

**Перечень контрольных заданий для оценки уровня теоретической  
подготовки путем тестирования для студентов  
3 курса стоматологического факультета**

**Выбрать один правильный вариант**

**Подчеркнутый первый вариант - правильный**

**1. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПРИ ПОВТОРНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ ЗНАЧЕНИЯ АД 160/100 ММ РТ.СТ., 158/105 ММ РТ.СТ., 150/100 ММ РТ.СТ., 165/105 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЮТ:**

артериальной гипертензии 2 степени;

изолированной систолической артериальной гипертензии;

артериальной гипертензии 1 степени;

артериальной гипертензии 3 степени

**2. СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-RISER ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА: АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%; снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями;**

ночные значения АД выше, чем дневные;

АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные

**3. ВЫСОКО-НОРМАЛЬНОЕ АД ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ АД \_\_\_\_ ММ РТ.СТ.:**

139/89;

130/80;

140/90;

130/79

**4. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С НЕОСЛОЖНЕННОЙ АГ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ:**

суточного мониторирования ЭКГ;

сцинтиграфии миокарда;

коронароангиографии

ЭХО-КГ ;

**5. КАКОЙ ИЗ ПЕРИЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА:**

гипотиазид;

нифедипин;

каптоприл;

метопролол;

**6. КАКАЯ ГРУППА ПРЕПАРАТОВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЁКА ГУБ И ДЁСЕН, СТОМАТИТА, ГЛОССИТА, ГИПЕРПЛАЗИИ ДЁСЕН:**

диуретики;

антагонисты кальция;

бета – блокаторы

ингибиторы АПФ;

**7. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:**

всё перечисленное

геморрагические пузыри;

эрозии на слизистой оболочке мягкого нёба;

отёк слизистой оболочки щёк

**8. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ – ЭТО ПОВЫШЕНИЕ АД ВЫШЕ \_\_\_\_ ММ РТ.СТ.:**

140/<90;  
160/90;  
150/100;  
140/90

**9. У ПАЦИЕНТА С АД 150/90 ММ РТ.СТ., ПЕРЕНЕСШЕГО КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ \_\_\_ СТАДИИ:**

I,  
II,  
III;  
IV

**10. К БЕССИМПТОМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСИТСЯ:**

стенокардия;  
микроальбуминурия;  
сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса;  
энцефалопатия

**11. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫ ДАННЫЕ:**

электрокардиографии;  
физикального исследования;  
сцинтиграфии  
эхокардиографии;

**12. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКТОРОВ СЛУЖИТ:**

бронхиальная астма;  
хроническая обструктивная болезнь легких;  
атеросклероз сосудов нижних конечностей;  
атриовентрикулярная блокада I степени

**13. ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗЕ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ II СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

микроальбуминурия;  
снижение удельного веса;  
повышение удельного веса;  
лейкоцитурия

**14. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:**

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;  
диуретики;

блокаторы кальциевых каналов;  
агонисты имидазолиновых рецепторов

**15. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ДОЛЖНО СНИЖАТЬСЯ НА \_\_\_\_\_ %:**

15;  
25;  
10;  
35;

**16. РИСК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ УВЕЛИЧИВАЕТ:**

низкий уровень ТГ (< 1,7 ммоль/л);  
неблагоприятный семейный анамнез ССЗ;  
возраст старше 45 лет;  
высокий уровень ЛПВП (>1,2 ммоль/л)

**17. ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРОТИВОПОКАЗАНО:**  
при двустороннем стенозе почечных артерий;

при поликистозе почек;  
при диабетической нефропатии;  
при бронхиальной астме

**18. ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА:**

синтезируется в печени и надпочечниках;  
поступает исключительно с пищей;  
синтезируется в печени и почках  
синтезируется в печени и поступает с пищей;

**19. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ:**

возраст;  
отягощенная наследственность;  
мужской пол  
сахарный диабет 2 типа;

**20. ОЖИРЕНИЕ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА \_\_\_\_\_ КГ/М<sup>2</sup>:**

18,5-24,9;  
25,0-29,9;  
35,0-39,9;  
30,0-34,9

**21. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ:**

пол;  
возраст;  
курение;  
неблагоприятный семейный анамнез

**22. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:**

низкий уровень липопротеидов низкой плотности;  
абдоминальный тип ожирения;  
женский пол;

высокий уровень липопротеидов высокой плотности

**23. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:**

гиперхолестеринемия;  
нарушение ритма и проводимости сердца;  
врожденный порок сердца; артериальная гипотония

**24. ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:**

аторвастатин;  
эналаприл;  
торасемид;  
ацетилсалициловая кислота

**25. ФАКТОРОМ, УМЕНЬШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС, ЯВЛЯЕТСЯ:**

сахарный диабет;  
артериальная гипертония;  
повышение уровня липопротеидов высокой плотности;  
наследственная отягощенность

**26. К АТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:**

ЛПОНП;

ЛПНП;

ЛПВП;

хиломикроны

**27. К АТЕРОГЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИДАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:**

липопротеиды очень низкой плотности;

липопротеиды высокой плотности;

хиломикроны;

триглицериды

**28. АТЕРОГЕННЫМ КЛАССОМ ЛИПОПРОТЕИНОВ ЯВЛЯЮТСЯ:**

липопротеины низкой плотности;

липопротеины высокой плотности;

хиломикроны;

фосфолипиды

**29. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ**

колющие боли в области левой лопатки

давящие боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке

тупые ноющие боли в правой половине грудной клетки

иррадиацию боли в правую руку

**30. КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

уменьшение вольтажа всех зубцов

подъем сегмента ST

депрессия сегмента ST более чем на 2 мм

появление отрицательных зубцов T

**31. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПРИ МАЛЕЙШЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ДАВЯЩЕЙ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, КУПИРУЮЩЕЙСЯ ПРИЕМОМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О СТЕНОКАРДИИ**

напряжения функциональный класс IV

напряжения функциональный класс III

прогрессирующей

вариантной

**32. КУПИРОВАНИЕ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА НАЧИНАЕТСЯ С НАЗНАЧЕНИЯ**

нитратов внутривенно капельно

спазмолитиков

нитроглицерина сублингвально

наркотических анальгетиков

**33. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

вызывают спазм коронарных сосудов

увеличивают потребность миокарда в кислороде

снижают потребность миокарда в кислороде

увеличивают сократительную способность миокарда

**34. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ**

появлении одышки при достижении субмаксимальной ЧСС

повышении САД до 180 мм рт.ст и ДАД до 110 мм рт.ст.

регистрации косовосходящей депрессии сегмента ST до 1 мм

появлении боли или стеснения в груди в сочетании с депрессией сегмента ST более 1 мм

**35. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

Никорандил

антагонисты кальция

бета-адреноблокаторы

ингибиторы АПФ

**36. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ ИЛИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**

I

III

II

IV

**37. ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ СПОКОЙНОЙ ХОДЬБЕ НА РАССТОЯНИЕ 100–200 МЕТРОВ ИЛИ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ НА ОДИН ПРОЛЕТ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**

III

I

II

IV

**38. СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**

β-адреноблокаторы

нитраты

ингибиторы I<sub>f</sub>-каналов синусового узла (ивабрадин)

дигидропиридиновые антагонисты кальция

**39. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКТОРОВ СЛУЖИТ**

хроническая обструктивная болезнь легких

атеросклероз сосудов нижних конечностей

бронхиальная астма

атриовентрикулярная блокада I степени

**40. ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ НАЗНАЧАЮТ В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ \_\_\_\_\_ МГ**

150–200

250–300

400–500

75–125

**41. БАЗОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВСЕХ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ) ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

тредмил-тест, ЭхоКГ

стандартные анализы крови, тредмил-тест, ЭКГ

ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тест

стандартные анализы крови, ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочный тест

**42. КРИТЕРИЕМ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

горизонтальная депрессия сегмента ST менее 0,5 мм

косонисходящая депрессия сегмента ST менее 1 мм

горизонтальная депрессия сегмента ST более 2 мм

увеличение зубца Q в V5 и V6 отведениях

**43. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:**

миоглобин;

ЛДГ;

тропонин I

общая КФК

**44. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ**

снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного;

купирование болевого синдрома;  
исчезновение признаков сердечной недостаточности;  
восстановление АВ проводимости

**45. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:**

боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином;  
боль за грудиной продолжительностью более 20 минут;  
коллапс;

внезапно развившаяся одышка

**46. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ТРОМБОЗУ, ЯВЛЯЮТСЯ:**

повреждение эндотелия, турбулентный ток крови, гиперкоагуляция;  
спазм сосудов, атеросклероз, высокая активность ренина плазмы;  
тромбоцитопения, rareфикация микроциркуляторного русла, эмболия;  
атероматозные бляшки, гемостаз, гипокоагуляция

**47. К ТИПИЧНОЙ ПРИЧИНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСЯТ:**

тромбоз коронарной артерии вследствие надрыва атеросклеротической бляшки;  
увеличение потребности миокарда в кислороде;  
нарушение коронарной гемодинамики вследствие падения артериального давления;  
врожденные особенности строения коронарных артерий

**48. АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:**

фибринолитическая терапия;  
антикоагулянтная терапия;  
терапия глюкокортикоидами  
нейролептанальгезия;

**49. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ МГ:**

300;  
75;  
150;  
225

**50. К ТРОМБОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ:**

тенектеплазу;  
бивалирудин;  
фондапаринукс;  
эноксапарин

**51. ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:**

диффузный гиперкинез;  
диффузный гипокинез;  
локальный гипокинез;  
локальный гиперкинез

**52. СИНДРОМ «ПЕРЕКРЕСТА» («НОЖНИЦ») ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

снижением лейкоцитов и повышением СОЭ к концу первой недели;  
снижением СОЭ и повышением лейкоцитов крови к концу первой недели;  
лихорадкой;  
изменениями на ЭКГ;

**53. ТИПИЧНАЯ ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА – ЭТО:**

церебральная;  
аритмическая;  
астматическая  
ангинозная;

**54. УЛУЧШАЮТ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА:**

бета-блокаторы;  
нитраты;  
дигидропиридиновые антагонисты кальция;  
дигокси

**55. ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

ишемическая болезнь сердца  
осложнение эмболического характера  
высокая лихорадка  
ДВС-синдром

**56. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

нарастание явлений сердечной недостаточности  
значительное ускорение СОЭ  
появление вегетаций на клапанах при эхокардиографии  
появление шумов в сердце

**57. В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ**

кортикостероиды должны обязательно назначаться с первых дней лечения  
длительность антибактериальной терапии составляет 2 недели  
антибактериальная терапия должна проводиться парентерально  
развитие миокардита является показанием к оперативному лечению

**58. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО СТРЕПТОКОККАМИ, ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

фторхинолоны и аминогликозиды  
пенициллины и аминогликозиды  
макролиды и аминогликозиды  
макролиды и фторхинолоны

**59. ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

терапия должна проводиться не менее 4-6 недель в зависимости от возбудителя  
как правило, используется монотерапия антибиотиком  
показана еженедельная смена антибактериального препарата  
оптимальным является пероральный путь введения антибиотиков

**60. «БОЛЬШИМИ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ DUKE-КРИТЕРИЯМИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

вегетации/деструкции клапанов сердца и положительная гемокультура  
порок сердца и гломерулонефрит  
внутривенное употребление наркотиков и фебрильная лихорадка  
фебрильная лихорадка и порок сердца

**61. ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ЯВЛЯЮТСЯ**

протезированные клапаны сердца  
экстракция зубов  
аномалии развития клапанов сердца

аномалии развития клапанов сердца, экстракция зубов, протезированные клапаны сердца  
**62. В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ**

вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании  
увеличение СОЭ

аускультативная динамика шумов сердца  
нарастание сердечной недостаточности

**63. ПРИЗНАКОМ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ:**

глухие тоны сердца;

отсутствие пульсации крупных артерий;

крепитация в легких;

клокочущее дыхание

**64. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

рентгенологическое

гистологическое

эндоскопическое

рН-метрическое

**65. ОМЕПРАЗОЛ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ**

блокаторы протонного насоса

блокаторы гистаминовых H1-рецепторов

блокаторы гистаминовых H2-рецепторов

M-холиноблокаторы

**66. В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЯВЛЯЕТСЯ**

определение *Helicobacter pylori*

анализ кала на скрытую кровь

рентгеноскопия пищевода и желудка

суточный мониторинг рН в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия

**67. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

полипоз пищевода

стриктуры пищевода

пищевод Баррета

аденокарцинома пищевода

**68. СИМПТОМ ДИСФАГИЯ ОБОЗНАЧАЕТ:**

охриплость голоса;

чувство жжения за грудиной;

ощущение затруднения при прохождении пищи по пищеводу

боль при глотании при прохождении пищи по пищеводу.

**69. КАКАЯ ГРУППА ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ГЭРБ?**

блокаторы H2-рецепторов гистамина;

антихолинергические средства;

ингибиторы протонной помпы

антациды

**70. К ВНЕПИЩЕВОДНЫМ СИМПТОМАМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ:**

дисфагию;

изжогу;

динофагию

дисфонию;

**71. БОЛИ ПРИ ГЭРБ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИРРАДИИРУЮТ:**

в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть;

в область сердца;

в левое плечо, лопатку, ключицу;

в правое плечо, лопатку, ключицу

**72. ВЫБЕРИТЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ НУЖНО ВЫПОЛНИТЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА:**

манометрию пищевода;

тест Берштейна;

суточную рН-метрию пищевода;

эзофагогастродуоденоскопию

**73. К ПИЩЕВОДНЫМ СИМПТОМАМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ:**

дисфонию;

кашель;

одинофагию;

кардиальную боль

**74. УКАЖИТЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ ВЫЯВИТЬ ЭЗОФАГИТ:**

рентгенологическое исследование пищевода;

тест Берштейна;

эзофагогастродуоденоскопия;

суточная рН-метрия пищевода

**75. СИМПТОМ ОДИНОФАГИЯ ОБОЗНАЧАЕТ:**

ощущение затруднения при прохождении пищи по пищеводу;

чувство жжения за грудиной;

охриплость голоса;

ощущение болезненного прохождения пищи по пищеводу

**76. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПИТАНИЮ ПРИ ГЭРБ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:**

исключить закуски перед сном, последний прием пищи не позднее, чем за 3 часа до сна;

не лежать после еды в течение 2 часов и избегать наклонов вперед;

прекратить употребление алкоголя

принимать пищу 2 раза в день, большими порциями

**77. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ НЕ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ГРУППУ ПРЕПАРАТОВ:**

холеретики;

альгинаты;

прокинетики;

ингибиторы протонной помпы

**78. УКАЖИТЕ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ НЕГАТИВНОЙ ГЭРБ:**

манометрия пищевода;

тест Берштейна;

суточная рН-метрия пищевода;

эзофагодуоденогастроскопия

**79. КАКАЯ ГРУППА ПРЕПАРАТОВ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ ГЭРБ:**

ингибиторы протонной помпы

антациды;

миотропные спазмолитики;

антихолинергические средства

**80. НАЗОВИТЕ СИМПТОМ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ВЕДУЩИМ ДЛЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ:**

дисфония;

изжога;  
кашель;  
отрыжка

**81. НАЛИЧИЕ КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

эзофагита  
склеродермии  
пищевода Баррета  
ахалазии пищевода

**82. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НР-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**

Наличия *H. Pylori*  
Наличия эрозий  
В<sub>12</sub> дефицитной анемии  
Преимущественной локализации в антральном отделе желудка

**83. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ В КАЧЕСТВЕ СТИМУЛЯТОРА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ:**

Пентагастрин  
Пентамин  
Сульфат магния  
Пепсиноген

**84. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ:**

Метацин  
Альмагель  
Фамотидин  
Натуральный желудочный сок

**85. К ФАКТОРАМ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:**

Изолецитина, цитокинов  
Регенерации покровного эпителия  
Бикарбонатов  
Простагландинов

**86. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ?**

Эндоскопия с прицельной биопсией  
Рентгенологическое исследование желудка  
Исследование секреторной функции желудка  
Поэтажная манометрия;

**87. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НР-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА ЭТИОТРОПНЫМ ПРИНЦИПОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

Заместительная терапия  
Эрадикационная терапия  
Назначение прокинетики  
Назначение антацидов

**88. ДЛЯ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**

Часто сочетается с В – 12 дефицитной анемией  
Является предраковым состоянием  
Всегда сочетается с *Helicobacter pylori*  
Сопровождается отрыжкой, чувством тяжести в эпигастрии после еды.

**89. ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕАТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ:**

Тенезмов

Отрыжки кислым

Тошноты

Рвоты

**90. К ИНВАЗИВНЫМ ТЕСТАМ НА H.PYLORI ОТНОСЯТСЯ:**

ФЭГДС с биопсией слизистой

Морфологический

Биохимический (уреазный тест)

Все перечисленные методы

**91. ГАСТРОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:**

Диклофенак

Холестирамин

Метацин

Сукральфат

**92. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:**

Часто сочетается с В<sub>12</sub>-дефицит-ной анемией

Наблюдается преимущественно в среднем и пожилом возрасте

Характерно снижение рН желудочного сока до 1,5 и ниже

Характерны отрыжка воздухом и пищей

**93. МЕТОД ФЭГДС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ ПОЗВОЛЯЕТ:**

Исследовать секреторную функцию желудка

Исследовать пассаж контрастной массы из желудка в кишечник

Взять биопсийный материал

выявить гастринемию

**94. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОТНОСИТСЯ К БЛОКАТОРАМ «ПРОТОННОГО НАСОСА»?**

Рабепразол

Фамотидин

Де – нол

Дюспаталин

**95. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**

Увеличение числа обкладочных клеток

Поражение тела желудка

Наличие антител к париетальным клеткам

Гастринемия

**96. КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ H. PYLORI:**

Гистологический

Уреазный

Иммуногистохимический

Биохимический.

**97. КАКАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI:**

Метацин, альмагель, омепразол

Амоксициллин, кларитромицин, гентамицин

Омепразол, амоксициллин, кларитрамицин

Альмагель, де – нол, сукральфат

**98. ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ МОЖНО ДОСТИЧЬ:**

Специальной диетой

Ни одним из выше перечисленных средств

Назначением антацидов

Холинолитическими препаратами.

**99. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ, КРОМЕ:**

Диспепсического

Болевого

Гиполипидемического

Анемического

**100. К НЕИНВАЗИВНЫМ ТЕСТАМ НА H. PYLORI ОТНОСЯТСЯ:**

Дыхательный тест

ПЦР – диагностика в фекалиях

Серологические методики

Всё вышеперечисленное

**101. ПОКАЗАНИЯМИ К ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

ХГ с повышенным риском развития язвенной болезни

ХГ с повышенным риском развития рака желудка

Необходимость длительного приёма НПВС

Все вышеперечисленное

**102. РАЗВИТИЕ ЭРОЗИВНОГО ГАСТРИТА МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:**

Сукральфат

Ибупрофен

Преднизолон

Диклофенак.

**103. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА?**

Омепразол

Панзинорм

Преднизолон

Натуральный желудочный сок.

**104. К ФАКТОРАМ АГРЕССИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:**

Соляной кислоты

Желчных кислот

H.pylori.

Простагландинов

**105. ГИПЕРАЦИДНОСТЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ PH БАЗАЛЬНОЙ ФАЗЫ СЕКРЕЦИИ НА УРОВНЕ:**

1,6 – 2

2,1 – 5,9

1,5 и ниже

6,0 и выше.

**106. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

Эрадикационная терапия

Заместительная терапия

Хирургическое лечение;

Антирефлюксная терапия.

**107. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

снижение секреции соляной кислоты  
уменьшение выраженности болевого синдрома  
снижение частоты рецидивов язвенной болезни  
уменьшение риска прободения язвы

**108. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

Helicobacter pylori

нарушение диеты  
курение  
нарушение моторики желудка

**109. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

высокое стояние диафрагмы  
свободный газ в брюшной полости  
пневматизация кишечника  
«чаши» Клойбера

**110. СИНТЕЗ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛЕЗАХ ЖЕЛУДКА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

париетальные клетки

главные клетки  
нейроэндокринные клетки  
мукоциты

**111. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

шум плеска через 3-4 часа после приема пищи

рвота желчью  
резонанс под пространством Траубе  
видимая перистальтика

**112. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ:**

активность липазы  
уровень глюкозы  
активность амилазы

активность щелочной фосфатазы

**113. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ**

спазмолитики  
прокинетики  
антисекреторные препараты  
ферменты

**114. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

рентгенологический  
ультразвуковой  
эндоскопический с биопсией

исследование кала на скрытую кровь

**115. СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЭРАДИКАЦИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ:**

всем с жалобами на абдоминальные боли  
только перенесшим язвенное кровотечение в анамнезе  
только при бессимптомном течении заболевания

всем H. pylori-позитивным

**116. НАИБОЛЬШИЙ АНТИСЕКРЕТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ**  
рабепразол

фамотидин

висмута трикалия дицитрат

алгелдрат + магнезия гидроксид

**117. В СХЕМУ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ВХОДИТ**

левофлоксацин

тетрациклин

ципрофлоксацин

амоксициллин

**118. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОЙ ФИБРОГАСТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

острый холецистит

дѣгтеобразный стул

обострение хронического гастрита

желудочное кровотечение

**119. К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ:**

выраженный болевой синдром в эпигастральной области, возникающий в ночное время

изжогу, рвоту кислым содержимым

наличие гиперхромной анемии в общем анализе крови

появление прожилок крови в кале

**120. ПОЗДНИЕ, «ГОЛОДНЫЕ», НОЧНЫЕ БОЛИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИЕСЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

язвенной болезни 12-перстной кишки

хронического гастрита

язвенной болезни желудка

цирроза печени

**121. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ**

4-6 недель

1-2 недели

3-4 недели

1 год

**122. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗИРОВКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СТАНДАРТНОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, ЯВЛЯЕТСЯ**

омепразол 20 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки.

омепразол 40 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки

омепразол 40 мг в сутки+ метронидазол 1000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки.

омепразол 20 мг в сутки+ амоксициллин 2000 мг в сутки+ кларитромицин 1000 мг в сутки

**123. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

рвота желчью

рвота съеденной накануне пищей

вздутие живота

диарея

**124. НАЛИЧИЕ ЭРОЗИЙ В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**  
острого гастрита

аутоиммунного гастрита

гранулематозного гастрита

хеликобактерной инфекции

**125. ЗАНТАК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ**

блокаторы гистаминовых H1-рецепторов  
симпатомиметики  
M-холиноблокаторы

блокаторы гистаминовых H2-рецепторов

**126. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СТИМУЛЯТОРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ:**

эуфиллин

кофеин

атропин

гистамин

**127. ГДЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ЖКТ КОЛОНИЗИРУЕТСЯ ХЕЛИКОБАКТЕР, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

дно желудка

луковица двенадцатиперстной кишки

пилорический отдел желудка

тощая кишка

**128. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО**

диспепсический синдром

диарея

спастический стул

умеренный лейкоцитоз

**129. ПРЯМОЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

симптом «ниши»

симптом «песочных часов»

гастроэзофагеальный рефлюкс

деформация стенки желудка

**130. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ:**

рентгенологическое исследование желудка

эндоскопия с прицельной биопсией

исследование секреторной функции желудка

поэтажная манометрия

**131. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

эрадикационная терапия

антирефлюксная терапия

заместительная терапия

антисекреторная терапия

**132. ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ЯБДПК:**

Тупая, давящая боль в эпигастральной области, усиливающаяся при приёме пищи;

Схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приёме жирной пищи;

Постоянная тупая боль в эпигастрии не связанная с приёмом пищи;

Боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 2-3 часа после приёма пищи;

**133. ПРЯМОЙ ПРИЗНАК ЯБ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ:**

Деформация стенки

Симптом «песочных часов»

Гастроэзофагеальный рефлюкс

Симптом «ниши»;

**134. К ПРЕПАРАТАМ С ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА СЛИЗИСТУЮ ЖЕЛУЗЖКА ОТНОСИТСЯ:**

Сукральфат;

Гептрал

Викалин;

Дюспаталин;

**135. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯБЖ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ВОЗНИКЛО?**

Стеноз пилорического отдела желудка

Пенетрация;

Перфорация;

Кровотечение;

**136. К ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯБЖ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ :**

Симптома «ниши»;

Пилороспазма

Симптома «пальца»;

«Дефекта наполнения

**137. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ЯБЖ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ, КРОМЕ:**

Анемический;

Болевой;

Диспептический;

Астенический;

**138. ДЛЯ ИНВАЗИВНОГО ОБНАРУЖЕНИЯ H. PYLORI НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:**

Поэтажной манометрии;

Рентгенологического исследования

ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка;

Компьютерной томографии.

**139. К БЛОКАТОРАМ «ПРОТОННОГО НАСОСА» ОТНОСИТСЯ:**

Фамотидин;

Де-нол;

Панцитрат

Лансопразол

**140. ДЛЯ ЯЗВЫ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО:**

Боли в околопупочной области;

Боли в эпигастральной области, возникающие через 3 часа после еды;

Боли, не связанные с приемом пищи

Боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды;

**141. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:**

Тест с Д-ксилозой

ФГДС с биопсией слизистой;

Уреазный тест;

Бактериологический;

**142. ДИАГНОСТИКА ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КУРСА АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕРЕЗ:**

2 недели;

4-6 недель

3 недели;

8-10 недель.

**143. КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ "ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ" ВЫЯВЛЕНИЯ H. PYLORI?**

Серологический;  
Гистологический;  
Дыхательный;  
Биохимический

**144. В СХЕМЕ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:**

Сукральфат;  
Урсофальк;  
Кларитромицин

Амоксициллина клавулонат

**145. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ В ТЕЛЕ ЖЕЛУДКА БОЛИ ВОЗНИКАЮТ:**

Через 0,5-1 час после еды

До еды, натощак;  
Только по вечерам;  
Через 3-4 часа после еды;

**146. К НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ОБНАРУЖЕНИЯ H. PYLORI ОТНОСЯТ:**

Тест с физической нагрузкой;  
Уреазный тест;  
Гистологический тест

Дыхательный тест;

**147. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯБ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:**

Перфорации;  
Малигнизации;  
Кровотечения;  
Рефлюкса

**148. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОБОСНОВАННОЙ:**

Омепразол + амоксициллин + кларитромицин;

Фамотидин + амоксициллин + де-нол;

Метацин + альмагель + атропин;

Церукал + энпростил + гевискон

**149. РИТМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЙ ПРИ ЯБ, СВЯЗАННЫЙ С ПРИЁМОМ ПИЩИ, ЗАВИСИТ ОТ:**

Локализации язвы;

Глубины язвы;

Наличия хеликобактерной инфекции;

Размеров язвы

**150. КАКИЕ АНТИБИОТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ H. PYLORI?**

Пенициллин, левофлоксацин;

Канамицин, оксациллин;

Амоксициллин, кларитромицин;

Гентамицин, цефтриаксон.

**151. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ**

циклоспорин

триамцинолон

преднизолон

ламивудин

**152. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, НЕ СВОЙСТВЕННЫМ ИНТЕРФЕРОНУ АЛЬФА, ЯВЛЯЕТСЯ**

депрессия

тромбоцитопения, нейтропения

гемолитическая анемия

нарушение функции щитовидной железы

**153. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ**

транзиентной эластометрии

компьютерной томографии с контрастированием

магнитно-резонансной томографии

дуплексного ультразвукового сканирования

**154. ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

анти- HBs и наличие анти-HBcor

анти- HBs и отсутствие анти-HBcor

анти-HBcor и отсутствие анти- HBs

HBs антигена и отсутствие анти-HBe

**155. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ**

бета-глобулина и IgA

альфа2-глобулина и IgM

альфа1-глобулина и IgE

гамма-глобулина и IgG

**156. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ**

кашель

ишиалгию

миалгию

брадикардное

**157. ПРЕПАРАТЫ ЛАКТУЛОЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ОСНОВАНИИ ИХ СПОСОБНОСТИ**

подавлять образование аммиака в мышцах

подавлять образование аммиака в кишечнике

усиливать связывание аммиака в печени

усиливать выведение аммиака почками

**158. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ**

Внутривенно

перорально

внутримышечно

в микроклизмах

**159. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В КОНТРОЛИРУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ В КРОВИ КОЛИЧЕСТВА АНТИТЕЛ К**

HBcor антигену

HBe антигену класса IgA

HBe антигену класса IgG

HBs антигену

**160. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ**

выявления РНК HCV

выявления ДНК HCV

повышения уровня ЩФ

повышения уровня АСТ

**161. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА, ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH, НЕ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО- ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ**

наличия асцита  
стадии печеночной энцефалопатии  
количества тромбоцитов

протромбинового времени/индекс

**162. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СТАВИТСЯ ПРИ КЛИНИКО-  
ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ**

6 месяцев

1 месяца

3 месяцев

9 месяцев

**163. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ БЫВАЮТ**

инфекционные

травматические

алиментарные

системные

**164. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ  
ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ОТНОСЯТ**

артралгию

кольцевидную эритему

реактивный гастрит

асцит

**165. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ**

АЛТ

АСТ

гамма-ГТ и щелочной фосфатазы

АЛТ и АСТ

**166. ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ПРОВОДЯТ**

противовирусной терапией

кортикостероидами (иногда в комбинации с цитостатиками)

категорическим отказом от алкоголя

динамическим наблюдением

**167. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ – ЭТО**

увеличение размеров селезенки

расширение диаметра селезеночной вены

интенсификация кровоснабжения селезенки

интенсификация элиминации форменных элементов крови

**168. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ  
ВЫЯВЛЕНИЕ**

расширения подкожных вен нижних конечностей

гепатомегалии

расширения вен нижней трети пищевода

спленоmegалии

**169. САМЫМ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

хроническом вирусном гепатите В

хроническом вирусном гепатите С

аутоиммунном гепатите

алкогольной интоксикации 0

**170. КОНЬЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ  
ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА**

лейцинаминопептидазы

нуклеотидазы

кислой фосфатазы

глюкуронилтрансферазы

**171. ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ**

варикозное расширение вен пищевода

желтуха

гипоальбуминемия

энцефалопатия

**172. ЛЕЧЕБНЫЙ ПАРАЦЕНТЕЗ БОЛЬНОМУ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С АСЦИТОМ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ**

напряженном или рефрактерном к терапии асците

болях в животе

нарастании желтухи

отсутствии артериальной гипотонии

**173. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО**

снижение протромбинового индекса, снижение билирубина, повышение трансаминаз

снижение протромбинового индекса, повышение билирубина, снижение альбумина

повышение билирубина, повышение трансаминаз, повышение холестерина

повышение протромбинового индекса, повышение билирубина, повышение трансаминаз

**174. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ**

**НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ**

нарастание желтухи, геморрагический синдром

желтуха, слабость

геморрагический синдром, похудание

нарастание слабости, желтуха

**175. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

анамнестическое указание на употребление наркотиков

развитие алкогольного делирия

тяжелое течение гепатита

выраженная слабость

**176. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

повышение давления в портальной вене

снижение гемоглобина крови

высокая вирусная нагрузка

желтуха

**177. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

нарушения всасывания белков из кишечника

портальной гипертензии

диспротеинемии

нарушения синтетической функции гепатоцитов

**178. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО**

соблюдение диеты с содержанием поваренной соли менее 3 г/сут

применение диеты с ограничением белка

начинать терапию петлевыми диуретиками в максимальных терапевтических дозах

доведение суточного диуреза до 2-3 литров

**179. РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

повышение АЛТ

повышение активности альдолазы

повышение протромбинового индекса

гипоальбуминемия

**180. ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ СНИЖЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

гипертриглицеридемия

гипопротромбинемия

гаптоглобулинемия

гипоферментемия

**181. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ**

мезенхимального воспаления

печеночно-клеточной недостаточности

активности патологического процесса

портопеченочной недостаточности

**182. ПОВЫШЕНИЕ КОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА, ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, .-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

цитолитического синдрома

холестатического синдрома

синдрома печеночно-клеточной недостаточности

гиперспленизма

**183. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

щелочная фосфатаза

альбумин

холестерин

АЛТ

**184. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

преднизолон

α-интерферон

рибавирин

урсодезоксихолевая кислота

**185. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

снижение содержания тромбоцитов до  $50 \times 10^9/\text{л}$

повышение аланинаминотрансферазы

эозинофилия

ускоренная скорость оседания эритроцитов

**186. СИНДРОМОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

гепатомегалия

внепеченочные знаки

цитолитический синдром

портальная гипертензия

**187. ПРИ УГРОЗЕ РАЗВИТИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ**

углеводы

жиры

клетчатку

белки

**188. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

спленопортометрия  
сцинтиграфия печени  
УЗИ органов брюшной полости  
биопсия печени

**189. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО**

повышение уровня щелочной фосфатазы  
повышение уровня холестерина  
повышение уровня трансаминаз  
повышение уровня прямого билирубина

**190. ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ**

Чайлд–Пью

Уилсона–Коновалова

Бадда–Киари

Шерешевского – Тернера

**191. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИМПТОМАМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ**

белки

жиры

углеводы

жидкость

**192. РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

эссенциальной гипертензии

ренальной гипертензии

синдрома Иценко-Кушинга

портальной гипертензии

**193. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО \_\_\_\_\_ Г/СУТКИ**

31-40

41-50

20-30

51-60

**194. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

повышение уровня щелочной фосфатазы

повышение уровня холестерина

снижение уровня альбумина

повышение активности аланиновой аминотрансферазы

**195. ШКАЛА ЧАЙЛД – ПЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОЦЕНКУ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:**

Альбумина крови

Трансаминаз крови (АлТ, АсТ);

Лейкоцитов крови

ГГТ, щелочной фосфатазы

**196. БОЛЬНЫМ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИМПТОМАМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ:**

Углеводы;

Жиры;

Белки;

Жидкость;

**197. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:**

Расширения вен в области пупка;

Кровотечения из варикозно–расширенных вен пищевода;

Диспепсических расстройств (снижения аппетита, тошноты);

Расширения вен брюшной стенки в боковых отделах живота;

**198. НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ БОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНО:**

В активной стадии аутоиммунного цирроза печени;

При компенсированном циррозе печени;

При субкомпенсированном циррозом печени;

При циррозах печени лечение глюкокортикостероидами не проводится.

**199. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:**

Спленомегалии;

Асцита;

Варикозного расширения вен пищевода, желудка, геморроидальных вен;

Желтухи

**200. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕРАПИИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

Назначение салуретиков;

Салуретиков в сочетании с  $\beta$ -адреноблокаторами;

Комбинация мочегонных с  $\beta$ -адреноблокаторами и ограничением потребления поваренной соли;

Все варианты равнозначны;

**201. ШУНТИРОВАНИЕ КРОВотоКА В ОБХОД ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ, ПРИВОДИТ КО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ, КРОМЕ.**

Частичного функционального отключения печени;

Недостаточной инактивации в печени ряда биологически активных веществ;

Развития портокавальной энцефалопатии.

Улучшения дезинтоксикационной функции печени;

**202. У БОЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОВЫШАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ:**

ГТТЩ;

АлТ;

АсТ;

Амилазы

**203. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА?**

Эзофагогастродуоденоскопия;

Ультразвуковое исследование;

Внутрипищеводная рН-метрия;

Рентгенконтрастное исследование пищевода и желудка

**204. ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ**

эозинофилия

тромбоцитоз

лимфоцитоз

нейтрофилез

**205. БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ**

ингаляционные  $\beta_2$  агонисты  
периферические вазодилататоры  
глюкокортикостероиды

защищенные пенициллины

**206. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

остеопороз  
гипергликемия  
дисфония

ожирение

**207. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

гиперпродукция бронхиального секрета  
аллергическое воспаление дыхательных путей

десквамация эпителия дыхательных путей  
пролиферация эпителия дыхательных путей

**208. К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

вирусные инфекции  
пищевую аллергию  
лекарственные препараты  
атопию

**209. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

сухие хрипы на выдохе  
сухие хрипы на вдохе  
влажные хрипы  
крепитация

**210. ПИКФЛОУМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕМ**

объема форсированного выдоха за 1 секунду  
жизненной емкости легких  
пиковой скорости выдоха

максимальной вентиляции легких

**211. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

$\beta_2$ -агонисты короткого действия  
ингаляционные глюкокортикостероиды  
метилксантины

M-холинолитики

**212. ПОБОЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ОБЫЧНЫХ ДОЗАХ**

кандидоз глотки  
инфекция носоглотки  
дисфония

язва желудочно-кишечного тракта

**213. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВВЕДЕНИЕ**

симпатомиметиков через небулайзер  
эуфиллина внутривенно  
интала через спейсер

глюкокортикостероидов внутривенно

**214. СРЕДИ  $\beta_2$ -АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ**  
сальбутамол

беротек

сальметерол

вентолин

**215. ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

Антибиотики

ингаляционные глюкокортикостероиды

кромогликат натрия и недокромил натрия

теофиллины

**216. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВКЛЮЧАЕТ**

ежедневное введение противовоспалительных препаратов

бронходилататоры пролонгированного действия

ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия по потребности

применение системных глюкокортикостероидов

**217. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

бронходилататоры пролонгированного действия короткими курсами

ежедневное введение противовоспалительных препаратов

ежедневные ингаляции  $\beta_2$ -агонистов короткого действия

частое применение системных глюкокортикостероидов

**218. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ**

ингаляционные ГКС

кромогликат натрия (интал)

муколитики

ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты короткого действия

**219. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

ОФВ1 от 60% до 80% от должных величин

вариабельностью ПСВ < 20%

ночными приступами удушья реже 1 раза в неделю

ежедневными ночными приступами удушья

**220. ПИКФЛОУМЕТРИЯ – ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

дыхательного объема

жизненной емкости легких

остаточного объема

пиковой скорости выдоха

**221. БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

ингаляционные глюкокортикостероиды

антихолинэргические препараты

муколитические препараты

бета-2-агонисты

**222. ЭКВИВАЛЕНТОМ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВЫСТУПАЕТ**

постоянный непродуктивный кашель

пароксизмальный непродуктивный кашель

кашель с отделением обильной слизистой мокроты

постоянная одышка

**223. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ЛЕЙКОФОРМУЛЕ МОКРОТЫ ХАРАКТЕРНО ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ**

Макрофагов

эозинофилов

лимфоцитов

нейтрофильных лейкоцитов

**224. ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В КОМБИНАЦИИ С**

$\beta$ 2-агонистами короткого действия

антихолинэргическими препаратами

системными глюкокортикостероидами

продолжительными бронхолитиками

**225. ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЫЗВАН**

плевральным выпотом

повышением температуры тела

бронхоспазмом

перерастяжением легкого

**226. ПРОЯВЛЕНИЕМ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА III СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

свистящее дыхание

амфорическое дыхание

гипоксическая кома

немое легкое

**227. К ПРИЗНАКАМ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

возникновение бронхиальной астмы в пожилом возрасте

приступы бронхоспазма на определенные аллергены

приступы удушья при обострении хронического бронхита

частые ночные приступы бронхоспазма

**228. К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ**

бронхиальное дыхание

амфорическое дыхание

влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы

свистящие хрипы на выдохе

**229. К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОЙ СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, КОНТРОЛИРУЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ**

$\beta$ 2-агонисты короткого действия по потребности

теофиллин замедленного высвобождения

ингаляционные глюкокортикоиды

$\beta$ 2-агонисты длительного действия

**230. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ИММУНОГЛОБУЛИНОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

Ig E

Ig M

Ig A

Ig G

**231. В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАР ОБА БРОНХОДИЛАТОРА ОБЛАДАЮТ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ?**

сальметерол и формотерол

сальбутамол и эуфиллин

беродуал и теофиллин

теотард и вентолин

**232. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МОКРОТА**

пенистая

легкоотделяемая

при отстаивании образует три слоя

вязкая

**233. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

Бронхоскопия

спирометрия

компьютерная томография

пикфлоуметрия

**234. В ТЕРАПИИ ХОБЛ СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ**

ингаляционные глюкокортикостероиды

антибактериальные препараты

бронходилататоры

отхаркивающие препараты

**235. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

физикальное обследование

рентгенография

ультразвуковое исследование

компьютерная томография

**236. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

исследование функции внешнего дыхания

рентгенография грудной клетки

бронхоскопическое исследование

анализ мокроты

**237. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%

ЖЕЛ менее 50%

ОФВ1/ФЖЕЛ менее 90%

ОФВ1 менее 60%

**238. ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

ФЖЕЛ

ОВФ1

ПСВ25-75

МВЛ

**239. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

спирометрия

компьютерная томография

пульсоксиметрия

рентгенография

**240. ПРИ СНИЖЕНИИ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОФВ1<50% ОТ ДОЛЖНОГО СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК**

тяжелая

среднетяжелая

легкая

крайне тяжелая

**241. К ОСНОВНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ХОБЛ ОТНОСЯТ**

крепитация  
влажные мелкопузырчатые хрипы  
влажные крупнопузырчатые хрипы  
сухие свистящие хрипы

**242. ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ХОБЛ, ВЫСТУПАЕТ**

ФЖЕЛ  
ЖЕЛ  
ОФВ1/ФЖЕЛ  
ОФВ1

**243. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПОКАЗАТЕЛЬ**

отношение ФЖЕЛ/ОФВ1  
ФЖЕЛ  
отношение ОФВ1/ФЖЕЛ  
ОФВ1

**244. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ**

появлении кровохарканья  
нарастании слабости  
выделении гнойной мокроты  
упорном кашле

**245. ТЕРАПИЮ БРОНХОДИЛАТОРАМИ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ХОБЛ ПРОВОДЯТ ДЛЯ**

подавления хронического воспаления  
улучшения эластической тяги легких  
предупреждения дальнейшего снижения функции легких  
улучшения переносимости физической нагрузки

**246. МОКРОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ**

имеет слизистый характер и белесоватый цвет  
имеет гнойный характер и при стоянии расслаивается  
очень скудная и трудно поддается оценке  
белая, пенистая, обильная

**247. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

коронарографии  
эхокардиографии  
спирометрии  
полисомнографии

**248. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ХОБЛ ЗНАЧЕНИЕ ОФВ1 СООТВЕТСТВУЕТ**

$60\% < \text{ОФВ1} < 80\%$

$30\% < \text{ОФВ1} < 50\%$

$\text{ОФВ1} < 30\%$

$\text{ОФВ1} < 60\%$

**249. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

значительного нарастания симптомов заболевания

гнойной мокроты  
сухих хрипов при аускультации лёгких  
эпизодов свистящего дыхания

**250. БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛАТАТОРА КОЭФФИЦИЕНТ БРОНХОДИЛАТАЦИИ (КБД) ДОСТИГАЕТ ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ \_\_\_\_\_ %**

15

38

20

55