

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №5

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методического совета

«28» августа 2020 г. Протокол. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к рабочей программе дисциплины модуля «**Дифференциальная диагностика
в клинике внутренних болезней**» - основной профессиональной образовательной
программы – программы ординатуры по специальности **31.08.48 Скорая
медицинская помощь**

**Рассмотрено и одобрено на заседании
Цикловой учебно-методической комиссии
от 28 августа 2020 г. (протокол № 1)**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 03 июля 2020 г. (протокол № 21)**



г. Владикавказ 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету;
 - тестовые задания.

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

«Дифференциальная диагностика в клинике внутренних болезней»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1/	Дифференциальная диагностика в клинике внутренних болезней	УК-1, ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6, ПК-7	Тестовый контроль, билеты для зачета

Вопросы к зачету

1. Дифференциальный диагноз по синдрому гепатомегалии
2. Симптоматические гипертензии. Классификация. Диагностика.
3. Дифференциальный диагноз по синдрому портальной гипертензии
4. Критерии диагностики хронического гломерулонефрита (клинические, лабораторные, инструментальные).
5. Дифференциальный диагноз по синдрому кишечной диспепсии
6. Этапы обследования при заболевании почек.
7. Дифференциальный диагноз при болях в верхней половине живота
8. Потенциальные возбудители внутри- и внебольничных пневмоний.
9. Дифференциальный диагноз по суставному синдрому
10. Клинические, лабораторные, инструментальные методы выявления язвенной болезни.
11. Дифференциальный диагноз по анемическому синдрому
12. Диагностика и лечение плевритов.
13. Дифференциальный диагноз по мочевому синдрому
14. Острый живот в практике терапевта. Диагностика. Тактика врача.
15. Дифференциальный диагноз болей в левой половине грудной клетки
16. Антикоагулянты, фибринолитики и антиагреганты. Механизм действия, характеристика основных препаратов, контроль за их применением.
17. Дифференциальный диагноз по синдрому артериальных гипертензий
18. Принципы лечения анемий.
19. Дифференциальный диагноз болей в левой половине грудной клетки.
20. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологические и клинические варианты.
21. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому
22. Воспалительные кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.
23. Дифференциальный диагноз ком при сахарном диабете.
24. Инфекционный эндокардит. Этиология. Критерии диагностики. Классификация.
25. Дифференциальный диагноз по синдрому артериальных гипертензий
26. Диагностика хронического гепатита.
27. Клинико-электрокардиографическая динамика инфаркта миокарда.
28. Дифференциальный диагноз желтух.
29. Дифференциальный диагноз желтух
30. Принципы антигипертензивной терапии, теоретическое обоснование комбинированной антигипертензивной терапии.

Тестовые задания (правильный вариант ответа выделен +)

К генетически детерминированным заболеваниям легких относится
саркоидоз
+муковисцидоз и дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина
туберкулез
бронхиальная астма
рак легкого

К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся 1.легочный протеиноз; 2. туберкулез; 3. бронхиальная астма; 4. пневмония
если правильный ответ 1,2 и 3

+если правильный ответ 1 и 3
если правильный ответ 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильный ответ 1,2,3 и 4

Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является

вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей
переохлаждение

+вирусно-бактериальная инфекция

курение

переутомление

Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется: 1. отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации; 2. болями за грудиной, чувством саднения в груди; 3. вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты, кашлем; 4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется: 1. вначале преимущественным сухим, а затем влажным кашлем; 2. умеренно выраженными признаками интоксикации; 3. одышкой; 4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом: 1. этиологии и патогенеза заболевания; 2. преимущественной локализации воспалительного процесса; 3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции; 4. возраста больного

+если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. обезболивающих; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

+если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) во второй фазе течения (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. разжижающих мокроту (муколитики); 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. подавляющих кашель

+если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

+если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит: 1. тяжелое клиническое течение заболевания; 2. появление гнойной мокроты; 3. повышение температуры; 4. появление одышки

+если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)

+благоприятный

благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией

благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения

благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит

благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктолическую болезнь

Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило

благоприятный

+благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией

благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит

благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь
неблагоприятный

Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии служит: 1. нарастание тяжести клинического течения заболевания; 2. выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легкого; 3. увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ; 4. сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более чем 3 дней

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является: 1. повторная вирусно-бактериальная инфекция; 2. воздействие промышленных газов и аэрозолей; 3. курение; 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

У людей старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено: 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией; 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей; 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей; 4. курением

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

+если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется: 1. сильным сухим кашлем; 2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой; 3. рассеянными сухими хрипами в легких; 4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за: 1. монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания; 2. отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного)

обструкции воздухоносных путей; 3. отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений; 4. исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Возникновению хронического бронхита способствует: 1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов; 2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева); 3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей; 4. наследственное предрасположение к заболеванию легких

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

При остром бронхите: 1. обструкция воздухоносных путей не проявляется ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания; 2. обструкция воздухоносных путей выявляется при спирографии (пневмотахографии) в период обострения; 3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически; 4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

+если правильный ответ 3

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется: 1. формой заболевания; 2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия); 3. осложнениями; 4. преимущественной локализацией поражения

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является

сильный сухой кашель

+кашель с мокротой

постоянная одышка

приступообразный сухой кашель

приступообразная одышка

Основной симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов -это

сильный надсадный сухой кашель

кашель с мокротой

+одышка

лейкоцитоз и ускорение СОЭ
цианоз слизистых губ

Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен
воспалением слизистой оболочки крупных бронхов
воспалением слизистой оболочки мелких бронхов
+повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов
гипотрофией слизистой оболочки бронхов
атрофией слизистой оболочки бронхов

Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении
мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов: 1. количества и
функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов; 2.
количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов; 3.
функции сурфактантной системы легкого; 4 возраста больного
если правильный ответ 1,2 и 3
если правильный ответ 1 и 3
если правильный ответ 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик
трахеобронхиальной слизи: 1. количества; 2. эластичности стенок; 3. вязкости; 4. цвета
+если правильный ответ 1,2 и 3
если правильный ответ 1 и 3
если правильный ответ 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильный ответ 1,2,3 и 4

При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте: 1. меняется в сторону
увеличения слоя геля; 2. зависит от функции сурфактантной системы; 3. не меняется; 4.
меняется в сторону увеличения слоя золя
если правильный ответ 1,2 и 3
если правильный ответ 1 и 3
если правильный ответ 2 и 4
+если правильный ответ 4
если правильный ответ 1,2,3 и 4

Бронхиальная обструкция выявляется с помощью
+спирографии, пневмотахографии
бронхоскопии
исследования газов крови
рентгенографии легких
ангиопульмографии

Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2.
воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции мукоцилиарного
аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их
коллапс
если правильный ответ 1,2 и 3
если правильный ответ 1 и 3
если правильный ответ 2 и 4
+если правильный ответ 4
если правильный ответ 1,2,3 и 4

Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: 1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

+если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки: 1. бронхоспазма; 2. бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов; 3. инфекционного процесса; 4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана; 4. инфекционным процессом

если правильный ответ 1,2 и 3

+если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1. бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4. инфекцией

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

+если правильный ответ 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильный ответ 1,2,3 и 4

Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. очаговый и диффузный пневмоторакс; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца

если правильный ответ 1,2 и 3

если правильный ответ 1 и 3

если правильный ответ 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Осложнениями хронического бронхита являются: 1. кровохарканье; 2. легочное кровотечение; 3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце; 4. спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии

если правильный ответ 1,2 и 3
если правильный ответ 1 и 3
если правильный ответ 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильный ответ 1,2,3 и 4

Выраженная систолическая пульсация печени характерна для
митрального стеноза
митральной недостаточности
+недостаточности трехстворчатого клапана
стеноза устья аорты
стеноза трехстворчатого клапана

При пролапсе митрального клапана аускультативная симптоматика более выражена
в горизонтальном положении пациента
+в вертикальном положении
в положении на левом боку
при наклоне туловища вперед
в положении на правом боку

Наиболее высокой чувствительностью при диагностике стенокардии напряжения обладает
холодовая проба
дипиридамоловая проба
+ проба с нагрузкой на велоэргометре
проба со статической физической нагрузкой
проба с гипервентиляцией

2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена
быстрым входом ионов натрия внутрь клетки
выходом ионов хлора из клетки
+входом ионов кальция внутрь клетки
входом ионов калия
выходом ионов калия из клетки

Продолжительность зубца Р в норме составляет
0,02 сек
+до 0,10 сек
до 0,12 сек
до 0,13 сек
более 0,13 сек

У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приемов
нитратов
повышается
+ понижается
не изменяется
может как повышаться, так и понижаться

вначале повышается, а затем понижается

Легочный фиброз может развиваться при приеме
мекситила
+кордарона
хинидина
пропранолола
верапамила

Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в
правой коронарной артерии
передней нисходящей коронарной артерии
+ общем стволе левой коронарной артерии
огибающей коронарной артерии
артерии тупого края

При спонтанной стенокардии наиболее информативным диагностическим методом является проба с физической нагрузкой
проба с введением изопротеренола
чреспищеводная электрокардиостимуляция
+проба с эргометрином
дипиридамоловая проба

Толерантность к препарату может развиваться при лечении
+нитратами
селективными бета-блокаторами
антагонистами кальция группы дилтиазема
неселективными бета-блокаторами
антагонистами кальция группы верапамила

Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает
верапамил
+ нифедипин
пропранолол (анаприлин)
нитросорбид
этацизин

Средние суточные дозы финоптина составляют
40-80 мг
80-120 мг
120-200 мг
+240-320 мг
500-600 мг

Признаком сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка у больных с нижним инфарктом миокарда может быть
депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5
+ подъем сегмента ST в отведении V4R
увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2
отрицательный зубец T в отведениях V1-V2
снижение сегмента ST в отведении V4R

Больным неосложненным инфарктом миокарда с целью ограничения зоны некроза целесообразно: 1. Внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси (поляризующая смесь) 2. Внутривенное капельное введение нитроглицерина; 3. Назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза); 4. назначение бета-блокаторов

если правильны ответы 1,2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

+если правильны ответы 2 и 4

если правильны ответы 4

если правильны ответы 1 2 3 и 4

Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются

кордарон

новокаинамид

бета-блокаторы

+лидокаин

верапамил

Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является

асистолия желудочков

+фибрилляция желудочков

желудочковая бигимения

атриовентрикулярная блокада II степени

синоаурикулярная блокада II степени

При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больных острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как: 1. разрыв межжелудочковой перегородки; 2. тромбоэмболия легочной артерии; 3. инфаркт миокарда правого желудочка; 4. тромбоэмболия почечной артерии

+ если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильны ответы 4

если правильны ответы 1 2 3 и 4

При инфаркте миокарда увеличивается, в основном, содержание в крови изоферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

+ ЛДГ-1

ЛДГ-2

ЛДГ-3

ЛДГ-4

ЛДГ-5

При неосложненном инфаркте миокарда максимальное увеличение СОЭ обычно наблюдается

через несколько часов от начала заболевания

в течение первых суток болезни

в течение вторых суток болезни

+ через 7-12 дней от начала заболевания

через 20 суток от начала заболевания

При эпистенокардическом перикардите у больных инфарктом миокарда показаны

антигистаминные препараты
+нестероидные противовоспалительные препараты
глюкокортикоиды
антибиотики
нитраты

Самой частой причиной острого легочного сердца является
пневмония
астматическое состояние
+тромбоэмболия легочной артерии
спонтанный пневмоторакс
легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях

Способностью ограничивать объем поражения и благоприятно влиять на ближайший прогноз острого инфаркта миокарда обладают: 1. бета-блокаторы; 2. антагонисты кальция; 3. нитроглицерин (при внутривенном введении); 4. глюкозо-калиевая смесь
если правильны ответы 1,2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильны ответы 4
если правильны ответы 1 2, 3 и 4

Гипотензивный эффект празозина (адверзутена) определяется
+селективной блокадой постсинаптических альфа-адренорецепторов
блокадой бета-адренорецепторов
снижением сократительной функции миокарда
влиянием на электролитный обмен
блокадой рецепторов к ангиотензину

Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают: 1. триампур; 2. фуросемид;
3. анаприлин; 4. эналаприл
+если правильны ответы 1 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильны ответы 4
если правильны ответы 1 2 3 и 4

В биохимических анализах крови при синдроме Конна чаще всего обнаруживается
повышение уровня катехоламинов
снижение концентрации альдостерона
повышение уровня ренина
+повышение концентрации альдостерона
снижение уровня катехоламинов

Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является
слабость
+приступы сердечной астмы
отеки ног
венозный застой в большом круге кровообращения
гепатомегалия

Уменьшение активности ренина плазмы характерно для
феохромоцитомы

реноваскулярной гипертензии
+первичного гиперальдостеронизма
хронического гломерулонефрита
хронического пиелонефрита

Наиболее удобен для приема внутрь или сублингвально при лечении гипертонических кризов
адельфан
банаприлин
+коринфар
допегит
дрезерпин

При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение
обзидана
+нитроглицерина (в/в)
финоптина
дибазола
дигоксина

Во время реципрокной АВ-узловой тахикардии: 1. может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса; 2. может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям; 3. развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии"; 4. может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1,2 3 и 4

С риском развития осложнений гипертонической болезни коррелирует: 1. диастолическое АД; 2. систолическое АД; 3. частота сердечных сокращений; 4. как диастолическое, так и систолическое АД
если правильны ответы 1,2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
+если правильный ответ 4
если правильны ответы 1 23 и 4

Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются: 1. одышка; 2. стенокардия напряжения; 3. обмороки; 4. нарушения ритма сердца
если правильны ответы 1 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+ если правильны ответы 1 23 и 4

В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиомиопатии имеет значение: 1. систолическая обструкция выносящего тракта; 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка; 3. возникновение различных нарушений ритма; 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса
если правильны ответы 12 и 3
+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1 2 3 и 4

Максимальное отрицательное инотропное действие оказывает
хинидин
ритмилен
+ кордарон
этмозин
мекситил

Внутривенное введение верапамила (финоптина) может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа мерцательной аритмии; 3. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта
если правильны ответы 1 2 и 3
+ если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1 2 3 и 4

Очень высокая частота сердечных сокращений во время мерцательной аритмии наблюдается при: 1. синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта; 2. тиреотоксикозе; 3. синдроме укорочения интервала PR; 4. гипертоническом сердце
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1 2 3 и 4

Диастолическая дисфункция желудочков свойственна: 1. гипертонической кардиомиопатии; 2. рестриктивной кардиомиопатии; 3. амилоидозу сердца; 4. физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка
+ если правильны ответы 1 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1 2 3 и 4

В норме полость перикарда содержит
около 5 мл жидкости
+ до 50 мл жидкости
100-200 мл жидкости
300-500 мл жидкости

Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях: 1. язвенной болезни; 2. панкреатите; 3. калькулезном холецистите; 4. хронический гастрит
если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

К наследственным энзимопатиям относят: 1. непереносимость лактозы; 2. глютеную болезнь; 3. амилазную недостаточность; 4. дисахаридазную недостаточность
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят: 1. синдром Криггера-Найяра (Наджара); 2. синдром Ротора; 3. синдром Дубина (Дабина)-Джонсона; 4. постгепатитную гипербилирубинемию Калька
+если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Желчный пузырь сокращается под влиянием
гастрина
панкреатического сока
+холецистокинина
секретина
соляной кислоты

Иммунные механизмы играют роль в патогенезе: 1. первичного билиарного цирроза печени; 2. неспецифического язвенного колита; 3. глютенной болезни; 4. хронического гастрита
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Амилазу секретируют: 1. околоушные слюнные железы; 2. кишечник; 3. поджелудочная железа; 4. желудок
если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Амилаза катализирует гидролиз: 1. клетчатки; 2. глюкозы; 3. дисахаридов; 4. крахмала
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
+если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Активность трипсина в сыворотке крови повышается при: 1. перитоните; 2. обострении хронического панкреатита; 3. язвенной болезни; 4. остром панкреатите
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента: 1. нуклеотидазы; 2. лейцинаминопептидазы; 3. кислой фосфатазы; 4. глюкуронилтрансферазы

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для: 1. гемолитической анемии; 2. функциональной гипербилирубинемии Жильбера; 3. синдрома Криглера-Найяра (Наджара); 4. талассемии

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате: 1. увеличения образования билирубина; 2. снижения захвата билирубина печенью; 3. дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах; 4. повышения гемолиза эритроцитов

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Уробилиноген образуется в : 1. желудке; 2. почках; 3. печени; 4. кишечнике

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

+если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано: 1. некрозом гепатоцитов любой этиологии; 2. травмой скелетных мышц; 3. инфарктом миокарда; 4. заболеванием почек

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при: 1. хроническом активном гепатите; 2. активном циррозе печени; 3. инфаркте миокарда; 4. хроническом холестатическом гепатите

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается при: 1. внутриспеченочном холестазае; 2. вирусном гепатите; 3. первичном раке печени; 4. гемолитической анемии
если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать
присоединении вирусного гепатита
некрозе гепатоцитов
печеночной недостаточности
портальной гипертензии
+циррозе-раке

Гипоальбуминемия характерна для: 1. хронического персистирующего гепатита; 2. острой атрофии печени; 3. гепатомы; 4. цирроза печени
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть: 1. заболевания печени; 2. избыточная потеря белка через кишечник; 3. избыточная потеря белка через почки; 4. длительный голод
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при: 1. сахарном диабете; 2. билиарном циррозе; 3. холестатическом гепатите; 4. алкоголизме
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Гиперхолестеринемия наблюдается при: 1. атеросклерозе; 2. холестазае; 3. сахарном диабете; 4. гипотиреозе
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Желчь подвергается реабсорбции в: 1. двенадцатиперстной кишке; 2. тощей кишке; 3. прямой кишке; 4. начальном отделе толстой кишки
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Для печеночного цитолитического синдрома характерно: 1. повышение активности аланиновой аминотрансферазы; 2. повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы; 3. повышение активности альдолазы; 4. повышение уровня сывороточного железа
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является
+повышение активности аланиновой аминотрансферазы
повышение активности альдолазы
повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
гипоальбуминемия
повышение уровня сывороточного железа

Внутрипеченочный холестаз характеризуется: 1. билирубинурия; 2. увеличение в крови активности щелочной фосфатазы; 3. гиперхолестеринемия; 4. появление желчных кислот в моче
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

В диагностике холестатического синдрома имеет значение: 1. повышение активности щелочной фосфатазы крови; 2. повышение прямого (связанного) билирубина крови; 3. повышение холестерина; 4. повышение активности ГТП (глутамилтранспептидазы)
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

При холестатическом синдроме уробилиноген в моче: 1. снижается; 2. повышается; 3. исчезает; 4. не изменяется
если правильны ответы 1, 2 и 3
+если правильны ответы 1 и 3
если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Появление билирубина в моче указывает на: 1. вирусный гепатит С; 2. подпеченочную желтуху; 3. гемолитическую желтуху; 4. паренхиматозную желтуху
если правильны ответы 1, 2 и 3
если правильны ответы 1 и 3
+если правильны ответы 2 и 4
если правильный ответ 4
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной при: 1. микрокровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника; 2. микрокровотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта; 3. неспецифическом язвенном колите; 4. употреблении мяса в пищу

если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Снижение стеркобилина в кале наблюдается при: 1. паренхиматозной желтухе; 2. гемолитической анемии; 3. механической желтухе; 4. жировом гепатозе

если правильны ответы 1, 2 и 3

+если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Креаторея наблюдается при: 1. ахилии; 2. гнилостной диспепсии; 3. недостаточности внешней секреции поджелудочной железы; 4. хроническом холецистите

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Стеаторея в виде нейтрального жира характерна для: 1. механической желтухи; 2. паренхиматозной желтухи; 3. хронического панкреатита; 4. хронического гастрита

+если правильны ответы 1, 2 и 3

если правильны ответы 1 и 3

если правильны ответы 2 и 4

если правильный ответ 4

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является

варикозное расширение вен пищевода

кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта

дивертикул пищевода

+астматическое состояние

рак кардиального отдела желудка

Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать

анализ мочи по методу Нечипоренко

фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка

+лейкоцитарную формулу мочи

анализ мочи по Зимницкому

общий анализ мочи

Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

употреблением преимущественно белковой пищи;

значительной лейкоцитурией и бактериурией;

употреблением преимущественно растительной пищи;

+употреблением большого количества соли;

употреблением большого количества сахара.

Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

+пиелонефрите;
гломерулонефрите;
амилоидозе;
нефролитиазе;
поликистозе.

Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

хронического нефрита;
пиелонефрита;
+сахарного диабета;
несахарного диабета;
сморщенной почки.

При проведении пробы Зимницкого необходимо:

соблюдать строгую диету с исключением соли;
ограничить физическую активность;
+исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);
ограничить употребление белковой пищи;
ограничить употребление растительной пищи.

Урография позволяет: 1. определить размеры почек; 2. определить положение почек; 3. выявить конкременты; 4. оценить функцию почек.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Нефротическому синдрому соответствуют: 1. отеки; 2. протеинурия 5 г/сутки; 3. диспротеинемия; 4. гиперлипидемия.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Острый нефритический синдром характеризуют:

отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
+артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;

артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

У 40-летнего больного, заболевшего ангиной, на 5-й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

острый гломерулонефрит;
острый пиелонефрит;
+обострение хронического гломерулонефрита;
апостематозный нефрит;
амилоидоз почек.

Укажите механизм, который лежит в основе патогенеза острого гломерулонефрита::

+иммунокомплексный;
антительный (антитела к базальной мембране клубочков);
токсическое повреждение почек;
дистрофические изменения;
ишемический.

Оценить активность ХГН позволяют: 1. увеличение СОЭ; 2. диспротеинемия; 3. гиперазотемия при нормальных размерах почек; 4. гиперлипидемия.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Больного ХГН необходимо госпитализировать в стационар в случае: 1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертензии; 2. нарастании протеинурии; 3. увеличении эритроцитурии; 4. ухудшении функционального состояния почек.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Определение активности ХГН необходимо для:

+назначения патогенетической терапии;
оценки прогноза заболевания;
установления клинической формы заболевания;
оценки функционального состояния почек;
назначения антибактериальной терапии.

Протеинурия, гипопропротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для :

+острого гломерулонефрита;
пиелонефрита;
почечно-каменной болезни;
цистита;
амилоидоза почек.

У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

+фуросемиду;
вершпиرونу;
триамтерену;
арифону;
гипотиазиду.

Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении: 1. сульфаниламидами; 2. пенициллином; 3. D-пеницилламином; 4. метиндолом.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является: 1. эмбологенный инфаркт; 2. гломерулонефрит; 3. амилоидоз; 4. пиелонефрит.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Интерстициальный нефрит при подагре клинически проявляется: 1 нефротическим синдромом; 2. повышением артериального давления; 3. мочевым синдромом; 4. болевым синдромом.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

+дерматомиозита;

системной красной волчанки;

системной склеродермии;

узелкового артериита;

ревматической полимиалгии.

Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является:

+впервые возникший нефротический синдром;

злокачественная артериальная гипертензия;

остронефритический синдром;

нефротический синдром при амилоидозе почек;

субъективное состояние больного.

Четырехкомпонентная схема лечения нефрита включает следующие сочетания препаратов:

преднизолон + гепарин + индометацин + курантил;

преднизолон + гепарин + курантил + диуретик;

+преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил;

преднизолон + гепарин + курантил + эуфиллин;

индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин.

Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятным считается: 1. минимальные изменения; 2. мезангио-пролиферативный; 3. фокально-сегментарный; 4. мезангио-мембранозный.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

+если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Нефротический синдром может наблюдаться при: 1. амилоидозе; 2. системной красной волчанке; 3. диабетической нефропатии; 4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

бактериальный перитонит;
+абдоминальный нефротический криз;
почечная колика;
апостематозный пиелонефрит;
кишечная колика.

К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится: 1. частые рецидивы нефротического синдрома; 2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов; 3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками; 4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

У больного с прогрессирующим нефритом и хронической почечной недостаточностью возникло легочное кровотечение. Наиболее вероятен диагноз: 1. системная красная волчанка с поражением легких; 2. синдром Гудпасчера; 3. бронхоэктазы и амилоидоз почек; 4. микроскопический полиангиит.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
+если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

+через 3-5 месяцев от начала заболевания;
через год;
через 3 года;
с первых недель заболевания;
в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.

Злокачественная гипертензия возможна при: 1. пиелонефрите; 2. узелковом периартериите; 3. первичном нефросклерозе; 4. истинной склеродермической почке.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Сольтеряющий синдром" чаще встречается у больных:

хроническим гломерулонефритом;
+интерстициальным нефритом;
амилоидозом почек;
волчаночным нефритом;
поликистозом почек.

Из группы иммуносупрессоров функцию Т-лимфоцитов избирательно подавляет:

азатиоприн;
циклофосфан;
хлорбутин;
+циклоспорин;
метипред.

При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами необходимо тщательно контролировать: 1. лейкоциты крови; 2. содержание гемоглобина крови; 3. тромбоциты крови; 4. эозинофилы крови.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

преднизолоном;
цитостатиками;
+индометацином;
курантилом;
гепарином.

Гипокалиемия может наблюдаться при: 1. первичном гиперальдостеронизме; 2. болезни Иценко-Кушинга; 3. реноваскулярной гипертензии; 4. ренинсекретирующей опухоли.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

+амилоидоз почек;
гломерулонефрит;
пиелонефрит;
интерстициальный нефрит;
тромбоз почечных вен.

Вторичный амилоидоз может развиваться при: 1.ревматоидном артрите; 2. псориазическом артрите; 3. опухолях; 4. бронхоэктазах.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Нефротический синдром при амилоидозе: 1. регрессирует при назначении кортикостероидов; 2. исчезает при развитии хронической почечной недостаточности; 3. сопровождается злокачественной артериальной гипертензией; 4. сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности.

если правильны ответы 1, 2 и 3;
если правильны ответы 1 и 3;
если правильны ответы 2 и 4;
+если правильный ответ 4;
если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови: 1. легких цепей иммуноглобулинов; 2. преальбумина; 3. бета-2 микроглобулина; 4 белка с АА.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

+если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

десны;

подкожного жира;

слизистой оболочки прямой кишки;

+почки;

кожи.

Сохранению возбудителя в мочевых путях и хронизации пиелонефрита препятствует:

наличие протопластов и L-форм бактерий;

феномен бактериальной адгезии;

физиологическая" обструкция мочевых путей;

неправильное назначение антибиотиков;

+синтез мочевых антител.

Для почечной колики характерны: 1. боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

полусинтетические пенициллины;

+тетрациклин;

бисептол;

фурагин;

фторхинолоны.

Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;

гематурия и гиперазотемия;

+микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация;

протеинурия и гематурия;

протеинурия и артериальная гипертензия.

Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при диабетической нефропатии можно считать:

атенолол;

капозид;

+ренитек;

адельфан;

апрессин.

Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы: 1. протей; 2. клебсиеллу; 3. эшерихии (патологические штампы); 4. стрептококки.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

+если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Нефроптоз может осложниться: 1. пиелонефритом; 2. форникальным кровотечением; 3. артериальной гипертензией; 4. нарушением венозного оттока.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

повышение содержания мочевины в крови;

повышение содержания креатинина в крови;

гиперфосфатемия;

+гиперкалиемия;

гиперурикемия.

Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует:

1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью, натрием; 4. нарушение электролитного и кислотно-щелочного состояния.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Умеренную гиперкалиемию при хронической почечной недостаточности можно корригировать путем введения: 1. солей кальция; 2. раствора гидрокарбоната натрия; 3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином; 4. изотонического раствора.

+если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

К уремической интоксикации не имеет отношения:

кожный зуд;

+эритроцитоз;

полиурия, полидипсия;

тошнота, рвота;

мышечные судороги.

При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть: 1. ограничение белка; 2. достаточную калорийность пищи; 3. исключение калийсодержащих продуктов; 4. назначение кетостерина.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;
если правильный ответ 4;
+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности повышение в сыворотке крови уровня:

мочевины;
+остаточного азота;
креатинина;
калия;
мочевой кислоты.

Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать: повышение артериального давления;

+полиурию, полидипсию;
гиперкалиемию;
метаболический ацидоз;
судороги.

Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является:

гломерулярный некроз;
папиллярный некроз;
+тубулярный некроз;
поражения интерстиции;
гидронефроз.

При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

влиянием токсических веществ поврежденных тканей;
сопутствующей инфекцией;
+падением артериального давления;
недостаточностью надпочечников;
метаболическим ацидозом.

Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:

пенициллинов;
макролидов;
+аминогликозидов;
цефалоспоринов;
фторхинолонов.

В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:

плазмы;
плазмозамещающих растворов;
солевых растворов;
+фуросемида;
гемодеза.

Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

анурия;
высокая гипертензия;
+повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л;
повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
развитие перикардита.

Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температурой, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. можно вводить жидкость в количестве:

- до 200 мл;
- +до 700 мл;
- до 1200 мл;
- до 1500 мл;
- до 2000 мл.

Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при: 1. распаде опухоли; 2. лечении опухоли цитостатиками; 3. радиационной терапии; 4. терапии кортикостероидами.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

если правильный ответ 4;

+если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных, слюнных желез, конкрактура Дюпиетрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (40-60 в поле зрения). Уровень IgA в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

+идиопатический IgA - нефрит;

гломерулонефрит при геморрагическом васкулите;

гломерулонефрит алкогольной этиологии;

волчаночный гломерулонефрит;

хронический пиелонефрит.

У 16-летней больной, страдающей остеомиелитом левой голени, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, гепатоспленомегалия.

Уровень фибриногена в крови резко повышен. Вероятный диагноз:

постинфекционный гломерулонефрит;

декомпенсированный цирроз печени;

гепаторенальный синдром;

+вторичный амилоидоз с поражением почек;

волчаночный гломерулонефрит.

50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

хронический гломерулонефрит в стадии уремии;

+миеломная болезнь;

вторичный амилоидоз с поражением почек;

хронический пиелонефрит;

поликистоз почек.

У 45-летнего больного в течении 4 месяцев отмечается лихорадка, эпизоды безболезненной макрогематурии. Уровень гемоглобина в крови 160 г/л, СОЭ 60 мм/час. Наиболее вероятный диагноз:

хронический гломерулонефрит гематурического типа;

волчаночный нефрит;

+рак почки;

уратный нефролитиаз;

амилоидоз.

Мужчина 32 лет, отечен. При осмотре другой патологии не отмечено. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые цилиндры и овальные жировые тельца, альбумин плазмы 2% и проявления гиперлипидемии. Диагноз: 1. острый гломерулонефрит; 2. гипернефрома; 3. пиелонефрит; 4. нефротический синдром.

если правильны ответы 1, 2 и 3;

если правильны ответы 1 и 3;

если правильны ответы 2 и 4;

+если правильный ответ 4;

если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.