

## ТЕРАПИЯ

- 1 ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**
- А Пропалс митрального клапана
  - Б Дилатационная кардиомиопатия
  - В Атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет крупной ветви коронарной артерии на 50% и более
  - Г Артериальная гипертония
- 2 ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ИШЕМИИ МИОКАРДА НЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**
- А Аортальный стеноз
  - Б Миокардит
  - В Дилатационная кардиомиопатия
  - Г Пропалс митрального клапана
- 3 ОЦЕНИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА, ЕСЛИ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ОЧЕНЬ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ И БЕГЕ**
- А Функциональный класс I
  - Б Функциональный класс II
  - В Функциональный класс III
  - Г Функциональный класс IV
- 4 ОЦЕНИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА, ЕСЛИ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ХОДЬБЕ ПО РОВНОЙ МЕСТНОСТИ НА РАССТОЯНИЕ 100-200 М, ПОДЪЕМЕ НА 1-2 ПРОЛЕТА ЛЕСТНИЦЫ**
- А Функциональный класс IV
  - Б Функциональный класс III
  - В Функциональный класс II
  - Г Функциональный класс I
- 5 ОЦЕНИТЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ АБСОЛЮТНЫЙ 10-ЛЕТНИЙ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИНЫ 43 ЛЕТ, НЕКУРЯЩЕЙ, С УРОВНЕМ ХОЛЕСТЕРИНА > 8 ММОЛЬ/Л**
- А Низкий (<1%)
  - Б Умеренный ( $\geq 1\%$  и <5%)
  - В Высокий ( $\geq 5\%$  и <10%)
  - Г Очень высокий ( $\geq 10\%$ )

- 6** ОЦЕНИТЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ АБСОЛЮТНЫЙ 10-ЛЕТНИЙ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИНЫ 40 ЛЕТ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПРОТЕИНУРИЕЙ
- А Низкий (<1%)  
Б Умеренный ( $\geq 1\%$  и <5%)  
В Высокий ( $\geq 5\%$  и <10%)  
Г Очень высокий ( $\geq 10\%$ )
- 7** ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФАРКТ МИОКАРДА
- А <1,8 ммоль/л  
Б <2,6 ммоль/л  
В <3 ммоль/л  
Г <4 ммоль/л
- 8** ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ 48 ЛЕТ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БЕЗ ПРОТЕИНУРИИ, НЕ КУРЯЩЕЙ, С АД= 140/80 ММ РТ.СТ.
- А <1,8 ммоль/л  
Б <2,6 ммоль/л  
В <3 ммоль/л  
Г <4 ммоль/л
- 9** МУЖЧИНА, 50 ЛЕТ, БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА, НЕКУРЯЩИЙ; ИМТ 27,5 КГ/М<sup>2</sup>, АД 180/120 ММ РТ. СТ.; ХОЛЕСТЕРИН=4,5 ММОЛЬ/Л, ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП= 3,5 ММОЛЬ/Л. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА
- А <1,8 ммоль/л  
Б <2,6 ммоль/л  
В <3 ммоль/л  
Г <3,5 ммоль/л
- 10** МУЖЧИНА, 50 ЛЕТ, БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА, КУРИТ; ИМТ 30,5 КГ/М<sup>2</sup>, АД 160/100 ММ РТ. СТ.; ХОЛЕСТЕРИН=8,5 ММОЛЬ/Л, ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП=5,6 ММОЛЬ/Л, ТРИГЛИЦЕРИДЫ 2,0 ММОЛЬ/Л. ВЫБЕРИТЕ ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ СПОСОБ

## КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ?

- А Розувастатин  
Б Аторвастатин  
В Симвастатин  
Г Фенофибрат
- 11** КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПАЦИЕНТУ С ИБС: СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II КЛАССА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?
- А Верапамил  
Б Периндоприл  
В Аспирин  
Г Метопролол
- 12** ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Уменьшение частоты приступов стенокардии  
Б Улучшение функционального класса стенокардии (оптимально достижение I ФК)  
В Урежение частоты сердечных сокращений  
Г Снижение уровня липидов в сыворотке крови
- 13** НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
- А Повторяющаяся боль за грудиной сжимающего характера в состоянии покоя с иррадиацией в левую руку с кратковременным эффектом от приема нитроглицерина  
Б Боль в грудной клетке без эффекта от нитроглицерина, усиливающаяся при поворотах туловища  
В Боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком вдохе  
Г Колющая боль в области сердца в состоянии покоя с иррадиацией в левую руку продолжительностью в несколько секунд
- 14** К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ОТНОСЯТСЯ
- А Появление патологических зубцов Q на ЭКГ  
Б Клиническая картина острого коронарного синдрома и изменения на ЭКГ  
В Признаки нарушения локальной сократимости миокарда при эхо-кардиографическом исследовании  
Г Наличие маркера некроза миокарда и клиническая картина острого коронарного синдрома

- 15** ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ
- А Гипотония
  - Б Сахарный диабет
  - В Хроническая сердечная недостаточность
  - Г Блокада левой ножки пучка Гиса
- 16** К АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ 1-Й ЛИНИИ ОТНОСЯТСЯ
- А Нитраты длительного действия
  - Б Бета-адреноблокаторы
  - В Ивабрадин
  - Г Предуктал
- 17** НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ ПРИСТУПЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ
- А 6-12 часов
  - Б 12-24 часа
  - В Менее 48 часов
  - Г 48 часов и более
- 18** ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА
- А Фибрилляция предсердий у больного с сердечной недостаточностью
  - Б Полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт» (при удлинении интервала QT)
  - В Трепетание предсердий у больного с сердечной недостаточностью
  - Г Мономорфная желудочковая тахикардия
- 19** НИЗКИЙ РИСК ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАЦИЕНТЫ:
- А Больные с митральным пороком сердца
  - Б Больные моложе 60 лет без сердечно-сосудистых заболеваний
  - В Больные с артериальной гипертензией
  - Г Больные старше 75 лет
- 20** АМИОДАРОН МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ, КРОМЕ
- А Развитие полиморфной желудочковой тахикардии типа

- «пируэт»
- Б Удлинение интервала QT  
В Нарастание тахисистолии при фибрилляции предсердий  
Г Развитие гипотиреоза
- 21** ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ХСН ПРИ ГЛЖ  
А Диастолическая дисфункция ЛЖ  
Б Систолическая дисфункция ЛЖ  
В Повышенная жесткость артериального русла  
Г Снижение сократительной способности миокарда левого желудочка
- 22** Систолической сердечной недостаточности не соответствует  
А Фракция выброса >45-50%  
Б Одышка  
В Влажные хрипы в легких  
Г Дилатация левого желудочка
- 23** ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МАЛОВЕРОЯТЕН, ЕСЛИ  
А Имеются влажные хрипы в легких  
Б Имеется дилатация левого желудочка  
В Мозговой натрийуретический пептид в пределах нормы  
Г Имеется снижение скорости клубочковой фильтрации
- 24** У ПАЦИЕНТА 33 ЛЕТ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ (ПРОТЕИНУРИЯ, СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ 35 МЛ/МИН/М<sup>2</sup>) НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА ВЫЯВЛЕНО АД 200/120 ММ РТ СТ. КАКОВА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?  
А Гипертония «белого халата»  
Б Гипертоническая болезнь  
В Нейроциркуляторная дистония  
Г Вторичная почечная артериальная гипертензия
- 25** ЖЕНЩИНА 45 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ТЕРАПЕВТУ С ЖАЛОБАМИ НА ПОДЪЕМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38° С В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА. РАНЕЕ НАБЛЮДАЛАСЬ ПО ПОВОДУ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА. ПРИ АСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ВРАЧ ВЫСЛУШАЛ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ И ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В ТОЧКЕ БОТКИНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- А Инфекционный эндокардит аортального клапана  
Б Хроническая ревматическая болезнь сердца  
В Врожденный порок митрального и аортального клапана  
Г Ревматическая лихорадка
- 26** ДОКАЗАЛИ СПОСОБНОСТЬ К СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИМЕНЯЮТСЯ У ВСЕХ БОЛЬНЫХ (ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬ I УРОВНЯ , А КЛАССА)
- А Диуретики  
Б Ингибиторы АПФ  
В Ивабрадин  
Г Сердечные гликозиды
- 27** ВАША ТАКТИКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛНОДОЗОВОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ИЗ ТРЕХ ОСНОВНЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ?
- А Назначить дообследование для выявления симптоматической артериальной гипертензии  
Б Назначить другие антигипертензивные препараты  
В Добавить к лечению четвертый препарат  
Г Госпитализировать пациента для подбора терапии
- 28** В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОГО МИОКАРДИТА МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ
- А Ингибиторов АПФ  
Б Глюкокортикостероидов  
В Нестероидных противовоспалительных препаратов  
Г Диуретиков
- 29** ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ НЕОБРАТИМОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ?
- А Гипертоническая болезнь  
Б Хронический алкоголизм  
В Тиреотоксикоз  
Г Терапия большими дозами доксорубицина
- 30** У БОЛЬНОГО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК И ПОЗДНИЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ. ВАШ ДИАГНОЗ?
- А Митральный стеноз  
Б Недостаточность митрального клапана

- В Пропалс митрального клапана  
Г Митрализация аортального порока
- 31** ХАРАКТЕРНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
- А Ритм перепела, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке  
Б Ритм протодиастолического галопа, систолический шум на верхушке  
В Ритм пресистолического галопа, систолический шум  
Г Систолический щелчок, поздний систолический шум на верхушке
- 32** ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
- А Зеленыящий стрептококк  
Б Бета-гемолитический стрептококк  
В Бета-гемолитический стрептококк группы А  
Г Золотистый стафилококк
- 33** НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
- А Поражение пястно-фаланговых и/или плюсне-фаланговых суставов  
Б Утренняя скованность >30 мин.  
В Припухлость 3-х и более суставов  
Г Наличие узелков Бушара
- 34** НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
- А Увеличение С-реактивного белка  
Б Увеличение СОЭ  
В Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду  
Г Увеличение титров ревматоидного фактора
- 35** ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
- А Коленных суставов  
Б Крестцово-подвздошных суставов  
В Тазобедренных суставов  
Г Плечевых суставов
- 36** ПРИ НАЛИЧИИ АХИЛЛОБУРСИТА СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ
- А Серонегативный спондилоартрит

- Б Ревматоидный артрит  
В Подагру  
Г Остеоартрит
- 37** АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО АССОЦИИРУЕТСЯ С  
А Ревматоидным артритом  
Б Системной склеродермией  
В Дерматомиозитом  
Г Системной красной волчанкой
- 38** НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАСПРОСТРАНЕННОЙ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН 20-40 ЛЕТ  
А Остеохондроз  
Б Фибромиалгия  
В Остеоартрит  
Г Ревматоидный артрит
- 39** ПРЕПАРАТ 1-Й ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ А-СТРЕПТОКОККОВОГО ФАРИНГИТА  
А Ампициллин  
Б Азитромицин  
В Амоксициллин  
Г Цефиксим
- 40** ПРИЕМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ТЕЧЕНИЕ > 3 МЕС. ПОВЫШАЕТ РИСК ОСТЕОПОРОЗА  
А Независимо от дозы  
Б В дозе более 10 мг/сутки  
В В дозе более 20 мг/сутки  
Г В дозе более 30 мг/сутки
- 41** ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ  
А Нестероидные противовоспалительные препараты  
Б Компоненты табачного дыма  
В *Helicobacter pylori*  
Г Экзогенные вещества с раздражающим слизистую оболочку действием
- 42** РАННИМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ  
А HBeAg, anti-HBc антитела класса IgM  
Б HBsAg, anti-HBc антитела суммарные

- В Anti-HBs антитела класса IgM и anti-HBc антитела класса IgM  
Г Anti-HBs антитела класса IgG и anti-HBc антитела класса IgG
- 43** ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЕЙ АСТ И АЛТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
- А Воспалительном процессе в печени  
Б Наличии внутриклеточного холестаза  
В Функциональной недостаточности гепатоцитов  
Г Цитолизе гепатоцитов
- 44** СНИЖЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЕЙ АЛЬБУМИНА И ПРОТРОМБИНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
- А Гепатоцелюлярной недостаточности  
Б Активном цитолизе гепатоцитов  
В Наличии внутриклеточного холестаза  
Г Воспалительном процессе в печени
- 45** ОТСУТСТВИЕ ПОРЦИИ В ЖЕЛЧИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ ЗОНДИРОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:
- А дисфункции желчного пузыря по гипертоническому типу  
Б дисфункции желчного пузыря по гипотоническому типу  
В возникновении "отключенного" желчного пузыря в результате внедрения камня в область пузырного протока  
Г наличия конкремента в области фатерова соска
- 46** СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- А семейной неконъюгированной негемолитической гипербилирубинемией  
Б семейной неконъюгированной гемолитической гипербилирубинемией  
В семейной конъюгированной негемолитической гипербилирубинемией  
Г несемейной неконъюгированной негемолитической гипербилирубинемией
- 47** С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ H. PYLORI БИОПСИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЛЕДУЕТ БРАТЬ ИЗ
- А Тела и дна желудка с передней и задней стенок  
Б Тела желудка с малой и большой кривизны  
В Дна желудка с передней и задней стенок  
Г Антрального отдела желудка
- 48** ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ А-ФЕТОПРОТЕИНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А Остром вирусном гепатите  
Б Гепатоцеллюлярной карциноме  
В Хроническом вирусном гепатите с высокой активностью  
Г Аутоиммунном гепатите с формированием цирроза печени
- 49 ЭРАДИКАЦИЯ HELICOBACTER PYLORI С ЦЕЛЬЮ КАНЦЕРОПРЕВЕНЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ ВОЗРАСТА**
- А 12 лет  
Б 18 лет  
В 45 лет  
Г 65 лет
- 50 ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ**
- А Таблетированные формы глюкокортикостероидов  
Б Глюкокортикостероиды, вводимые внутривенно  
В Препараты урсодезоксихолевой кислоты  
Г Гепатопротекторы и цитостатические иммунодепрессанты
- 51 БОЛЬНЫМ С НАРАСТАНИЕМ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ДО III СТЕПЕНИ СЛЕДУЕТ**
- А Повысить дозу гепатопротекторов и перейти на их внутривенное введение  
Б Существенно ограничить поступление пищевого белка  
В Увеличить количество вводимой в организм жидкости  
Г Увеличить общую калорийность дневного рациона за счёт легкоусваиваемых углеводов
- 52 ОСНОВНОЙ СХЕМОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ H. PYLORI, РЕКОМЕНДУЕМОЙ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
- А Последовательная терапия, включающая ИПП, амоксициллин, кларитромицин и метронидазол  
Б Квадротерапия с препаратами висмута и её модификации  
В Тройная кларитромицинсодержащая терапия и её модификации  
Г Тройная терапия с включением в схему левофлоксацина
- 53 ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЁЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**
- А Спиноналактон  
Б К-сберегающие диуретики  
В Петлевые диуретики  
Г Осмотические диуретики

- 54** ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ (КОНТРИКАЛ, ГОРДОКС, АПРОТЕКС) В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ
- А Создания физиологического покоя железе
  - Б Купирования болевого синдрома
  - В Стимуляции внешнесекреторной функции железы
  - Г Купирования гиперферментемии
- 55** ОСНОВУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА СОСТАВЛЯЕТ
- А Применение прокинетиков и спазмолитиков
  - Б Модификация образа жизни
  - В Применение слабительных разных групп
  - Г Комбинация слабительных и полиферментных препаратов
- 56** ДЛЯ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАРИАНТОВ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНА МИКРОГЕМАТУРИЯ?
- А Липоидный нефроз
  - Б Мембранозный нефрит
  - В Мезангиопролиферативный нефрит
  - Г Мезангиокапиллярный нефрит
- 57** У 35-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
- А Острый гломерулонефрит
  - Б ХГН, обострение
  - В Острый пиелонефрит
  - Г Апостематозный нефрит
- 58** Какие положения, касающиеся пиелонефрита, правильные
- А Значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек
  - Б Возникает на почве нарушенного пассажа мочи
  - В Часто возникает при застойной сердечной недостаточности
  - Г Редко развивается в детском возрасте
- 59** КАКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕЖЕ?
- А Вирусные
  - Б Лекарственные
  - В Травматические

Г Паразитарные

60 КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

- А Суточная протеинурия более 3,5 г
- Б Сывороточный альбумин ниже 30 г/л
- В Гиперкоагуляция
- Г Отеки

61 У 22-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, НА КОЖЕ ЛЕВОГО БОКОВОГО ОТДЕЛА ЖИВОТА ПОЯВИЛСЯ ЧЕТКО ОТГРАНИЧЕННЫЙ УЧАСТОК ЯРКОЙ ЭРИТЕМЫ С ПЛОТНЫМ ОТЕКОМ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, ВАЛИКОМ ПО ПЕРИМЕТРУ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА ДО ФЕБРИЛЬНЫХ ЦИФР. ТИТРЫ АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА И АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ ПОВЫШЕНЫ. УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНОВ СЫВОРОТКИ 28 Г/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ОПИСАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

- А Узловатая эритема
- Б Тромбофлебит подкожных вен
- В Рожистое воспаление кожи
- Г Опоясывающий лишай

62 ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (БОЛЕЕ 4ГР/СУТКИ) БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЕЙ ЗАСТАВИТ ВАС ПОДУМАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО О

- А Хроническом нефрите латентного течения
- Б СКВ
- В Туберкулезе почек
- Г Парапротеинемических гемобластозах

63 КАКИЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ АМИЛОИДОЗОМ?

- А Системная красная волчанка
- Б Узелковый периартериит
- В Ревматоидный артрит
- Г Системная склеродермия

64 У 19-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ГРИППА ПОЯВИЛАСЬ СТОЙКАЯ МАКРОГЕМАТУРИЯ, ОДЫШКА,

КРОВОХАРКАНЬЕ. НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ - ПРИЗНАКИ ДВУСТОРОННЕГО СИММЕТРИЧНОГО ДИССЕМНИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ. В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА УХУДИЛОСЬ, УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА КРОВИ ПОВЫСИЛСЯ ДО 370 МКМОЛЬ/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- А Паранеопластическая нефропатия при бронхогенном раке
- Б Гранулематоз Вегенера
- В Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- Г Синдром Гудпасчера

**65** УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А Острые бактериальные инфекции
- Б Артериальная гипертония
- В Гипокалиемия
- Г Застойная сердечная недостаточность

**66** УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ НЕФРИТА, ПРИ КОТОРОЙ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНОМ БЕСПЕРСПЕКТИВНО

- А Мезангиокапиллярный
- Б Минимальные изменения
- В Мезангиопролиферативный
- Г Фибропластический

**67** КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ ХПН?

- А Аминогликозиды
- Б Карбенициллин
- В Цефалоспорины
- Г Фторхинолоны

**68** УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

- А полусинтетические пенициллины
- Б Тетрациклины
- В Левомецетин
- Г Фторхинолоны

**69** ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМИЛОИДОЗА КОЛХИЦИН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ

- А 20 - 30 мг в сутки
- Б 2 мг в сутки

- В 10 мг в сутки  
Г 0,5 - 1 мг в сутки
- 70** ВЫБЕРИТЕ ПОКАЗАНИЯ К СРОЧНОМУ НАПРАВЛЕНИЮ БОЛЬНОГО С ХПН НА ГЕМОДИАЛИЗ
- А Высокая гиперкалиемия  
Б Метаболический ацидоз  
В Анасарка  
Г Выраженная олигурия
- 71** ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ
- А Курение  
Б Аллергены  
В Ирританты  
Г Метеорологические факторы
- 72** ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ТЕСТА С САЛЬБУТАМОЛОМ ПОВТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСВ ИЛИ ЗАПИСЬ СПИРОГРАММЫ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ ПРЕПАРАТА ЧЕРЕЗ
- А 5-10 минут  
Б 15-30 минут  
В 60-90 минут  
Г 100-120 минут
- 73** У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ ВОЗНИКАЮТ ЭПИЗОДЫ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, КОТОРЫЕ КУПИРУЮТСЯ ИНГАЛЯЦИЕЙ САЛЬБУТАМОЛА. НОЧНЫХ ПРОБУЖДЕНИЙ ИЗ-ЗА АСТМЫ НЕТ. ОГРАНИЧЕНИЙ АКТИВНОСТИ НЕТ. КАКОВА СТЕПЕНЬ КОНТРОЛЯ АСТМЫ?
- А Хорошо контролируемая  
Б Частично контролируемая  
В Неконтролируемая  
Г Обострение
- 74** БЕЗУСЛОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Холодный, влажный климат  
Б Острые респираторные вирусные инфекции  
В Контакт с аллергенами  
Г Курение табака

- 75** КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПИРОМЕТРИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ХОБЛ?
- А  $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,9$
  - Б  $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7$
  - В  $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$
  - Г  $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$
- 76** О ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ГОВОРЯТ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА НА ФОНЕ УЛУЧШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕ УДАЕТСЯ ДОСТИЧЬ ПОЛНОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ОЧАГОВО-ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ
- А Через 2 недели от начала заболевания
  - Б Через 4 недели от начала заболевания
  - В Через 2 недели от момента госпитализации
  - Г Через 3 недели от начала заболевания
- 77** НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПРИ АСПИРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ
- А Анаэробные микроорганизмы
  - Б Грам-положительные кокки
  - В Грам-отрицательные бактерии
  - Г Микоплазмы и хламидии
- 78** БРОНХОДИЛАТАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ СТИМУЛЯЦИИ
- А  $\alpha$ -адренергических рецепторов
  - Б  $\beta_2$ -адренергических рецепторов
  - В М-холинорецепторов
  - Г Н-холинорецепторов
- 79** ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ПРИМЕНЕНИИ С КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДОЗУ ТЕОФИЛЛИНА СЛЕДУЕТ СНИЗИТЬ?
- А Рифампицин
  - Б Финлепсин
  - В Кларитромицин
  - Г Амоксициллин
- 80** У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИНГАЛЯЦИЯМИ БЕКЛОМЕТАЗОНА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ 500 МКГ СОХРАНЯЕТСЯ ПОТРЕБНОСТЬ В В2-АГОНИСТАХ КОРОТКОГО

ДЕЙСТВИЯ ДО 2-3 РАЗ В СУТКИ ЕЖЕДНЕВНО,  
СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ПСВ 25%. В ЧЕМ БУДЕТ  
ЗАКЛЮЧАТЬСЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА?

- А Продолжить проводимую базисную терапию без изменений
- Б Добавить ингаляционный  $\beta_2$ -агонист длительного действия
- В Добавить ингаляционный М-холинолитик длительного действия
- Г Увеличить суточную дозу ингаляционных глюкокортикостероидов

**81** ЖЕНЩИНА 48 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА ДИСКОМФОРТ ЗА  
ГРУДИНОЙ ПРИ ХОДЬБЕ, КОТОРЫЙ ИСЧЕЗАЕТ ПРИ  
ОСТАНОВКЕ. ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКАЯ ПРОБА  
ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. ПРИ  
КОРОНАРОВЕНТРИКУЛОГРАФИИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ  
ВЫЯВЛЕНО. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ЖАЛОБ  
ПАЦИЕНТКИ

- А Вазоспастическая стенокардия
- Б Нейро-циркуляторная дистония
- В Порок сердца
- Г Микрососудистая дисфункция

**82** ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА ПРИСТУПОВ ДАВЯЩИХ БОЛЕЙ  
ЗА ГРУДИНОЙ В ПОКОЕ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ  
МЕНЕЕ 15 МИН., КУПИРУЮЩИХСЯ  
НИТРОГЛИЦЕРИНОМ, У ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ БЕЗ  
ПРИЗНАКОВ СТЕНОЗИРОВАНИЯ ПО ДАННЫМ  
КОРОНАРОГРАФИИ

- А Межреберная невралгия
- Б Нейро-циркуляторная дистония
- В Вазоспастическая стенокардия
- Г Алкогольная кардиомиопатия

**83** ОЦЕНИТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ У  
ПАЦИЕНТА, ЕСЛИ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ  
ВОЗНИКАЮТ ПРИ УСКОРЕННОЙ ХОДЬБЕ, ПОДЪЕМЕ В  
ЛЕСТНИЦУ ВЫШЕ 2-ГО ЭТАЖА

- А Функциональный класс I
- Б Функциональный класс II
- В Функциональный класс III
- Г Функциональный класс IV

**84** У КОГО В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 40 ЛЕТ СЛЕДУЕТ  
ОЦЕНИВАТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ  
SCORE?

- А У пациентов с АГ  $\geq 180/110$  мм рт.ст.  
Б У пациентов с сахарным диабетом  
В У пациентов с хронической болезнью почек  
Г У лиц без документированного сердечно-сосудистого заболевания
- 85** ОЦЕНИТЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ АБСОЛЮТНЫЙ 10-ЛЕТНИЙ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИНЫ 43 ЛЕТ, НЕКУРЯЩЕЙ С АД=182/110 ММ РТ. СТ.
- А Низкий ( $<1\%$ )  
Б Умеренный ( $\geq 1\%$  и  $<5\%$ )  
В Высокий ( $\geq 5\%$  и  $<10\%$ )  
Г Очень высокий ( $\geq 10\%$ )
- 86** ОЦЕНИТЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ АБСОЛЮТНЫЙ 10-ЛЕТНИЙ РИСК СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИНЫ 40 ЛЕТ С АД=156/96 ММ РТ. СТ. И СКФ=45 МЛ/МИН/1,73 М<sup>2</sup>)
- А Низкий ( $<1\%$ )  
Б Умеренный ( $\geq 1\%$  и  $<5\%$ )  
В Высокий ( $\geq 5\%$  и  $<10\%$ )  
Г Очень высокий ( $\geq 10\%$ )
- 87** ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ 50 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ
- А  $<1,8$  ммоль/л  
Б  $<2,6$  ммоль/л  
В  $<3$  ммоль/л  
Г  $<4$  ммоль/л
- 88** ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТА 50 ЛЕТ С РИСКОМ ПО SCORE=3%
- А  $<1,8$  ммоль/л  
Б  $<2,6$  ммоль/л  
В  $<3$  ммоль/л  
Г  $<4$  ммоль/л
- 89** МУЖЧИНА, 50 ЛЕТ, БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА, НЕКУРЯЩИЙ; ИМТ 27,5 КГ/М<sup>2</sup>, АД 180/120 ММ РТ. СТ.; ХОЛЕСТЕРИН=6,5 ММОЛЬ/Л, ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП=4,2 ММОЛЬ/Л. ВЫБЕРИТЕ ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ?

- А Эзетимиб  
Б Симвастатин  
В Фенофибрат  
Г Аторвастатин
- 90** ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОТМЕНЫ СТАТИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ:  
А Повышение АЛТ в сыворотке крови > 2-х верхних границ нормы  
Б Повышение АЛТ в сыворотке крови > 3-х верхних границ нормы  
В Повышение АСТ  
Г Повышение КФК
- 91** КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТУ, ПРИНИМАЮЩЕМУ НИТРАТЫ?  
А Антагонисты кальция  
Б Ингибиторы АПФ  
В Ингибиторы фосфодиэстеразы  
Г Диуретики
- 92** ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА  
А Значительное возрастание потребности миокарда в кислороде  
Б Спазм коронарной артерии  
В Разрыв атеросклеротической бляшки и тромбоз коронарной артерии  
Г Расслаивание коронарной артерии
- 93** ТАКТИКА ТЕРАПЕВТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОКС  
А Повторное активное посещение больного  
Б Направить больного на консультацию к кардиологу  
В Назначить ЭКГ-обследование  
Г Неотложная или экстренная госпитализация
- 94** СЛЕДУЮЩЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ ДЕЗАГРЕГАНТОВ СООТВЕТСТВУЕТ СОВРЕМЕННЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ  
А Клопидогрел  
Б Аспирин+клопидогрел  
В Аспирин+гепарин  
Г Тикагрелол
- 95** БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СЛЕДУЕТ

НАЗНАЧИТЬ В КАЧЕСТВЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ  
ТЕРАПИИ

- А Ивабрадин
- Б Бисопролол
- В Верапамил
- Г Небивалол

**96** ПРЕПАРАТЫ, НЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ У  
ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ

- А Нитраты
- Б Аспирин
- В Бета-адреноблокаторы
- Г Ингибиторы АПФ

**97** НЕ ВЛИЯЮТ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT  
СЛЕДУЮЩИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

- А Этацизин
- Б Новокаинамид
- В Метопролол
- Г Амiodарон

**98** ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ  
НОВОКАИНАМИДА

- А Фибрилляция предсердий у больного с сердечной недостаточностью
- Б Фибрилляция предсердий при синдроме Вольф-Паркинсон-Уайта
- В Мономорфная желудочковая тахикардия
- Г Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

**99** НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПОКАЗАНЫ ВСЕМ  
ПАЦИЕНТАМ, КРОМЕ

- А Больные с постоянной формой фибрилляции предсердий
- Б Больные с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий
- В Больные с персистирующей формой фибрилляции предсердий
- Г Больные моложе 60 лет без сердечно-сосудистых заболеваний

**100** ОСНОВНОЙ ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХСН ПРИ АГ

- А Акцент 2 тона над аортой
- Б Длительный анамнез заболевания
- В Гипертрофия левого желудочка
- Г Исходный уровень АД

**101** ДЛЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНА

- А Одышка  
Б Дилатация левого желудочка  
В Влажные хрипы в легких  
Г Фракция выброса >45-50%
- 102** ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ
- А Одышка в покое и при нагрузке  
Б Одышка при повышенной нагрузке  
В Одышка в покое  
Г Одышка при обычной ходьбе
- 103** У ПАЦИЕНТА 48 ЛЕТ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНО АД 160/100 ММ РТ. СТ., ПУЛЬС 76 В 1 МИН., РИТМИЧНЫЙ, АКЦЕНТ II ТОНА НА АОРТЕ, НА ЭКГ – ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА И ЭЛЕКТРОЛИТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ. КАКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТОГО ПАЦИЕНТА ВЕРНО?
- А Необходимо дообследование для выяснения причины артериальной гипертензии  
Б У пациента гипертоническая болезнь  
В У пациента нейро-циркуляторная дистония  
Г Показано немедикаментозное лечение
- 104** ПАЦИЕНТ, ПОСТУПИВШИЙ ПО СКОРОЙ ПОМОЩИ, ЖАЛУЕТСЯ НА СИЛЬНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. АД 220/140 ММ РТ. СТ. В АНАМНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ТЕЧЕНИЕ МНОГИХ ЛЕТ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ВЫЯВЛЕН ОТЕК ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА. В АНАЛИЗЕ МОЧИ – МИКРОГЕМАТУРИЯ. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА
- А Гипертоническая болезнь  
Б Мочекаменная болезнь  
В Обструкция почечных артерий  
Г Стеноз сонных артерий
- 105** НЕ ПРЕДОТВРАЩАЮТ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- А Блокаторы рецепторов ангиотензина  
Б Ингибиторы АПФ  
В Блокаторы кальциевых каналов

- Г Бета-адреноблокаторы
- 106** ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ 55 ЛЕТ С ПРИЗНАКАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОВЫШЕНИЕМ АД ДО 160/100 ММ РТ. СТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ БУДЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СО СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ:
- А Комбинация диуретика с бета-адреноблокатором  
Б Комбинация ингибитора АПФ с антагонистом кальция  
В Комбинация ингибитора АПФ с блокатором рецепторов ангиотензина  
Г Комбинация моксонидина с диуретиком
- 107** У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ АД 150/90 ММ РТ. СТ. ВЫБОР КАКОГО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ С ПОЗИЦИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ?
- А Моксонидин  
Б Ингибитор АПФ  
В Блокатор рецепторов ангиотензина  
Г Тиазидоподобный диуретик
- 108** ПРИЧИНА СИНКОПАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
- А Диастолическая дисфункция левого желудочка  
Б Систолическая дисфункция левого желудочка  
В Повышение АД  
Г Полная атрио-вентрикулярная блокада
- 109** НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СТЕНОЗА
- А Инфекционный эндокардит  
Б Ревматическая лихорадка  
В Врожденный порок  
Г Кальцинирующий митральный порок
- 110** НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО 20 ЛЕТ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА АОРТЕ И СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ ИСКЛЮЧАЕТ
- А Пропалс аортального и митрального клапанов  
Б Ревматическую лихорадку  
В Инфекционный эндокардит  
Г Кальцинирующий аортальный стеноз (порок Менкеберга)

- 111** К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕ ОТНОСЯТСЯ
- А Хорея
  - Б Кардит
  - В Полиартрит
  - Г Признаки митральной или аортальной регургитации при эхокардиографии
- 112** ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО (ИДИОПАТИЧЕСКОГО) ОСТЕОАРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СУСТАВОВ
- А Дистальных межфаланговых
  - Б Плечевых
  - В Коленных
  - Г Тазобедренных
- 113** ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ В СПИНЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА УСТАНОВЛИВАЮТ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ
- А Усиление болей в пояснице после упражнений
  - Б Уменьшение болей в пояснице после упражнений
  - В Утренняя скованность
  - Г Пробуждение во вторую половину ночи вследствие болей в спине
- 114** НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
- А Сужение суставных щелей
  - Б Эрозии проксимальных и дистальных межфаланговых суставов
  - В Околосуставной остеопороз
  - Г Эрозии пясто- и плюсне-фаланговых суставов
- 115** ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
- А Тазобедренных суставов
  - Б Дугоотростчатых межпозвонковых суставов
  - В Крестцово-подвздошных суставов
  - Г Голеностопных суставов
- 116** ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА >10Г/Л ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О
- А Высоком риске сердечно-сосудистых осложнений, связанных с

- атеросклерозом
- Б Сопутствующей инфекции
- В Люпус-нефрите
- Г Поражении центральной нервной системы
- 117** НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
- А Склеродермия
- Б Полимиозит
- В Дерматомиозит
- Г Полимиалгия
- 118** ЖЕНЩИНА 70 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ БОЛИ И СКОВАННОСТЬ В ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВАХ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ МЫШЦ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА. СОЭ 50 ММ/ЧАС. КРЕАТИНФОСФОКИНАЗА В НОРМЕ. СУЩЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НЕ ВЫЯВЛЕНО. ИМЕЮТСЯ УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
- А Ревматическая полимиалгия
- Б Остеоартрит
- В Ревматоидный артрит
- Г Полимиозит
- 119** НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ОКАЗЫВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
- А Повышают уровень АД
- Б Вызывают НПВП-гастропатию
- В Повышают риск атеротромбоза
- Г Повышают риск колоректального рака
- 120** ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ
- А Периндоприл
- Б Лозартан
- В Гидрохлортиазид
- Г Торасемид
- 121** ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Наличие болей в эпигастральной области после еды и симптомов постпрандиальной диспепсии, а так-же выявление воспалительных изменений при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка

- Б Наличие тяжести и/или дискомфорта в эпигастральной области или болей в эпигастрии низкой интенсивности, возникающих после еды и беспокоящих больного несколько раз в неделю
- В Наличие болей как минимум средней интенсивности в эпигастральной области после еды и симптомов постпрандиальной диспепсии, беспокоящих больного несколько раз в неделю
- Г Выявление воспалительных изменений при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка
- 122 НАЛИЧИЕ В КРОВИ ТОЛЬКО ANTI-HBS АНТИТЕЛ КЛАССА IgG СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**
- А Заболевании острым вирусным гепатитом В
- Б Проведенной вакцинации против гепатита В
- В Перенесенном в прошлом остром вирусном гепатите В
- Г Хроническом вирусном гепатите В в фазе репликации
- 123 ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЕЙ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ**
- А Функциональной недостаточности гепатоцитов
- Б Цитолиза гепатоцитов
- В Холестаза
- Г Воспалительного процесса в печени
- 124 ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ**
- А Ожирение, сахарный диабет, возраст старше 65 лет, употребление алкоголя в малых (негепатотоксических) дозах
- Б Ожирение, сахарный диабет, гиперхолестеринемия
- В Женский пол, ожирение, сахарный диабет, инфицирование гепатотропными вирусами
- Г Ожирение, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, приём потенциально гепатотоксичных препаратов
- 125 КОМПЛЕКС КИШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ, ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОЕ ПЕРЕВАРИВАНИЕ И ВСАСЫВАНИЕ ПИЩЕВЫХ ВЕЩЕСТВ НАЗЫВАЕТСЯ:**
- А Дистрофия
- Б Мальдигестия
- В мальабсорбция
- Г Малассимиляция

- 126** ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Повышением уровня  $\alpha$ -амилазы в крови
  - Б Снижением панкреатической эластазы кала
  - В Повышением уровня глюкозы в крови
  - Г Повышением уровня амилазы (диастазы) в моче
- 127** ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
- А Злокачественной опухоли в тонком кишечнике
  - Б Злокачественной опухоли в толстом кишечнике
  - В Воспалительном заболевании кишечника
  - Г Синдроме раздражённой кишки
- 128** СРЕДСТВОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
- А Цитостатические иммунодепрессанты
  - Б Гепатопротекторы и желчегонные препараты
  - В Нестероидные противовоспалительные препараты
  - Г Глюкокортикостероиды
- 129** КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- А Непосредственно сразу после завершения эрадикационной терапии
  - Б Через 4-8 недель после завершения лечения
  - В Через 3 месяца после завершения эрадикационной терапии
  - Г В любое удобное для пациента время, но не ранее 4 недель после завершения лечения
- 130** СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНА ПРИ
- А Компенсированном циррозе печени
  - Б Суб- и декомпенсированном циррозе
  - В Циррозе печени с высокой активностью цитоллиза гепатоцитов, вне зависимости от степени компенсации
  - Г Циррозе печени, сопровождающемся выраженным холестаазом, вне зависимости от степени компенсации
- 131** В ЛЕЧЕНИИ ЩЕЛОЧНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ ПОМИМО ИНГИБИТОРОВ ПРОТОНОВОЙ ПОМПЫ И ПРОКИНЕТИКОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
- А Спазмолитики и полиферментные препараты на основе панкреатина

- Б Желчегонные средства разных групп и спазмолитики
- В Желчегонные средства разных групп и аналгетики
- Г Сорбенты и препараты урсодезоксихолевой кислоты

**132** ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ КРОНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А Антибиотики резерва
- Б Глюкокортикостероиды
- В Высокие дозы полиферментных препаратов и спазмолитики
- Г Препараты сульфосалазина

**133** ОСНОВУ СОМАТОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ФОРМЕ СИНДРОМА ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ СОСТАВЛЯЮТ

- А Трициклические антидепрессанты
- Б Прокинетики и спазмолитики
- В Ингибиторы протоновой помпы
- Г Антидепрессанты других групп

**134** ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ФИТОСБОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ФАЗЕ

- А Ремиссии
- Б Обострения
- В Стихающего обострения
- Г Обострения и ремиссии

**135** СО ВРЕМЕНЕМ У БОЛЬНЫХ С КАРТИНОЙ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- А Мезангиокапиллярный нефрит
- Б Мембранозный нефрит
- В Фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС)
- Г Формирование полулуний

**136** КАКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОЮ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА?

- А Снижение относительной плотности мочи
- Б Величина протеинурии
- В Гипертрофия левого желудочка
- Г Наличие стойкой артериальной гипертензии

**137** У 45 – ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ОБНАРУЖЕНЫ ГИПЕРТРОФИЯ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ,

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА, ПРОТЕИНУРИЯ 2,5Г/Л, ГЕМАТУРИЯ (50-60 ЭРИТРОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ). УРОВЕНЬ IGA В КРОВИ ПОВЫШЕН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- А Волчаночный нефрит
- Б Болезнь Берже
- В Гломерулонефрит алкогольной этиологии
- Г Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите

**138** КАКОЙ МИКРООРГАНИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВНЕБОЛЬНИЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А Кишечная палочка
- Б Пневмоциста
- В Микобактерии
- Г Уреоплазма

**139** КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕЖЕ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ПИЕЛОНЕФРИТА?

- А Простатит
- Б Сахарный диабет
- В Прием гормональных контрацептивов
- Г Ревматоидный артрит

**140** КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

- А Поликистоз почек
- Б Гломерулонефрит
- В Волчаночный нефрит
- Г Диабетическая нефропатия

**141** СОЧЕТАНИЕ КАКИХ СИНДРОМОВ СООТВЕТСТВУЕТ ПОНЯТИЮ СМЕШЕННОГО НЕФРИТА?

- А Нефритический синдром + почечная недостаточность
- Б Нефротический синдром + артериальная гипертензия
- В Мочевой синдром + артериальная гипертензия
- Г Почечная недостаточность + артериальная гипертензия

**142** У 23-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, 4 ГОДА СТРАДАЮЩЕГО ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ ТАЗА, ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, АСЦИТ, ГИДРОТОРАКС. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНЫ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. В КРОВИ ТРОМБОЦИТОЗ 868000, РЕЗКО ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ

- А Вторичный амилоидоз с поражением почек
- Б Постинфекционный гломерулонефрит
- В Гепаторенальный синдром
- Г Декомпенсированный цирроз печени

**143** КАКИЕ ПРИЗНАКИ ОТЛИЧАЮТ ПОЧЕЧНУЮ ЭКЛАМПСИЮ ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА?

- А Отсутствие судорожного синдрома
- Б Наличие судорожного синдрома
- В Сильные головные боли
- Г Ухудшение зрения

**144** УКАЖИТЕ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А Олигурия
- Б Острое начало
- В Уменьшенные размеры почек
- Г Гиперкалиемия

**145** УКАЖИТЕ РАННИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХПН)

- А Гиперкальциемия
- Б Никтурия
- В Метаболический ацидоз
- Г Уменьшение размеров почек

**146** УКАЖИТЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАЗНАЧЕНИЕ СТЕРОИДОВ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО

- А Активный волчаночный нефрит
- Б Нефрит с минимальными изменениями
- В Истинная склеродермическая почка
- Г Поражение почек при гранулематозе Вегенера

**147** КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА?

- А Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б Пероральный прием глюкокортикоидов
- В Назначение цитостатиков
- Г Назначение антибактериальных препаратов

**148** УКАЖИТЕ АДЕКВАТНУЮ ДОЗУ ПРЕДНИЗОЛОНА НА 1 КГ ВЕСА БОЛЬНОГО, КОТОРАЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХГН НЕФРОТИЧЕСКОГО ТИПА

- А 0,3 - 0,4 мг

- Б 0,5 - 0,6 мг
- В 0,7 - 0,8 мг
- Г 1 мг

**149** УКАЖИТЕ ГЛАВНУЮ ПРИЧИНУ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

- А Острая бактериальная пневмония
- Б Острый вирусный гепатит
- В Сердечно-сосудистые заболевания
- Г Диализный амилоидоз

**150** УКАЖИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ КАПТОПРИЛА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ СТАДИИ ХПН

- А Объем-натрий зависимая гипертензия
- Б Гипокалиемия
- В Гиперкалиемия
- Г Ренин-зависимая гипертензия

**151** У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ХАРАКТЕРНЫМИ АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А Усиление бронхофонии
- Б Влажные мелкопузырчатые хрипы
- В Бронхиальное дыхание
- Г Сухие свистящие хрипы

**152** РЕЗУЛЬТАТ БРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ТЕСТА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ОФВ1 ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ ПРЕПАРАТА НА

- А Не менее 5% и 100 мл
- Б Не менее 8%
- В Не менее 12% и 200 мл
- Г Любую величину

**153** У БОЛЬНОГО АСТМОЙ НОЧНЫЕ СИМПТОМЫ ВОЗНИКАЮТ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ, ДНЕВНЫЕ СИМПТОМЫ 4-5 РАЗ В НЕДЕЛЮ, КУПИРУЮТСЯ ИНГАЛЯЦИЯМИ БЕРОДУАЛА. КАКОВА СТЕПЕНЬ КОНТРОЛЯ АСТМЫ?

- А Хорошо контролируемая
- Б Частично контролируемая
- В Неконтролируемая
- Г Обострение

**154** КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

**ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ?**

- А Гемофильная палочка
- Б Золотистый стафилококк
- В Синегнойная палочка
- Г Клебсиелла

**155 КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А Количество лейкоцитов периферической крови более 9,0 Г/л
- Б Температура тела пациента выше 38,0°
- В Число дыхательных движений более 30 в минуту
- Г Скорость оседания эритроцитов более 40 мм/час

**156 ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ, ЕСЛИ ОНА РАЗВИВАЕТСЯ**

- А Через 5 и более суток после госпитализации
- Б Независимо от сроков пребывания пациента в стационаре
- В Через 24 и более часов после госпитализации
- Г Через 48 и более часов после госпитализации

**157 ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А Циррозе печени
- Б Застойной сердечной недостаточности
- В Туберкулезе
- Г Тяжелом гипотиреозе

**158 ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ МЕСТНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А Острый средний отит
- Б Стрептококковый тонзиллофарингит
- В Вазомоторный ринит
- Г Кандидоз полости рта

**159 СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЕДИНЫМ ИНГАЛЯТОРОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО**

- А Формотерол и будесонид
- Б Сальметерол и флутиказона пропионат
- В Фенотерол и ипратропия бромид
- Г Сальбутамол и кромогликат натрия

- 160** К  $\beta_2$ -АГОНИСТАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- А Ипратропия бромид
  - Б Тербуталин
  - В Сальбутамол
  - Г Вилантерол
- 161** К М-ХОЛИНОЛИТИКАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- А Формотерол
  - Б Ипратропия бромид
  - В Тиотропия бромид
  - Г Индакатерол
- 162** БОЛЬНОЙ ХОБЛ ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, КАШЕЛЬ СО СЛИЗИСТОЙ МОКРОТОЙ. ПО ОПРОСНИКУ САТ 24 БАЛЛА. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ПЕРЕНЕС ОДНО ОБОСТРЕНИЕ, КОТОРОЕ ПОТРЕБОВАЛО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВЫБРАТЬ ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ?
- А Умеклидиниум/вилантерол
  - Б Формотерол/будесонид
  - В Фенотерол/ипратропия бромид
  - Г Сальбутамол/кромогликат натрия
- 163** ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ У ПАЦИЕНТА С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ, ОФВ1 40% ОТ ДОЛЖНОГО СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- А Цефазолин
  - Б Кларитромицин
  - В Клиндамицин
  - Г Амоксициллин/клавуланат
- 164** АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Сатурация  $O_2 \leq 88\%$  в покое
  - Б Сатурация  $O_2 \leq 94\%$  в покое
  - В Одышка 3 степени по шкале MRC
  - Г Обострения чаще 2 раз в течение года
- 165** ПРИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА 30 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НЕ ПОЛУЧАВШЕГО В ТЕЧЕНИЕ

ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ 3 МЕСЯЦЕВ АНТИБИОТИКИ  
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А Линкомицин
- Б Амоксициллин
- В Ципрофлоксацин
- Г Эритромицин

**166** ПРИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У  
ПАЦИЕНТА 65 ЛЕТ НА ФОНЕ ХОБЛ ПРЕПАРАТОМ  
ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А Доксициклин
- Б Азитромицин
- В Цефазолин
- Г Амоксициллин/клавуланат

**167** КАКУЮ КОМБИНАЦИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ  
ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ  
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ?

- А Цефтриаксон в/в + гентамицин в/м
- Б Цефазолин в/м + кларитромицин внутрь
- В Цефотаксим в/в + азитромицин в/в
- Г Ампициллин в/м + ципрофлоксацин в/в

**168** ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ  
МЕТИЦИЛЛИН-РЕЗИСТЕНТНЫМ СТАФИЛОКОККОМ,  
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А Оксациллин
- Б Линезолид
- В Цефтазидим
- Г Амоксициллин/клавуланат

**169** ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЗДНЕЙ  
НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ  
НАЗНАЧЕН

- А Меропенем
- Б Цефтриаксон
- В Азитромицин
- Г Клиндамицин

**170** КОГДА НЕОБХОДИМА СМЕНА ПРЕПАРАТА ПРИ  
ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ  
ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ?

- А Через 48-72 ч от начала лечения
- Б Через 5-7 суток от начала лечения
- В Через 8-10 суток от начала лечения

- Г После полного курса лечения данным препаратом
- 171** УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА A1C, ВЫБРАННЫЙ ВОЗ В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА
- А 7,0%  
Б 6,0%  
В 5,5%  
Г 6,5%
- 172** ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА
- А глюкоза плазмы натощак  $>6,7$  ммоль/л  
Б глюкоза капиллярной крови натощак  $>6,7$  ммоль/л  
В глюкоза плазмы натощак  $\geq 7,0$  ммоль/л  
Г глюкоза плазмы натощак  $>8,0$  ммоль/л
- 173** ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ ПРОВОДИТСЯ
- А при гликемии капиллярной крови натощак  $> 5,5$ , но  $\leq 6,7$  ммоль/л  
Б при гликемии капиллярной крови натощак  $>5,5$ , но  $< 6,1$  ммоль/л  
В при гликемии капиллярной крови натощак  $> 6,1$  ммоль/л  
Г при гликемии капиллярной крови натощак  $> 7,0$  ммоль/л
- 174** РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, КОТОРЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАРУШЕННОМ ТЕСТЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ
- А натощак  $>5,0$ , после проведения теста -  $7,5$  ммоль/л  
Б натощак  $>5,5$ , после проведения теста  $<11,1$  ммоль/л  
В натощак  $>5,5$ , после проведения теста -  $7,5$  ммоль/л  
Г натощак  $<6,1$ , после проведения  $\geq 7,8$ ,  $< 11,1$  ммоль/л
- 175** ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
- А аутоиммунном тиреоидите  
Б синдроме Клайнфельтера  
В Инфекции  
Г артериальной гипотонии
- 176** НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ
- А определение гликемии натощак  
Б определение фруктозамина  
В определение глюкозы в моче

- Г исследование содержания глюкозы в ушной сере
- 177** УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ
- А значительно повышен при панкреатогенном сахарном диабете  
Б значительно снижен при сахарном диабете 2 типа  
В снижен при гестационном сахарном диабете  
Г снижен при сахарном диабете 1 типа
- 178** АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А хронический пиелонефрит  
Б кетоацидоз, диабетическая кома  
В ишемическая болезнь сердца  
Г отсутствие эффекта от диетотерапии
- 179** АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ
- А Гипергликемия  
Б Гипогликемия  
В появление на месте введения инсулина гиперемии, уплотнения  
Г гиперхолестеринемия
- 180** ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОВ
- А сахарный диабет 2 типа  
Б нарушенная толерантность к глюкозе  
В сахарный диабет 1 типа  
Г абдоминальное ожирение
- 181** ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА
- А глюкоза капиллярной крови через 2 часа после нагрузки 75 гр. глюкозы  $\geq 11,1$  ммоль/л  
Б глюкоза капиллярной крови натощак  $> 7,0$  ммоль/л  
В глюкоза плазмы натощак  $\geq 5,1$  ммоль/л  
Г глюкоза плазмы натощак  $\geq 7,0$  ммоль/л
- 182** ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
- А снижение содержания свободных жирных кислот  
Б повышение уровня общего холестерина  
В повышение уровня липопротеидов низкой плотности  
Г повышение уровня триглицеридов

- 183**    **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ  
МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ**
- А    цирроз печени
  - Б    жировую инфильтрацию печени
  - В    хронический гепатит
  - Г    первичный рак печени
- 184**    **АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ  
ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ**
- А    Почек
  - Б    Коронарных
  - В    Селезенки
  - Г    нижних конечностей
- 185**    **ДОЛГОСРОЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО  
ДИАБЕТА ОТРАЖАЕТ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО**
- А    уровень гликозилированного гемоглобина
  - Б    уровень глюкозы натощак
  - В    уровень глюкозы через 2 часа после еды
  - Г    суточный гликемический профиль в 6-8 точках
- 186**    **НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ  
АВТОНОМНОЙ КАРДИОПАТИИ**
- А    ортостатическая гипотензия
  - Б    безболевого ишемия миокарда
  - В    фиксированный сердечный ритм
  - Г    постоянная тахикардия
- 187**    **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА**
- А    УЗИ щитовидной железы
  - Б    компьютерная томография
  - В    радиоизотопная сцинтиграфия
  - Г    пункционная биопсия под контролем УЗИ
- 188**    **ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО**
- А    снижение ЛПНП
  - Б    повышение ЛПВП
  - В    повышение уровня холестерина и триглицеридов
  - Г    снижение уровня постпрандиальных триглицеридов
- 189**    **ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ИНСУЛИН СЛЕДУЕТ  
РЕКОМЕНДОВАТЬ**
- А    увеличение дозы инсулина

- Б антигистаминную и кортикостероидную терапию  
В уменьшение дозы инсулина  
Г пероральную сахароснижающую терапию
- 190** К РАЗВИТИЮ ГИПОГЛИКЕМИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ  
А повышение физической активности  
Б Курение  
В злоупотребление жирной пищей  
Г Гиподинамия
- 191** ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ УСТРАНЯЮТСЯ  
А применением  $\beta$ -блокаторов  
Б употреблением алкоголя  
В внутривенным вливанием глюкозы  
Г введением инсулина
- 192** К УМЕНЬШЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРИВОДИТ  
А назначение комбинированной терапии производными сульфаниламочевины и метформинном  
Б назначение инсулинотерапии при гликемии выше 13,0 ммоль/л  
В назначение комбинированной терапии инсулином и пероральным сахароснижающим препаратом  
Г безотлагательный перевод всех пациентов на инсулинотерапию
- 193** ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЕТ  
А в/в струйное введение 40% глюкозы в количестве 20-100мл  
Б прием легкоусвояемых углеводов в количестве 1-2 ХЕ  
В в/в капельное введение 5% раствора глюкозы  
Г п/к введение 1 мл глюкагона
- 194** ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЮТСЯ  
А ингибиторы АПФ  
Б  $\beta$ -блокаторы  
В Диуретики  
Г сердечные гликозиды
- 195** ПРЕПАРАТАМИ, МАСКИРУЮЩИМИ ГИПОГЛИКЕМИЮ, ЯВЛЯЮТСЯ  
А Нифедипин  
Б Периндоприл

- В Индопамид  
Г Бисопролол
- 196** ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ В-БЛОКАТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А сочетание артериальной гипертензии с застойной сердечной недостаточностью  
Б сочетание артериальной гипертензии с заболеваниями периферических артерий  
В трансмуральный инфаркт миокарда в анамнезе  
Г сочетание артериальной гипертензии с обструктивными заболеваниями бронхов
- 197** У БОЛЬНОГО С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ БЕЗ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛ НАЗНАЧАЮТ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ
- А 2,5 мг  
Б 5 мг  
В 10 мг  
Г 20 мг
- 198** ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- А тест-полоски для определения глюкозы в крови  
Б определение гликемии только натощак  
В исследование гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой  
Г определение гликозилированного гемоглобина
- 199** САМОКОНТРОЛЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ
- А анализ мочи общий  
Б определение билирубина  
В определение холестерина  
Г определение гликемии, глюкозурии, кетонурии
- 200** ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА РЕКОМЕНДУЮТСЯ
- А Витамины  
Б Глюкокортикоиды  
В препараты йода  
Г Анаболики
- 201** НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А Полименорея
  - Б Злокачественная опухоль желудка
  - В Опухоль толстого кишечника
  - Г Недостаток железа в пище
- 202** НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИНОЙ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ
- А Метроррагии различного генеза
  - Б Рецидивирующие носовые кровотечения
  - В Рецидивирующие десневые кровотечения
  - Г Опухоли желудочно-кишечного тракта
- 203** ПРИ РАЗВИТИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
- А Снижается содержание железа в сыворотке крови и повышается насыщение трансферрина железом
  - Б Снижается концентрация сывороточного ферритина и повышается железосвязывающая способность сыворотки
  - В Снижается концентрация сывороточного ферритина и снижается латентная железосвязывающая способность сыворотки
  - Г Снижается уровень гемоглобина в крови и увеличивается средний объём эритроцитов (MCV) и среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)
- 204** САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Аплазия костного мозга
  - Б Дефицит витамина B<sub>12</sub>
  - В Дефицит железа
  - Г Хронические заболевания, сопровождающиеся анемическим синдромом
- 205** ОСНОВНЫМ ПЛАЦДАРМОМ ВСАСЫВАНИЯ ЖЕЛЕЗА В КИШЕЧНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Подвздошная кишка
  - Б Двенадцатиперстная кишка
  - В Толстый кишечник
  - Г Тонкий кишечник на всём протяжении
- 206** ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ
- А Замещение красного костного мозга стромальными элементами кости вследствие активации остеобластов
  - Б Снижение продолжительности жизни эритроцитов вследствие

- опухолевой интоксикации
- В Снижение продолжительности жизни эритроцитов вследствие аутоиммунных гемолитических реакций
- Г Конкурентное подавление эритроидного ростка опухолевым клоном
- 207** НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ РЕТИКУЛОЦИТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- А Гемолитических анемиях
- Б Железодефицитных анемиях
- В Анемиях, обусловленных хроническими заболеваниями
- Г Витамин В<sub>12</sub>-дефицитных анемиях
- 208** НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ РЕТИКУЛОЦИТАРНЫЙ КРИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
- А Анемий, обусловленных хроническими заболеваниями
- Б Железодефицитной анемии
- В В<sub>12</sub>-дефицитной анемии
- Г Апластических анемий
- 209** «ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- А Нелейкемических гемобластозах
- Б Хронических лейкозах в развёрнутой стадии
- В Апластических анемиях
- Г Острых лейкозах
- 210** МЕГАЛОБЛАСТИЧЕСКИЙ ТИП ГЕМОПОЭЗА И ТРЁХРОСТКОВОЕ ПОДАВЛЕНИЕ ГЕМОПОЭЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- А Острых лейкозах на ранних стадиях
- Б В<sub>12</sub>-дефицитной анемии
- В Хронических лейкозах в развёрнутой стадии
- Г Аплазиях костного мозга
- 211** ПАНЦИТОПЕНИЯ И ОЧЕНЬ НИЗКИЙ УРОВЕНЬ РЕТИКУЛОЦИТОВ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ
- А Апластических анемиях
- Б Железодефицитных анемиях
- В Анемиях, обусловленных хроническими заболеваниями
- Г Витамин В<sub>12</sub>-дефицитных анемиях
- 212** ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
- А Высокий уровень иммуноглобулина в крови, анемия с уровнем гемоглобина ниже 100 г/л, наличие остеолитических очагов в

- костях или остеопороз или патологические переломы
- Наличие более 10 % плазматических клеток в миелограмме, гиперкальциемия (уровень Са в крови выше 2,65 ммоль/л), почечная недостаточность (креатинин крови выше 177 мкмоль/л)
- Б
- Наличие более 10 % анаплазированных плазматических клеток в миелограмме и выявление моноклонального патологического иммуноглобулина в сыворотке крови
- В
- Гиперкальциемия (уровень Са в крови выше 2,65 ммоль/л), почечная недостаточность (креатинин крови выше 177 мкмоль/л), анемия с уровнем гемоглобина ниже 100 г/л, наличие остеолитических очагов в костях или остеопороз или патологические переломы
- Г

**213** ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А Наличие разрастаний опухолевых бластов (лейкемидов) в различных органах и тканях
- Б Панцитопения в периферической крови с отсутствием юных форм клеток периферической крови
- В Наличие «лейкемического провала» в формуле «белой крови»
- Г Наличие не менее 20 % анаплазированных бластов в миелограмме

**214** БИОДОСТУПНОСТЬ КАКОЙ ФОРМЫ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕ ЗАВИСИТ ОТ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ВСАСЫВАНИЯ ЖЕЛЕЗА

- А Железа (III)-полимальтозные комплексы
- Б Комплексные препараты, содержащие сульфат железа и поливитамины
- В Комплексные препараты, содержащие глюконат железа и микроэлементы (медь и марганец)
- Г Комплексные препараты, содержащие поливитамины и микроэлементы (медь, марганец)

**215** ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА, СВЯЗАННОГО С ПЕРЕНЕСЕННОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ 2/3 ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ II

- А Железа (III)-полимальтозные комплексы
- Б Комплексные препараты, содержащие сульфат железа и поливитамины
- В Комплексные препараты, содержащие глюконат железа и микроэлементы (медь и марганец)

- Г Комплексные препараты, содержащие соли двухвалентного железа, поливитамины и микроэлементы (медь, марганец)
- 216** КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СЛЕДУЕТ МОНИТОРИРОВАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕПАРИНОТЕРАПИИ
- А Длительность кровотечения  
Б Время свёртывания  
В Концентрацию фибриногена в плазме  
Г Наличие продуктов деградации фибрина в плазме
- 217** С НАСЛЕДСТВЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ КАКОГО ФАКТОРА СВЁРТЫВАНИЯ КРОВИ СВЯЗАНА ГЕМОФИЛИЯ А
- А XII фактора  
Б IX фактора  
В Фактора Виллебранда  
Г VIII фактора
- 218** ВЫБЕРИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНУЮ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ С ТЯЖЁЛОЙ МАЛЬАБСОРБЦИЕЙ
- А Комплексные препараты, содержащие сульфат железа и поливитамины  
Б Железа (III)-полимальтозные комплексы для перорального применения в форме сиропа или капель  
В Железа (III)-полимальтозные комплексы для парентерального применения  
Г Комплексные препараты, содержащие глюконат железа, поливитамины и микроэлементы (медь, марганец)
- 219** У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ, ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ СЛЕДУЕТ
- А Продолжить приём препаратов железа в половинной дозе в течении 4-6 недель  
Б Продолжить приём препаратов железа в половинной дозе на протяжении не менее 8 недель  
В Продолжить приём препаратов железа в полной дозе на протяжении не менее 8 недель  
Г Отменить фармакологические препараты железа и продолжить диету, обогащённую продуктами с высоким содержанием двухвалентного и, особенно, гемового железа и поливитаминами
- 220** У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ВИАМИН В<sub>12</sub>-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ, ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ПРИЧИНЫ

ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА В<sub>12</sub> И НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ СЛЕДУЕТ

- А Продолжить введение цианокобаламина по 500 мкг внутримышечно еженедельно в течении полугода
- Б Продолжить введение цианокобаламина по 500 мкг внутримышечно еженедельно в течении 2 месяцев
- В Продолжить введение цианокобаламина по 500 мкг внутримышечно 2 раза в месяц в течении 2 месяцев
- Г Продолжить введение цианокобаламина по 500 мкг внутримышечно 2 раза в месяц в течении 6 месяцев