновое время

35. Больной В. 16 лет, с детства страдает повышенной кровоточивостью, иногда с образованием обширных гематом. При осмотре - гемартрозы коленных суставов. Дядя по материнской линии болен наследственным заболеванием крови. Общий анализ крови в норме.

Какой метод лечения соответствует патогенетической терапии:

- a) криопреципитат
- b) преднизолон
- c) тромбоцитарная масса
- d) дицинон

36. Больная Е., 74 г., поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно: выявлены умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на правой нижней конечности по типу "чулок". В ОАКр.: Эр. $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нв = 88 г/л, ЦП = 1,1, лейкоц. = $3,2 \times 10^9$ /л, тр. = 150×10^9 /л, ретикулоциты - 0,2%, билирубин = 42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л).

Ваш диагноз:

- a) железодефицитная анемия
- b) витамин В12-дефицитная анемия
- c) гипопластическая анемия
- d) гемолитическая анемия

37. Одним из признаков тромботической микроангиопатии является _ анемия

- a) Кумбс-отрицательная гемолитическая
- b) железодефицитная
- c) В12-дефицитная
- d) Кумбс-положительная гемолитическая

38. Причиной функционального (относительного) дефицита железа является

- a) увеличение всасывания железа при сопутствующем приёме алюминий-содержащих фосфат-связывающих препаратов
- b) нарушение метаболизма ферритина при хронической болезни почек
- c) увеличение всасывания железа при сопутствующем приёме антацидов
- d) превышение потребности костного мозга по сравнению с мобилизацией и транспортной ёмкостью по железу

39. Алеша 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечности, периодически повторяющиеся боли в животе. Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно. Объективно: состояние средней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание: сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибальной поверхности, в области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи, не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. АД 110/70, живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, мочится регулярно.

- a) Геморрагический васкулит
- b) витамин В12-дефицитная анемия
- c) гипопластическая анемия
- d) гемолитическая анемия

40. . Что наиболее характерно для железодефицитной анемии?

- A. Повышение ферритина
- B. Нормальный цветовой показатель
- C. Снижение насыщения трансферрина железом
- D. Увеличение сывороточного железа

41. Какой клеточный элемент чаще всего повышен при бактериальной инфекции?

- A. Эозинофилы
- B. Нейтрофилы
- C. Лимфоциты
- D. Моноциты

42. Какое лабораторное изменение наиболее характерно для гемолитической анемии?

- A. Снижение ЛДГ
- B. Повышение гаптоглобина
- C. Повышение билирубина непрямой фракции
- D. Нормальный ретикулоцитарный индекс

43. Для острого промиелоцитарного лейкоза характерна транслокация:

- A. t(8;21)
- B. t(15;17)
- C. t(9;22)
- D. t(14;18)

44. При какой анемии наблюдается макроцитоз?

- A. Железодефицитная
- B. Сидеробластная
- C. В₁₂-дефицитная
- D. Талассемия

45. Что является обязательным критерием истинной полицитемии (болезни Вакеза)?

- A. Повышение ферритина
- B. Снижение эритропоэтина
- C. Нейтропения
- D. Гемоглобин < 120 г/л

46. Какой препарат является первой линией при лечении хронической миелолейкемии?

- A. Меркаптопурин

- V. Иматиниб
- C. Метотрексат
- D. Хлорамбуцил

47. Какой показатель чаще всего повышается при дефиците витамина B12?

- A. Фолат сыворотки
- B. Гомоцистеин
- C. Гаптоглобин
- D. Сывороточное железо

48. Что является характерным признаком тромботической тромбоцитопенической пурпуры (ТТП)?**

- A. Дефицит фактора VIII
- B. Выраженный лимфоцитоз
- C. Дефицит ADAMTS13
- D. Нейтропения

49. Какое осложнение наиболее типично для множественной миеломы?***

- A. Гипокальциемия
- B. Панкреатит
- C. Почечная недостаточность
- D. Гемофилия

50. Пациентка 62 лет жалуется на слабость, утомляемость, одышку при нагрузке, покалывания в пальцах рук и ног. В последние месяцы отмечает шаткость походки. Кожа бледная с легким желтоватым оттенком, язык “лакированный”. Общий анализ крови: Hb — 82 г/л MCV — 112 фл Лейкоциты — $3,2 \times 10^9$ /л Тромбоциты — 110×10^9 /л Ретикулоциты — снижены. Биохимия: Повышение ЛДГ. Повышение билирубина непрямой фракции. Гомоцистеин ↑. Метилмалоновая кислота ↑. Анализ антител: Анти-IF (к внутреннему фактору) — положительные. Укажите наиболее вероятный диагноз?

- A. Железодефицитная анемия
- B. Сидеробластная анемия
- C. B12-дефицитная анемия (пернициозная)
- D. Фолиеводефицитная анемия