

ОРД-СМП-23

**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**

«14» марта 2023 г. Протокол. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**по дисциплине Дифференциальная диагностика в клинике внутренних болезней
для ординаторов
по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 27 февраля 2023 г. (протокол № 11)**

**Заведующий кафедрой
профессор Н.М.Бурдули**

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - билеты 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

Билеты к зачету

БИЛЕТ № 1

1. Дифференциальный диагноз по синдрому гепатомегалии
2. Симптоматические гипертензии. Классификация. Диагностика.

БИЛЕТ № 2

1. Дифференциальный диагноз по синдрому портальной гипертензии
2. Критерии диагностики хронического гломерулонефрита (клинические, лабораторные, инструментальные).

БИЛЕТ № 3

1. Дифференциальный диагноз по синдрому кишечной диспепсии
2. Этапы обследования при заболевании почек.

БИЛЕТ № 4

1. Дифференциальный диагноз при болях в верхней половине живота
2. Потенциальные возбудители внутри- и внебольничных пневмоний.

БИЛЕТ № 5

1. Дифференциальный диагноз по суставному синдрому
2. Клинические, лабораторные, инструментальные методы выявления язвенной болезни.

БИЛЕТ № 6

1. Дифференциальный диагноз по анемическому синдрому
2. Диагностика и лечение плевритов.

БИЛЕТ № 7

1. Дифференциальный диагноз по мочевому синдрому
2. Острый живот в практике терапевта. Диагностика. Тактика врача.
- 1.

БИЛЕТ № 8

1. Дифференциальный диагноз болей в левой половине грудной клетки
2. Антикоагулянты, фибринолитики и антиагреганты. Механизм действия, характеристика основных препаратов, контроль за их применением.

БИЛЕТ № 9

1. Дифференциальный диагноз по синдрому артериальных гипертензий
2. Принципы лечения анемий.

БИЛЕТ № 10

1. Дифференциальный диагноз болей в левой половине грудной клетки.
2. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Морфологические и клинические варианты.

БИЛЕТ № 11

1. Дифференциальный диагноз по отечному синдрому
2. Воспалительные кардиомиопатии. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика.

БИЛЕТ № 12

1. Дифференциальный диагноз ком при сахарном диабете.
2. Инфекционный эндокардит. Этиология. Критерии диагностики. Классификация.

БИЛЕТ № 13

1. Дифференциальный диагноз по синдрому артериальных гипертензий
2. Диагностика хронического гепатита.

БИЛЕТ № 14

1. Клинико-электрокардиографическая динамика инфаркта миокарда.
2. Дифференциальный диагноз желтух.

БИЛЕТ № 15

1. Дифференциальный диагноз желтух
2. 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 бронита 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 бронхоэктотическую 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
ангиопульмонографии

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
дипиридамовая 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
дипиридамовая 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

+фибриляция 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 23 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 Кригпера-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. глютеновой 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. внутрипеченочном 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 холестаза 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 гипертонии; 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.

"Сольтертяющий 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. псориатическом 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 s AA.

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.