

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

ТЕРАПИЯ

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.49 Терапия

Красноярск
2018

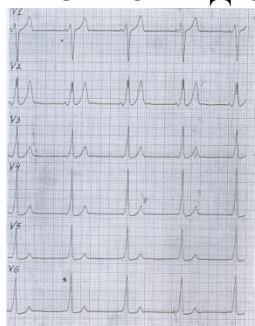
Составители: д-р мед. наук, проф. Е.Г. Грищенко; д-р мед. наук, проф. В.А. Шестовицкий; канд. мед. наук, доц. В.В. Шабалин; канд. мед. наук, доц. В.В. Кусаев; канд. мед. наук С.В. Ивлиев; канд. мед. наук И.В.Филоненко

Рецензенты: зав. каф. поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. М. М. Петрова; проф. каф. внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, проф. В. А. Шульман

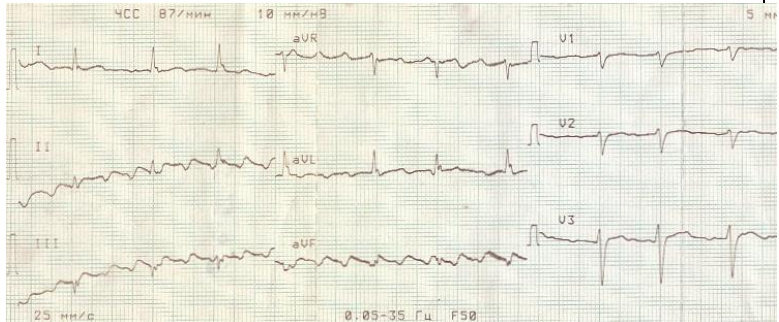
Терапия: сб. тестовых заданий с эталонами ответов для К21 ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.49 Терапия/ Е.Г. Грищенко, В.А. Шестовицкий, В.В. Шабалин [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 79 с.

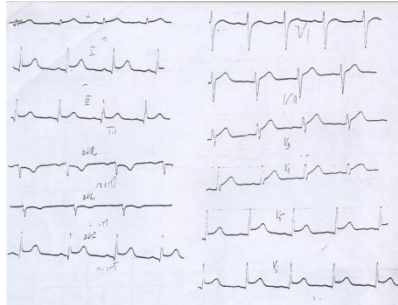
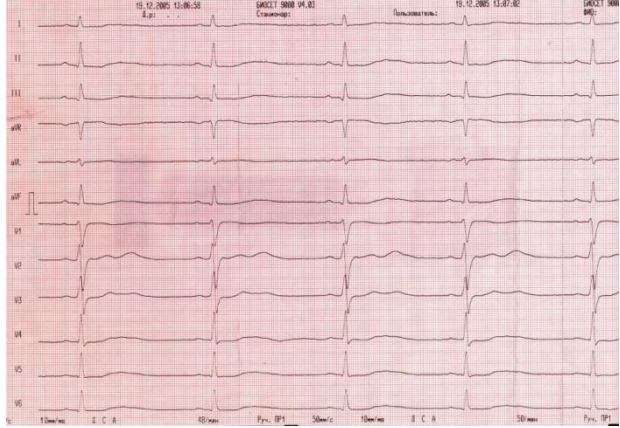
Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.49 Терапия; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности по специальности 31.08.49 Терапия .

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25 июня 2018 г.)

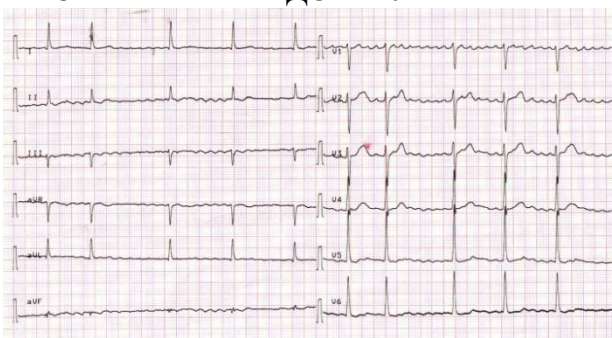
№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	НАИБОЛЬШЕЙ АВТОМАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ В НОРМЕ ОБЛАДАЮТ 1. синусовый узел 2. атрио-вентрикулярное соединение 3. пучок Гиса 4. волокна Пуркинье	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
2.	ПО КЛАССИФИКАЦИИ К-KILLIP, ОТЕК ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ К: 1. классу 1 2. классу 2 3. классу 3 4. классу 4	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
3.	НА ПРЕДСТАВЛЕННОМ ФРАГМЕНТЕ ЭКГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ  1. атриовентрикулярная блокада I степени 2. атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц I 3. атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II 4. атриовентрикулярная блокада III степени	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
4.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЮТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ: 1. первичного гиперальдостеронизма 2. феохромоцитомы 3. реноваскулярной гипертензии 4. коарктации аорты	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5,
5.	НА ЭКГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ  1. гипертрофия левого желудочка 2. синдром удлиненного QT 3. синдром WPW 4. гипокалиемия	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5,
6.	УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT АССОЦИИРУЕТСЯ С	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. фибрилляцией предсердий 2. трепетанием предсердий 3. полиморфной желудочковой тахикардией типа «пируэт» 4. мономорфной желудочковой тахикардией			
7.	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ОТНЕСТИ К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА 1. ширина комплекса QRS < 0,12 с 2. наличие Δ-волны 3. интервал P-Q > 0,11 с 4. отсутствие изменений со стороны сегмента ST и зубца T	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
8.	КАКОЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ВЛИЯНИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ 1. синусовая тахикардия 2. конъюнктивит 3. нарушение зрения в виде желтого окрашивания предметов 4. удлинение интервала QT	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5, ПК 6,
9.	. К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ИВАБРАДИН 1. бета-блокатор 2. блокатор If-каналов 3. ингибитор АПФ 4. метаболический препарат	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
10.	К КАКОЙ ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ТРИМЕТАЗИДИН 1. бета-блокатор 2. ингибитор синусового узла 3. ингибитор АПФ 4. метаболический препарат (цитопротектор)	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
11.	. К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОГО РЯДА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ESC (2018), ОТНОСИТСЯ: 1. индапамид-ретард 2. лизиноприл 3. моксонидин 4. небиволол	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
12.	ПРИ КАКОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УРОВНЕЙ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ESC (2018 Г.), ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЖНО КОНСТАТИРОВАТЬ НАЛИЧИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ: 1. 15 мг/сут 2. 20 мг/сут 3. 40 мг/сут 4. 5 мг/сут	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК
13.	ПО ДАННЫМ ДОМАШНЕГО САМОИЗМЕРЕНИЯ	1.	ВК ТК	УК 1,

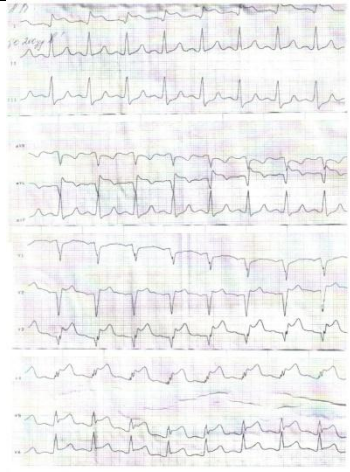
	АД, ПОРОГОВЫМ УРОВНЕМ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА АГ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК (2010 Г.), ЯВЛЯЕТСЯ: 1. 135/85 мм рт.ст. 2. 140/90 мм рт.ст. 3. 145/95 мм рт.ст. 4. 130/80 мм рт.ст..		ГИА	ПК 5
14.	НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ЭКГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ  1. синусовый ритм 2. фибрилляция предсердий 3. трепетание предсердий 4. пароксизмальная предсердная тахикардия	3.	ВК ТК ГИА	УК 1 ПК 5
15.	ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ, ХОРОШО ПРОВОДЯЩИЙСЯ В ЛЕВУЮ ПОДМЫШЕЧНУЮ ОБЛАСТЬ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: 1. митрального стеноза 2. митральной недостаточности 3. аортального стеноза 4. аортальной недостаточности	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
16.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: 1. кожные высыпания 2. тошнота и рвота 3. гипотония 4. бронхоспазм	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
17.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СПОСОБЕН УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, НО НЕ ВЛИЯЕТ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИСТОЛИЧЕСКОГО ТИПА 1. метопролола сукцинат 2. бисопролол 3. карведилол 4. дигоксин	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
18.	КАКОЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ПРИНЦМЕТАЛА) ВЕРНО 1. депрессия S-T на ЭКГ во время приступа 2. приступы болей чаще при нагрузке 3. обычно развивается инфаркт миокарда 4. причиной болей является коронарораспизм	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

19.	ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА 1. интенсивный грубый диастолический шум 2. иррадиация шума в левую подмышечную область 3. систолическое дрожание во 2-м межреберье справа от грудины 4. увеличение пульсового АД	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
20.	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ АД ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 1. не изменяется 2. повышается САД и снижается ДАД 3. понижается САД и повышается ДАД 4. повышается только систолическое	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
21.	ПРЕДСТАВЛЕННЫЙ НА ЭКГ КОНКОРДАНТНЫЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ  1. острого инфаркта миокарда 2. для острого перикардита 3. для гиперкалиемии 4. для гипокалиемии	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
22.	ДЛЯ КАКОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ХАРАКТЕРЕН СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПО ВСЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКЕ С ЭПИЦЕНТРОМ В III-IV МЕЖРЕБЕРЬЯХ 1. дефект межпредсердной перегородки 2. дефект межжелудочковой перегородки 3. открытый артериальный проток 4. коарктация аорты	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
23.	РЕГИСТРИРУЕМЫЙ НА ЭКГ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ 28 ЛЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ U ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ  1. гипокалиемии	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

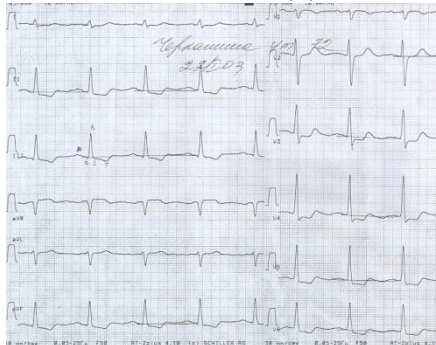
	2. гиперкалиемии 3. гипокальциемии 4. гиперкальциемии			
24.	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТА 42 ЛЕТ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭОЗИНОФИЛИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ОБНАРУЖЕН ФИБРОЗ ЭНДОКАРДА И ПРИСТЕНОЧНЫЙ ТРОМБ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. амилоидоза 2. эндокардита Леффлера 3. миокардита 4. гипертрофической кардиомиопатии	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
25.	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ 1. периодическое выпадение отдельных сердечных циклов (зубцов Р и комплексов QRS) с интервалами, равными или несколько меньшими, чем 2 или 3 интервала основного ритма 2. двугорбый зубец Р 3. трепетание предсердий 4. двухфазный зубец Р	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
26.	АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН СОСТОИТ ИЗ 1. одной створки 2. двух створок 3. трех створок 4. четырех створок	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
27.	СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У ВСЕХ БОЛЬНЫХ, СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ОССН (2016 Г.), ОТНОСЯТСЯ 1. аспирин 2. ИАПФ 3. нитраты 4. диуретики	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
28.	СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ, ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2010, 2018 ГГ), КРИТЕРИЕМ ОПТИМАЛЬНОГО ИСХОДНОГО УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <140 мм.рт.ст. 2. <130 мм.рт.ст. 3. <120 мм.рт.ст. 4. <110 мм.рт.ст.	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
29.	СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ, ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2010, 2018 ГГ), КРИТЕРИЕМ ОПТИМАЛЬНОГО ИСХОДНОГО УРОВНЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <90 мм.рт.ст.	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

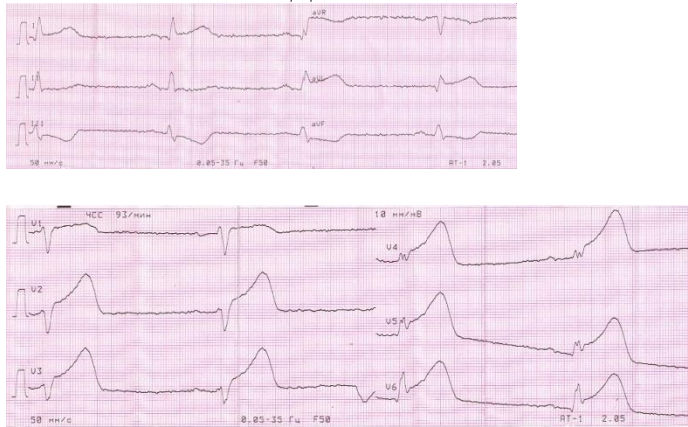
	2. <85 мм.рт.ст. 3).<80 мм.рт.ст. 4).<70 мм.рт.ст.			
30.	БОЛЬНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ОБЛАСТИ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ ПРИ ХОДЬБЕ, ЗАСТАВЛЯЮЩИЕ ЕГО ОСТАНОВИТЬСЯ. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВНОК (2010) ЭТО СООТВЕТСТВУЕТ 1. I стадии ГБ 2. II стадии ГБ 3. III стадии ГБ 4. IV стадии ГБ	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
31.	НА ЭКГ У БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СУММА ЗУБЦОВ R В V5 И S В V1 СОСТАВЛЯЕТ 46 ММ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ОТСУТСТВУЮТ. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК (2010), ВЫ ПОСТАВИТЕ В ДИАГНОЗЕ 1. I стадию 2. II стадию 3. III стадию 4. IV стадию	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
32.	НА ЭКГ НИЖЕ ПРЕДСТАВЛЕНА  1. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия 2. фибрилляция предсердий 3. трепетание предсердий 4. синусовая тахикардия	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
33.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЗАСТАВИТ ВАС УСОМНИТЬСЯ В ДИАГНОЗЕ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ПРИНЦЕМАТАЛА) 1. быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ 2. в основе лежит коронароспазм 3. приступы возникают чаще ночью 4. приступы провоцируются, как правило, физической нагрузкой	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
34.	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ 1. гидрохлортиазид 2. пропранолол 3. метилдопа 4. нифедипин	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

35.	ЧЕМУ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ЗАТЯЖНОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЬЮ 1). изокету в/в 2. нитропруссиду натрия 3. эналаприлату в/в 4. фуросемиду в/в	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
36.	С ВВЕДЕНИЯ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМНОГО КРИЗА 1. пентамин в/в 2. эналаприлат в/в 3. нитропруссид натрия в/в 4. фентоламин в/в	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
37.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЗАСТАВИЛО ЛЕЧАЩЕГО ДОКТОРА УСОМНИТЬСЯ ДИАГНОЗЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ЗАПОДОЗРИТЬ У БОЛЬНОГО АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА 1. влажные хрипы в легких 2. гепатомегалия 3. отеки на ногах 4. выраженное утолщение стенок левого желудочка по данным ЭхоКГ при низковольтажной ЭКГ	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
38.	. ЧТО ОЗНАЧАЕТ АББРЕВИАТУРА МНО 1. мониторинг водорода (H) и кислорода (O) 2. медленная нормализация оксигенации 3. международное нормализованное отношение 4. многоуровневое не прямое окисление	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
39.	К СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У ВСЕХ БОЛЬНЫХ, СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ОССН (2016 Г.), ОТНОСЯТСЯ 1. ингибиторы АПФ 2. статины 3. антикоагулянты 4. антагонисты кальция	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
40.	ЧТО ВЫ ВИДИТЕ НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ЭКГ	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	 1. пароксизмальную желудочковую тахикардию 2. острый перикардит 3. острый передний распространенный Q-инфаркт миокарда 4. синусовую тахикардию на фоне блокады левой ножки пучка Гиса			
41.	СИНТЕЗ РЕНИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В 1. клетках юктагломерулярного аппарата 2. клетках коркового слоя надпочечников 3. клетках мозгового слоя надпочечников 4. в правом предсердии	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
42.	К СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОГНОЗ И ПРИМЕНЯЕМЫХ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ, СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2016 Г.), ОТНОСЯТСЯ 1. ингибиторы АПФ 2. амлодипин 3. бета-блокаторы 4. антагонисты минералокортикоидных рецепторов	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
43.	К КАКОМУ КЛАССУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ ФРАКСИПАРИН (НАДРОПАРИН) 1. тромболитик 2. антитромбоцитарный препарат 3. антагонист витамина К 4. низкомолекулярный гепарин	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
44.	К ПРЕИМУЩЕСТВАМ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ, ПО СРАВНЕНИЮ С НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ, ОТНОСИТСЯ 1. отсутствие риска гепарин-индуцированной тромбоцитопении 2. безопасность применения при ХПН 3. отсутствие необходимости постоянного контроля антикоагулянтного эффекта 4. отсутствие риска геморрагических осложнений	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
45.	КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ПОРОГОВЫМ	1.	ВК ТК	УК 1,

	УРОВНЕМ ПОВЫШЕНИЯ АЛТ, АСТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАТИНАМИ, ПОСЛЕ КОТОРОГО ТРЕБУЕТСЯ КОРРЕКЦИЯ ТАКТИКИ, СЧИТАЕТСЯ 1. >3 раз от верхней границы нормы 2. выше верхней границы нормы 3. >1,5 раз от верхней границы нормы 4. >2,0 раз от верхней границы нормы		ГИА	ПК 5
46.	ПРИ ИСХОДНОМ УДЛИНЕНИИ ИНТЕРВАЛА QT НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНО ПРИМЕНЕНИЕ 1. амиодарона 2. соталола 3. метопролола 4. хинидина	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
47.	ПРИМЕНЕНИЕ МОЛСИДОМИНА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАДИИ ОСНОВАНО НА ЕГО 1. бета-блокирующем эффекте 2. нитратоподобном действии 3. липидснижающем эффекте 4. выраженном антитромбоцитарном действии	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
48.	ФЕНОМЕН ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1. уменьшении наполнения пульса на вдохе 2. увеличении наполнения пульса на вдохе 3. уменьшении наполнения пульса на выдохе 4. увеличении наполнения пульса на выдохе	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
49.	УКАЖИТЕ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ СЛЕДУЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ 1. протромбиновое время 2. протромбиновый индекс 3. активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) 4. фибринолитическую активность плазмы	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
50.	ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ, ПРИВОДЯЩАЯ К ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ТЕРАПИИ 1. сердечными гликозидами 2. лидокаином 3. алупентом 4. реланиумом	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
51.	НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. 24-часовой мониторинг ЭКГ 2. проба с дозированной физической нагрузкой 3. фармакологические пробы 4. ЭКГ покоя	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
52.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ	4.	ВК ТК	УК 1,

	ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. определение СОЭ и лейкоцитов 2. определение ЛДГ в крови 3. определение суммарной креатинфосфокиназы в крови 4. определение уровня тропонина Т, I и МВ фракции креатинфосфокиназы крови		ГИА	ПК 5
53.	. НА РИСУНКЕ ПРЕДСТАВЛЕН  1. острый распространенный передний ИМ 2. острый нижне-боковой ИМ 3. острый циркулярный ИМ 4. острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, для окончательного вывода требуется динамическое определение специфических кардиомаркеров (тропонины, КФК-МВ)	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
54.	"РИТМ ПЕРЕПЕЛА" ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН 1. расщеплением I тона 2. расщеплением II тона 3. наличием патологического III тона 4. наличием тона (щелчка) открытия митрального клапана	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
55.	. "ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОКНО" ТРОПОНИНА-Т ПРИ ОСТРОМ Q-ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ 1. от 4-6 ч до 7-14 суток 2. 4 часа - 3 суток 3. 6 часов – 3 недели 4. 2 часа – 2 суток	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
56.	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. фибрилляция предсердий 2. наджелудочковая экстрасистолия 3. частая желудочковая экстрасистолия 4. атриовентрикулярная блокада II степени	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
57.	НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЫ КЛОПИДОГРЕЛА В 300 МГ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ 1. старше 50 лет 2. старше 60 лет 3. старше 75 лет	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6

	4. моложе 40 лет			
58.	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОТНОСИТСЯ КО II КЛАССУ АНТИАРИТМИКОВ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ VAUGHAN WILLIAMS) 1. хинидин 2. лидокаин 3. пропранолол 4. ритмонорм (пропафенон)	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
59.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 1. не зависит от массы поврежденного миокарда 2. связано с повреждением 10% массы миокарда 3. связано с повреждением 20% массы миокарда 4. связано с повреждением 40-50% и более массы миокарда	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
60.	ДЛИТЕЛЬНОЕ ОБЕЗДВИЖИВАНИЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОПАСНО РАЗВИТИЕМ 1. брадикардии 2. тромбоэмболических осложнений 3. артериальной гипертензии 4. сердечной недостаточности	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
61.	РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ 1. с первых суток от возникновения инфаркта 2. с первой недели от возникновения инфаркта 3. с третьей недели от возникновения инфаркта 4. с четвертой недели от возникновения инфаркта	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
62.	. ПРЯМЫЕ ПРИЗНАКИ НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ 1. I, aVL, V1-V4 2. II, III, aVF 3. I, aVL, V5-V6 4. aVL, V1-V2	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
63.	. НА РИСУНКЕ ПРЕДСТАВЛЕН  1. острый обширный передний инфаркт миокарда 2. острый нижний инфаркт миокарда	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	3. задне-базальный инфаркт миокарда 4. острый перикардит			
64.	СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2010), ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2018), КРИТЕРИЕМ НОРМАЛЬНОГО ИСХОДНОГО УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <120 мм.рт.ст. 2. 120-129 мм.рт.ст. 3. 130-139 мм.рт.ст. 4. <140 мм.рт.ст	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
65.	СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2010), ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2018), КРИТЕРИЕМ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <120 мм.рт.ст. 2. 120-129 мм.рт.ст. 3. 130-139 мм.рт.ст. 4). <140 мм.рт.ст.	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
66.	СОГЛАСНО РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2010), ЕВРОПЕЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (2018), КРИТЕРИЕМ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. <80 мм.рт.ст. 2. 80-84 мм.рт.ст. 3. 85-89 мм.рт.ст. 4. >90 мм.рт.ст.	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
67.	. НАИБОЛЕЕ РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ АГ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ 1. гломерулонефрит 2. феохромоцитомы 3. глюкагонома 4. синдрома Кушинга	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
68.	. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА 1. снижение артериального давления 2. повышение центрального венозного давления (ЦВД) 3. снижение ЦВД 4. анемия	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
69.	ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД НИЖЕ 1. 110 мм рт.ст. 2. 90мм рт.ст. 3. 80 мм рт.ст. 4. 70 мм рт.ст.	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
70.	САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. появление петехий 2. повышение температуры 3. появление узелков Ослера 4. нефротический синдром			
71.	СНИЖЕНИЕ ПУЛЬСАЦИИ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. дефекта межпредсердной перегородки 2. дефекта межжелудочковой перегородки 3. открытого артериального протока 4. коарктации аорты	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
72.	КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НУЖНО ВЫПОЛНИТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ 1. суточная экскреция альдостерона с мочой 2. определение катехоламинов в крови и моче 3. активность ренина плазмы 4. содержание кортизола в плазме	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
73.	ПО МЕРЕ НАСЫЩЕНИЯ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ИНТЕРВАЛ RQ ОБЫЧНО 1. увеличивается 2. уменьшается 3. не меняется 4. сначала увеличивается, затем уменьшается	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
74.	ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. спазм коронарной артерии 2. тромбоз коронарной артерии 3. окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой 4. внезапное повышение потребности миокарда в кислороде	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
75.	ДИАГНОЗУ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОТИВОРЕЧИТ РАЗВИТИЕ 1. лихорадки, ознобов 2. увеличения селезенки 3. вторичного эритроцитоза 4. образование порока сердца	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
76.	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ, ПОВТОРНО ЗАРЕГИСТРИРОВАННАЯ ДО 20 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯ ВНОК (2010), ПРИЗНАКОМ 1. хронической АГ 2. гестационной АГ 3. преэклампсии 4. эклампсии	1.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
77.	КРИТЕРИЕМ АГ У БЕРЕМЕННЫХ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК (2010), ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД 1. ≥ 130 мм рт.ст. 2. ≥ 140 мм рт.ст. 3. ≥ 150 мм рт.ст. 4. при повышении уровня систолического АД на 30	2.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	мм рт.ст. и/или диастолического на 15 мм рт.ст. от исходного			
78.	О НАЛИЧИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВНОК (2010), ПРИ САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ ПАЦИЕНТОМ ДОМА ЯВЛЯЕТСЯ 1. АД $\geq$ 125/80 мм рт.ст. 2. АД $\geq$ 130/80 мм рт.ст. 3. АД $\geq$ 135/85 мм рт.ст. 4. АД $\geq$ 140/90 мм рт.ст	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
79.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 1. бета-блокаторов 2. электрической кардиоверсии 3. лидокаина 4. верапамила	3.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6
80.	КАКОЙ НОВЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВПЕРВЫЕ ВНЕСЕН В РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ В 2018 ГОДУ 1. мужской пол 2. возраст 3. курение 4. мочева кислота	4.	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
81.	КАКОЙ ИЗ ФИЗИКАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? 1. набухание шейных вен 2. асцит 3. анорексия 4. ортопноэ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
82.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ БЫ ОТМЕНИЛИ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА? 1. периндоприл 2. бисопролол 3. верапамил 4. эплеренон	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
83.	ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАНА КЛАССИФИКАЦИЯ: 1. Василенко-Стражеско 2. Killip 3. NYHA 4. ВОЗ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
84.	ПРЕПАРАТ С ДВОЙНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ВАЛЬСАРТАН-САКУБИТРИЛ ОТНОСИТСЯ К:	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3,

	1. АРНИ (ангиотензиновых рецепторов + неприлизина ингибиторам) 2. ингибиторам АПФ 3. антагонистам минералокортикоидных рецепторов 4. периферическим вазодилататорам			ПК 13
85.	ПОНЯТИЕ «ХСН С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА» ПОДРАЗУМЕВАЕТ УРОВЕНЬ ФВЛЖ: 1. <35% 2. <40% 3. 40-49% 4. ≥50%	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
86.	ПОНЯТИЕ «ХСН С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА» ПОДРАЗУМЕВАЕТ УРОВЕНЬ ФВЛЖ: 1. <35% 2. <40% 3. 40-49% 4. ≥50%	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
87.	УКАЖИТЕ ГРУППУ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ, К КОТОРОЙ ОТНОСИТСЯ АЗИЛСАРТАН: 1. селективные α1-адреноблокаторы 2. блокаторы рецепторов ангиотензина II 3. ингибиторы АПФ 4. прямые ингибиторы ренина	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
88.	УКАЖИТЕ ГРУППУ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ, К КОТОРОЙ ОТНОСИТСЯ ДОКСАЗОДИН: 1. селективные α1-адреноблокаторы 2. блокаторы рецепторов ангиотензина II 3. ингибиторы АПФ 4. прямые ингибиторы ренина	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
89.	ФОРМУЛА СКД-ЕРІ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА: 1. массы миокарда левого желудочка 2. 10-летнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений 3. величины скорректированного интервала QT 4. расчетной СКФ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
90.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА? 1. язвенная болезнь в анамнезе 2. пожилой возраст 3. геморрагический инсульт в анамнезе 4. АД>180/110 мм рт.ст.	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
91.	РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МАКСИМАЛЕН У БОЛЬНЫХ:	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3,

	1. с ИБС 2. с митральным стенозом 3. старше 65 лет 4. с сердечной недостаточностью			ПК 13
92.	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: 1. феохромоцитомы 2. альдостеромы 3. синдрома Иценко-Кушинга 4. акромегалии	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
93.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. первичный гиперальдостеронизм 2. врожденные почечные тубулопатии 3. длительный прием глюкокортикоидов 4. прием диуретиков	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
94.	ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ НА ТРЕДМИЛЕ У БОЛЬНЫХ ИБС: 1. значительно более информативна, чем проба с нагрузкой на велоэргометре 2. значительно уступает по информативности пробе на велоэргометре 3. практически равноценна пробе на велоэргометре 4. дополняет велоэргометрию, поэтому нужно проводить пробу и на тредмиле, и на велоэргометре	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
95.	УСИЛЕННЫЙ I ТОН НА ВЕРХУШКЕ, ТОН ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ПРОТОДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: 1. митральной недостаточности 2. митрального стеноза 3. пролапса митрального клапана 4. носят функциональный характер	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
96.	ГЕСТАЦИОННАЯ ГИПЕРТОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1. появлением после 20 недели беременности и исчезновением в течение 12 недель после родов 2. появлением до 20 недели беременности и исчезновением в течение 12 недель после родов 3. появлением в любой срок беременности и исчезновением в течение 6 месяцев после родов 4. появлением за 2 недели до родов появлением за 2 недели до родов	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
97.	В КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ИМЕЮТСЯ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРЕЭКЛАМПСИИ? 1. срок беременности больше 20 нед + наличие АГ + отеки 2. срок беременности больше 20 нед + наличие АГ + судороги	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	3. срок беременности больше 20 нед + наличие АГ + протеинурия >100 мг в сутки 4. срок беременности больше 20 нед + наличие АГ + протеинурия >300 мг в сутки			
98.	ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ: 1. бета-блокаторов 2. метилдопы 3. ингибиторов АПФ 4. нифедипина	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
99.	ТЕРМИНОМ "ОРТОПНОЭ" НАЗЫВАЮТ: 1. увеличение частоты дыхания 2. неспособность находиться в положении лежа из-за одышки 3. возникновение одышки в положении сидя и облегчение ее в положении лежа 4. приступы сердечной астмы в ночные часы	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
100.	ЧТО ТАКОЕ СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА? 1. аутоаллергическая реакция после перенесенного инфаркта миокарда 2. разрыв межжелудочковой перегородки 3. разрыв межпредсердной перегородки 4. отрыв сосочковой мышцы	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
101.	ВЫ ПОСТАВИТЕ ДИАГНОЗ ОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ЕСЛИ КРИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1. головной болью 2. повышением АД выше 200/120 мм рт.ст. 3. учащенным сердцебиением 4. грубым нарушением функции органов-мишеней (отек легких, острая гипертоническая энцефалопатия, расслаивающая аневризма аорты и т.д.)	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
102.	У БОЛЬНОГО СИСТЕМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ СЕРДЦА (КЛИНИКА СТЕНОКАРДИИ) И СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ: 1. антагонистов кальция 2. кардиоселективных β-блокаторов 3. неселективных β-блокаторов 4. ивабрадина	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
103.	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ДОПУСКАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ: 1. эналаприл 2. амлодипин 3. лозартан 4. спиронолактон	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
104.	КАКОЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВЕРНО? 1. имеется увеличенная продукция ренина 2. у всех больных лечение ингибиторами АПФ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	противопоказано 3. легко поддается лечению 4. наиболее частой причиной является фибромускулярная дисплазия почечных артерий			
105.	ПОВТОРНОЕ ВВЕДЕНИЕ В КАЧЕСТВЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРОТИВОПОКАЗАНО ДЛЯ: 1. альтеплазы (актилизе) 2. урокиназы 3. тенектоплазы (метализе) 4. стрептокиназы	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
106.	УКАЖИТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ, В КОТОРОМ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ ЗНАЧЕНИЯ МНО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ: 1. 3,5-4,5 2. 2,5-3,5 3. 2,0-3,0 4. 1,7-2,0	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
107.	К КАКОМУ КЛАССУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ РИВАРОКСАБАН? 1. тромболитик 2. пероральный ингибитор Ха фактора 3. антитромбоцитарный препарат 4. антагонист витамина К	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
108.	У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПОДАГРОЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ РАЗВИЛСЯ ПРИСТУП ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА, ВЕРОЯТНО, СПРОВОЦИРОВАЛО ПРИСТУП? 1. гидрохлотиазид 2. амлодипин 3. периндоприл 4. лозартан	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
109.	ЛЕЧЕНИЕ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С: 1. внутривенного введения 1 мг изупрела 2. внутривенного введения эуфиллина 3. внутривенного введения 0,5-1 мг атропина 4. внутривенного введения 100 мг гидрокортизона	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
110.	ПО КЛАССИФИКАЦИИ KILLIP, КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ОТНОСИТСЯ К: 1. классу 1 2. классу 2	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	3. классу 3 4. классу 4			
111.	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ У ВЗРОСЛЫХ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 0,08-0,12сек 2. 0,12-0,20 сек 3. 0,22-0,24сек 4. 0,26-0,48 сек	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
112.	АМПЛИТУДА ЗУБЦА R ВО II ОТВЕДЕНИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ: 1. до 2,5 мм 2. менее 2,0 мм 3. до 3,5 мм 4. до 4,0 мм	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
113.	УШИРЕННЫЙ, ДВУГОРБЫЙ R В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-V6 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: 1. гемодинамически не значимого пролапса митрального клапана 2. хронической легочной гипертензии 3. тромбоэмболии легочной артерии 4. артериальной гипертензии с гипертрофией левого желудочка	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
114.	В НОРМЕ ЗУБЕЦ Q ОТСУТСТВУЕТ В ОТВЕДЕНИЯХ: 1. V4 2. V5-V6 3. V2-V3 4. III	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
115.	ДИАГНОЗУ СИНДРОМА КОННА ПРОТИВОРЕЧИТ: 1. мышечная слабость 2. сниженный уровень альдостерона крови 3. полиурия, полидипсия 4. судороги в мышцах, парестезии	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
116.	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В ДИНАМИКЕ: 1. синдрома SI-QIII-TIII 2. полной блокады левой ножки пучка Гиса 3. развитие синусовой брадикардии 4. уширенного двугорбого зубца R	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
117.	ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ: 1. в отведении aVL 2. в отведении aVF 3. в I отведении 4. во II отведении	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
118.	ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ: 1. в I отведении	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	2. во II отведении 3. во III отведении 4. в отведении aVF			
119.	ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВЛЕВО МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ: 1. в отведении aVL 2. в отведении I 3. во II отведении 4. в III отведении	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
120.	ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ: 1. в отведении aVL 2. в отведении I 3. во II отведении 4. в III отведении	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
121.	ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА МАКСИМАЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РЕГИСТРИРУЕТСЯ: 1. в отведении I 2. во II отведении 3. в III отведении 4. в отведении aVF	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
122.	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. рефлекторный спазм периферических сосудов 2. снижение притока крови к сердцу 3. большая величина некротического очага 4. интенсивный болевой синдром	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
123.	ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ: 1. II, III, aVF 2. I, aVL, V5-6 3. I, aVL, VI-V4 4. V7-V9	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
124.	В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СЛЕДУЕТ ПРИЗНАТЬ НЕЭФФЕКТИВНЫМ? 1. через 90 мин подъем сегмента ST на ЭКГ уменьшился на 20% 2. купировался болевой синдром 3. через 60 мин сегмент ST на ЭКГ вернулся к изолинии 4. через 90 мин подъем сегмента ST на ЭКГ уменьшился на 80%	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
125.	КОГДА СЛЕДУЕТ ОТМЕНЯТЬ НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫЙ ГЕПАРИН ИЛИ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЙ ГЕПАРИН ПРИ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3,

	ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА С ТЭЛА НА ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРФАРИНОМ? 1. через день после подключения варфарина 2. через два дня после подключения варфарина 3. через месяц 4. после стабильного достижения значения МНО 2,0 и более			ПК 13
126.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА? 1. “приподнимающий” верхушечный толчок 2. эпигастральная пульсация 3. усиленная пульсация сонных артерий 4. смещение границы относительной сердечной тупости вверх	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
127.	ФИЗИОЛОГИЧНЫМ ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА АД: 1. повышение АД в ночные часы 2. снижение уровня АД в ночные часы на 0-10% 3. снижение АД в ночные часы на 10-20% 4. уровень дневных и ночных показателей АД не изменяется	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
128.	ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЯ ВОЗБУЖДАЮТСЯ С ЧАСТОТОЙ: 1. 250-350 в мин 2. 350-600 в мин 3. 200 в мин 4. 150 в мин	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
129.	УКАЖИТЕ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ СЛЕДУЕТ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ: 1. протромбиновый индекс 2. активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) 3. время кровотечения 4. МНО (международное нормализованное отношение)	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
130.	БОЛЬНОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ОБЛАСТИ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ ПРИ ХОДЬБЕ, ЗАСТАВЛЯЮЩИЕ ЕГО ОСТАНОВИТЬСЯ. ЭТО СООТВЕТСТВУЕТ: 1. I стадии ГБ 2. II стадии ГБ 3. III стадии ГБ 4. IV стадии ГБ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
131.	ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПЛАНОВОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 48 ЧАСОВ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ 1. по меньшей мере в течение недели до и недели после кардиоверсии 2. по меньшей мере в течение 3 недель до и 4 недель после кардиоверсии 3. по меньшей мере в течение 2 недель до и 3 недель после кардиоверсии 4. антикоагулянтная профилактика не проводится			
132.	МИНИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗОЙ АСПИРИНА У БОЛЬНЫХ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ: 1. 75 мг/сут 2. 125 мг/сут 3. 150 мг/сут 4. 50 мг/сут	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
133.	НАИБОЛЬШЕЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ СРЕДИ СТАТИНОВ ОБЛАДАЕТ: 1. флувастатин 2. симвастатин 3. аторвастатин 4. розувастатин	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
134.	ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТЕРАПИЯ АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К ПРОВОДИТСЯ: 1. в течение 1 мес после операции 2. в течение 1 года после операции 3. пожизненно 4. не проводится вовсе	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
135.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖЕТ ОСЛАБИТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНЫЙ ЭФФЕКТ ВАРФАРИНА? 1. ампициллин 2. диета, содержащая большое количество зеленых овощей 3. бисопролол 4. амлодипин	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
136.	ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, СОХРАНЯЮЩАЯСЯ 1. более суток 2. более 7 суток 3. более 1 года 4. правильного ответа нет	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
137.	РАЗВИТИЕ ГИНЕКОМАСТИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА: 1. спиронолактона 2. триамтерена 3. гидрохлортиазида 4. эплеренона	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
138.	ПРИ РЕЦИДИВЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ	4	ВК ТК	УК 1,

	АРТЕРИИ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ПОКАЗАНО 1. в течение 3 месяцев 2. в течение 6 месяцев 3. в течение 1 года 4. пожизненно		ГИА	ПК 1, ПК 3, ПК 13
139.	НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ: 1. бисопролола 2. верапамила 3. амиодарона 4. соталола	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
140.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА: 1. увеличение пульсового давления 2. парадоксальный пульс 3. усиленный верхушечный толчок 4. шум трения перикарда	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
141.	К ГРУППЕ НИЗКОГО РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, КОТОРЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕ ПОКАЗАНА, ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ: 1. с пролапсом митрального клапана без регургитации 2. с врожденными «синими» пороками сердца 3. с протезированным клапаном 4. с предшествующим инфекционным эндокардитом	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
142.	ПРИМЕНЕНИЕ Д-ДИМЕРА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) ПОЗВОЛЯЕТ: 1. верифицировать диагноз у больных с высокой клинической вероятностью ТЭЛА 2. исключить диагноз у больных с высокой клинической вероятностью ТЭЛА 3. провести дифференциальный диагноз с острым инфарктом миокарда 4. исключить диагноз у больных с низкой клинической вероятностью ТЭЛА	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
143.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ, ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПУЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЮТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ 1. первичного гиперальдостеронизма 2. феохромоцитомы 3. реноваскулярной гипертензии 4. коарктации аорты	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
144.	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ОТНЕСТИ К	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА? 1. ширина комплекса QRS < 0,12 с 2. наличие Δ-волны 3. интервал P-Q > 0,11 с 4. удлинение интервала QT			ПК 3, ПК 13
145.	РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА ЭПЛЕРЕНОНА ИЛИ СПИРОНОЛАКТОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА СОСТАВЛЯЕТ: 1. 25-50 мг/сут 2. 50-100 мг/сут 3. 100-150 мг/сут 4. 150-200 мг/сут	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
146.	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ АД ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ? 1. не изменяется 2. повышается только диастолическое 3. повышается и систолическое, и диастолическое 4. повышается систолическое и снижается диастолическое	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
147.	РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 150 мг 2. 300 мг 3. 600 мг 4. 900 мг	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
148.	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ФИЗИКАЛЬНЫЙ СИМПТОМ (ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ) АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА 1. пульсирующая печень 2. грубый систолический шум с эпицентром над аортой, проводящийся на сосуды шеи 3. громкий I тон 4. изолированное снижение диастолического давления	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
149.	ДВОЙНУЮ АНТИТРОМБОЦИТАРНУЮ ТЕРАПИЮ (АСПИРИН + КЛОПИДОГРЕЛ) ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ТЕЧЕНИЕ: 1. 1 года 2. 1 месяца 3. 6 месяцев 4. пожизненно	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
150.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАТИНАМИ БОЛЬНЫХ ИБС УРОВЕНЬ ЛПНП ДОЛЖЕН БЫТЬ СНИЖЕН ДО:	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	1. <3,0 ммоль/л 2. <2,5 ммоль/л 3. <2,0 ммоль/л 4. <1,5 (1,8) ммоль/л			ПК 3, ПК 13
151.	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. вдыхание газов и аэрозолей 2. вирусная инфекция 3. бактериальная инфекция 4. курение	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
152.	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ 1. вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей 2. вирусная инфекция 3. бактериальная инфекция 4. курение	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
153.	У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНО 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей 3. курением 4. дефицитом альфа -1 антитрипсина	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
154.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ПРЕОБЛАДАЕТ 1. нейтрофильное воспаление 2. макрофагальное воспаление 3. эозинофильное воспаление 4. нет преобладания	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
155.	К НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТАМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТНОСЯТ 1. спазм бронхов 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов 3. нарушения функции мукоцилиарного аппарата бронхов 4. стеноз и облитерацию просвета бронхов	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
156.	СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ ВОЗДУХОНОС - НЫХ ПУТЕЙ КОРРЕЛИРУЕТ 1. с интенсивностью кашля 2. с интенсивностью дыхательного дискомфорта 3. с количеством выделяемой мокроты 4. с данными спирометрии	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
157.	САМЫМИ ЧАСТЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ АГЕНТАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ОБОСТРЕ-НИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ЯВЛЯЮТСЯ 1. синегнойная палочка	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13

	2. атипичные возбудители 3. стафилококк 4. пневмококк			
158.	ПОКАЗАНИЕМ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ЯВЛЯЕТСЯ 1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких 2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением гнойной мокроты 3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма 4. обострение заболевания, сопровождающееся одышкой	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 13
159.	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ, ПРИ ВЫБОРЕ ИХ ДОЗЫ И МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ 1. концентрация избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи 2. переносимость препарата больным 3. предварительный приём бронхолитических средств 4. чувствительность микрофлоры химиотерапевтическим препаратам	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
160.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ 1. непрерывно 2. в период обострения заболевания 3. в виде профилактических курсов весной и осенью 4. по требованию	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
161.	К БРОНХОРАСШИРЯЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ В2-АГОНИСТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БЫСТРОГО И ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ 1. салбутамол 2. фенотерол 3. сальметерол 4. формотерол	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
162.	СРЕДИ ХОЛИНОЛИТИКОВ ЭФФЕКТИВНЕЕ ВСЕГДА УСТРАНЯЕТ БРОНХОСПАЗМ, ВОЗДЕЙСТВУЯ НА РЕЦЕПТОРЫ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА, ВЫЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ЧИСЛО ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ 1. ипратропиум бромид 2. апрофен 3. метацин 4. платифиллин	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13

163.	ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИХ ПРЕПАРАТО НЕОБХОДИМО 1. осуществление ежедневного врачебного контроля 2. еженедельное посещение пациентом поликлиники 3. осуществление ежемесячного врачебного контроля 4. осуществление врачебного контроля «по требованию»	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
164.	ВЯЗКОСТЬ МОКРОТЫ НЕ УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ 1. препаратов разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи 2. препаратов разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи 3. препаратов стимулирующих текучесть мокроты 4. назначением гипогидратирующей диеты	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
165.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) ПОКАЗАНО 1. непрерывное лечение лишь в случае многократных обострений 2. непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и его течения 3. непрерывное лечение только при наличии сопутствующих заболеваний 4. непрерывное лечение при наличии системных проявлений ХОБЛ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
166.	БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕ СОПУТСТВУЕТ: 1. воспаление слизистой дыхательных путей 2. гиперреактивность бронхов 3. легочная гипертензия 4. наличие бронхоспастического компонента	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
167.	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕ ОБУСЛОВЛЕНА 1. бронхоспазмом 2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов 3. закрытием просвета бронхов вязким секретом 4. спадением мелких бронхов на вдохе	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
168.	БОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 1. атопическая астма 2. стероидозависимая астма 3. аспириновая астма 4. экзогенная астма	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13

169.	САЛЬБУТАМОЛ (ВЕНТОЛИН) РАСШИРЯЕТ БРОНХИ ПУТЕМ 1. блокирования α-рецепторов бронхиального дерева 2. стимуляции β ₂ - рецепторов бронхов 3. непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов 4. снижения тонуса блуждающего нерва	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
170.	БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СОПУТСТВУЕТ: 1. легочная гипертензия 2. рецидивирующая пневмококковая инфекция 3. воспаление слизистых дыхательных путей 4. Эмфизема легких	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
171.	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА СИНДРОМ "НЕМОГО ЛЕГКОГО" НЕ СЛЕДУЕТ: 1. увеличить дозировки вводимых пер- оральных глюкокортикоидных гормонов 2. провести бронхоскопию и бронхоальвеолярный лаваж 3. уменьшить дозировки вводимых внутривенных глюкокортикоидных гормонов 4. увеличить дозировки вводимых внутривенных глюкокортикоидных гормонов	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
172.	ПРИ ПНЕВМОНИИ НЕ ПОРАЖАЮТСЯ: 1. крупные бронхи 2. дыхательные бронхиолы 3. альвеолы 4. альвеолярно-капиллярная мембрана	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
173.	ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО: 1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов 2. «немое лёгкое» 3. мелкопузырчатые влажные хрипы 4. крепитация	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
174.	НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПНЕВМОНИИ: 1. клинические симптомы заболевания 2. данные физикального обследования 3. результаты рентгенологического исследования легких 4. по ЭКГ – гипертрофия правых отделов сердца	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
175.	ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ИМЕЮТСЯ ДАННЫЕ О ПОРАЖЕНИИ ИХ РЕСПИРАТОРНОГО ОТДЕЛА, НО КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПНЕВМОНИИ ОТСУТСТВУЮТ, ТО ЭТО 1. исключает диагноз пневмонии 2. ставит диагноз пневмонии под сомнение 3. служит поводом дальнейшего диагностического поиска 4. диагностируется пневмония	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13

176.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ 1. пневмококк 2. стафилококк 3. кишечная палочка 4. клебсиелла	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
177.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ 1. тетрациклины 2. аминогликозиды 3. аминопенициллины 4. макролиды	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
178.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МИКОПЛАЗМЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ 1. пенициллины 2. макролиды 3. линкосамиды 4. аминогликозиды	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
179.	ЕСЛИ ЭТИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНО ПНЕВМОНИИ НЕ УСТАНОВЛЕНА, ВНАЧАЛЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ СЛЕДУЮЩИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ 1. амикацин или доксициклин 2. амоксициллин или азитромицин 3. цефатоксим или цефтриаксон 4. респираторный фторхинолон	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
180.	СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ 1. при гриппе 2. при сахарном диабете 3. у лиц пожилого возраста 4. у пациентов стационаров (внутрибольничная инфекция)	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
181.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ 1. пенициллин 2. доксициклин 3. амоксиклав 4. эритромицин	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
182.	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО НЕ ПРОВОДЯТ 1. бактериологические исследования мокроты 2. бронхоскопию 3. рентгеномалографию легких 4. бронхографию	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
183.	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО ДОЛЖНО	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	ПРОВОДИТЬСЯ 1. в амбулаторных условиях 2. в терапевтическом отделении стационара 3. в пульмонологическом отделении стационара 4. в отделении торакальной хирургии			ПК 6, ПК 13
184.	НЕ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО 1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств 2. катетеризация гнойника через трахею 3. трансторакальная пункция гнойника промыванием полости и введением в нее лекарственных средств 4. таблетированный приём лекарственных средств	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
185.	ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО РЕЖЕ ВСЕГДА МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ 1. кровохарканьем и легочным кровотечением 2. циррозом печени 3. сепсисом и метастатическими абсцессами 4. легочно-сердечной недостаточностью	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
186.	АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ОБЫЧНО ПРИВОДИТ 1. к ремиссии процесса 2. к излечению с рубцеванием полости абсцесса 3. к излечению с формированием вторичной кисты легкого 4. к полному излечению	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
187.	БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 1. сахарным диабетом 2. язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки 3. хроническим синуситом (гайморитом) 4. желчнокаменной болезнью	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
188.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОБНАРУЖИВАЕТ 1. множественные тонкостенные полости образования в легких 2. тени расширенных бронхов с уплотненными стенками 3. локальное усиление и деформацию легочного рисунка с сетчато-петлистыми изменениями прикорневой области 4. мелкие очаговые тени	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
189.	БРОНХОСКОПИЧЕСКИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5,

	1. диффузный эндобронхит 2. локальный эндобронхит 3. обтурацию бронхов слизью 4. деформацию просвета бронхов			ПК 13
190.	РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНАДЛЕЖИТ 1. клиническому методу 2. бронхоскопии 3. бронхографии 4. рентгенологическому методу	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
191.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДОМ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ 1. введение хлористого кальция 2. введение аминокaproновой кислоты 3. введение викасола и витамина С 4. управляемая артериальная гипотензия	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 36 ПК 13
192.	К РАКУ ЛЕГКОГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ 1. алкоголизм и бытовое пьянство 2. курение 3. наркомания 4. инфекции верхних дыхательных путей	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 2, ПК 13
193.	РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ 1. сахарным диабетом 2. язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки 3. хроническим неспецифическим заболеванием легких 4. циррозом печени	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
194.	ОПУХОЛЬ, ОБНАРУЖЕННАЯ РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ В ВИДЕ ШАРОВИДНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ 1. к периферическому раку легкого 2. к центральному раку легкого 3. к атипичной форме рака легкого 4. к первичному туберкулёзному комплексу	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
195.	У МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ С БЕССИМПТОМНЫМ ФОКУСНЫМ ЗАТЕМНЕНИЕМ В ЛЕГКИХ, ИМЕЮЩИМ ЧЕТКИЕ ИЛИ НЕЧЕТКИЕ КОНТУРЫ, ВРАЧ ОБЯЗАН ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧИТЬ 1. туберкулому легкого 2. периферический рак легкого 3. очаговую пневмонию 4. абсцесс лёгкого	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
196.	РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	ЯВЛЯЕТСЯ 1. сухой кашель или кашель со слизистой мокротой содержащей иногда прожилки крови 2. легочное кровотечение 3. одышка и потеря массы тела 4. лихорадка			ПК 5, ПК 13
197.	РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО БАЗИРУЕТСЯ 1. на регулярной ежегодной флюорографии органов грудной клетки у взрослых 2. на формировании среди населения групп повышенным риском развития рака легкого и на ежегодном профилактическом флюорографическом обследовании 3. на формировании среди населения групп повышенным риском развития рака легкого ежегодном обследовании пациентов, включающем анализ мокроты на клетки раковой опухоли флюорографию органов грудной клетки 4. на регулярном ежегодном исследовании у пациентов анализа мокроты на раковые клетки	2	ВК Т ВК ТК ГИА К ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
198.	ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ СУХОМ КАШЛЕ ЗАСТАВЛЯЕТ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОДОЗРЕВАТЬ 1. рак бронха 2. кавернозный туберкулез легких 3. бронхоэктатическую болезнь 4. муковисцидоз	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
199.	ДЛЯ АДЕНОМЫ КРУПНОГО БРОНХА НЕ ХАРАКТЕРНО 1. бессимптомное течение 2. кровохарканье 3. сухой надсадный кашель 4. рецидивирующая пневмония с исходом пневмоцирроз	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
200.	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ГЛАВНОГО И ДОЛЕВОГО БРОНХО ЯВЛЯЮТСЯ 1. аускультация легких 2. рентгеномногографическое исследование (с срезами через корень легкого) 3. бронхоскопия 4. исследование мокроты на клетки опухоли	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
201.	САРКОИДОЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ 1. у детей и подростков 2. в пожилом возрасте 3. в старческом возрасте 4. в возрасте 20-50 лет	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
202.	В ПАТОГЕНЕЗЕ САРКОИДОЗА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ 1. иммунологические	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5,

	2. биохимические 3. гормональные 4. эндокринные			ПК 13
203.	КЛИНИЧЕСКИ САРКОИДОЗ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ 1. бессимптомно 2. малосимптомно 3. с более или менее выраженными признаками интоксикации, кашлем, одышкой 4. возможен любой вариант течения	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
204.	ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ САРКОИДОЗА МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ В ПРОЦЕСС 1. периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости 2. печень, почки, селезенка, сердце 3. слюнные железы, глаза 4. любые органы в различном сочетании	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
205.	КОЖНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТУБЕРКУЛИНУ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ЧАЩЕ 1. повышена 2. нормальная 3. снижена 4. отрицательная	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
206.	В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И СТАДИИ САРКОИДОЗА ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ 1. биопсия периферических лимфатических узлов кожи, слюнных желез и других органов 2. трансбронхиальная биопсия внутригрудных лимфатических 3. открытая биопсия легких 4. пробная терапия стероидными гормонами	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 13
207.	УСТАНОВИТЬ ЭТИОЛОГИЮ ПЛЕВРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОМОГАЕТ 1. клиническая симптоматика и исследование плеврального экссудата 2. исследование мокроты 3. изучение гематологических показателей 4. рентгенологическое исследование органов грудной клетки	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
208.	ОЧЕНЬ БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ 1. хронической недостаточности кровообращения 2. мезотелиомы плевры 3. туберкулеза легких 4. системной красной волчанки	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
209.	НА ДОМУ ДИАГНОСТИРОВАН ЭКССУДАТИВНЫМ	3	ВК ТК	УК 1,

	ПЛЕВРИТ, ЭТИОЛОГИЯ КОТОРОГО НЕ ВПОЛНЕ ЯСНА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ВАША ТАКТИКА 1. проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия 2. госпитализация пациента в порядке очередности 3. немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение 4. амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость ДЛЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В РАЗГАЗАРИВШЕЙСЯ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРЕН ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК 1. притупленный тимпанит 2. тупой 3. коробочный 4. тимпанический	2	ГИА ВК ТК ГИА	ПК 1, ПК 5, ПК 13 УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
210.	АМФОРИЧЕСКОЕ ДЫХАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при пневмонии 2. при абсцессе легкого 3. при хронической обструктивной болезни легких 4. при бронхиальной астме	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
211.	ПОКАЗАНИЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛАНОВОЙ БРОНХОФИБРОСКОПИИ: 1. астматическое состояние 2. стеноз гортани 3. легочный туберкулез 4. центральные и периферические опухоли легких	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
212.	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инсульт 2. инородное тело бронхов 3. бронхогенный рак с отдаленными метастазами 4. кровохарканье	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
213.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА 1. для острого трахеобронхита 2. для бронхопневмонии 3. для бронхогенного рака легкого 4. для туберкулеза легкого	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
214.	ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКАЕТ АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. КАКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЯВЛЯЮТСЯ 1. аллергическая реакция немедленного типа 2. аллергическая реакция замедленного типа 3. повреждение иммунными комплексами 4. аутоиммунный механизм	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
215.	В ИНФИЛЬТРАТЕ СТЕНКИ БРОНХА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЧАЩЕ ПРЕОБЛАДАЮТ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	1. альвеолярные макрофаги 2. лимфоциты 3. эозинофилы 4. плазматические клетки			ПК 5, ПК 13
216.	НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ БЕРОДУАЛО НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЮ 1. купирования острого приступа удушья 2. профилактики приступов бронхиальной астмы 3. базисной терапии бронхиальной астмы 4. базисной терапии ХОБЛ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
217.	АЗИТРОМИЦИН МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН 1. для терапии тяжелой астмы 2. для терапии приступов бронхиальной астмы 3. для профилактики приступов бронхиальной астмы 4. для терапии инфекционного обострения	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
218.	ДЛЯ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1. эффект элиминации 2. непереносимость препаратов пиразолонового ряда 3. рецидивирующий полипоз носа 4. отсутствие внелёгочных проявлений аллергии	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
219.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АЛЛЕРГЕНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. домашняя пыль 2. споры плесневых грибов 3. продукты жизнедеятельности бактерий находящихся в воздухе 4. деревья (берёза, ольха, орешник)	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
220.	К ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ 1. Т-лимфоциты 2. В-лимфоциты 3. фибробласты 4. стволовые клетки	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
221.	ГЛАВНЫЙ ГЕН ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОБОЗНАЧАЮТ 1. RhLA 2. DLA 3. HLA 4. RLA	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
222.	РЕАКЦИЯ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИГЕНА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ 1. 15 – 20 минут 2. 30 -50 минут 3. 1-2 часа 4. 5-6 часов	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
223.	ОСНОВНОЙ КЛЕТКОЙ-МИШЕНЬЮ, ИГРАЮЩЕ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5,

	НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ 1) макрофаг 2) лимфоцит 3) нейтрофил 4) тучная клетка			ПК 13
224.	БОЛЬНАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАЧИНАЮЩЕМСЯ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУС ВОЗБУЖДЕНА, ИСПЫТЫВАЕТ ЧУВСТВО СТРАХА. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ: 1. 0.1 мг/кг седуксена 2. повторная небулайзерная терапия беродуалом 3. amitriptilin перорально 4. 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида подкожно	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 13
225.	К СРОЧНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ ОТНОСЯТСЯ 1. проведение тромболитической терапии 2. установка кава-фильтра 3. кардиотоническая поддержка 4. проведение антикоагулянтной терапии	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
226.	У ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОСТРО РАЗВИЛОСЬ СТРИДОРОЗНОЕ ДЫХАНИЕ. СОЗНАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ. ВЫРАЖЕНЫ СИМПТОМЫ ГИПОКСИИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА 1. приступ бронхиальной астмы 2. острый стенозирующий ларинготрахеит 3. опухоль гортани или трахеи 4. инородное тело гортани или трахеи	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 7, ПК 13
227.	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПНЕВМОТОРАКСА 1. коллапс легкого 2. высокое стояние купола диафрагмы 3. смещение средостения в здоровую сторону 4. смещение средостения в больную сторону	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
228.	ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. норадреналин 2. хлористый кальций 3. димедрол 4. адреналин	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 6, ПК 7, ПК 13
229.	В ПАТОГЕНЕЗЕ КАКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ АНТИТЕЛА НЕ УЧАСТВУЮТ? 1. аллергические реакции немедленного типа 2. цитотоксические аллергические реакции 3. аллергические реакции замедленного типа 4. трансплантационного иммунитета	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13

230.	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ БРОНХОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. Инсульт 2. инородное тело бронхов 3. бронхогенный рак с отдаленными метастазами 4. кровохарканье	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 5, ПК 13
231.	ОСНОВНЫМИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ), эрозивная рефлюксная болезнь (ЭРБ) или эрозивный эзофагит и пищевод Барретта 2. Псевдокоронарная, кардиологическая 3. Аденокарцинома пищевода, пищевод Барретта, обструктивная 4. Н.р.-ассоциированная, Н.р. негативная	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
232.	ИСТИННАЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЭРБ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 1. 30-50% 2. 2. 25—40% 3. 3. 10-20% 4. 4. 18%	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
233.	НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЭРБ ЯВЛЯЕТСЯ 1. Ежедневная изжога 2. Рвота, приносящая облегчение 3. Отрыжка кислым и воздухом 4. Дисфагия	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
234.	МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЭРБ СВЯЗЫВАЮТ С: 1. повреждением СО пищевода 2. микроаспирацией содержимого желудка в рото- и носоглотку, нижние дыхательные пути, активацией ноцицепторов слизистой пищевода и прямым раздражением блуждающего нерва 3. эрозиями СО пищевода 4. стенозированием пищевода	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
235.	ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ 1. ИПП 2. прокинетики 3. антациды 4. селективные миотропные спазмолитики	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 7
236.	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ БОЛЬНЫМ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТА НАЗНАЧАЮТ: 1. длительный прием (более года) ИПП, гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев, а затем (при отсутствии отрицательной динамики)	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 7

	ежегодно 2. длительный прием (более года) блокаторов Н-2 гистаминовых рецепторов, гистологическое исследование через 6 и 12 месяцев 3. длительный прием (более года) алгинат-содержащих антацидов, прокинетиков, гистологическое исследование 12 месяцев 4. длительный прием (более года) блокаторов протонной помпы, гистологическое исследование через 12-18 месяцев			
237.	МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ИПП ПРИ ГЭРБ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 8 недель 2. 4 недели 3. 12 недель 4. 22 недели	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 7
238.	«СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ», ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ДИАГНОЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ЭТО: 1. дисфагия, лихорадка, немотивированную потерю массы тела, изменения в биохимическом и общем анализе крови 2. эпигастральная боль, усиливающаяся после приема пищи 3. нет улучшения после дефекации или отхождения газов 4. нет соответствия критериям расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
239.	РИМСКИЙ КОНСЕНСУС 4 ОТ 2016 ГОДА КЛАССИФИЦИРОВАЛ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ДИСПЕПСИЮ (ФД) НА ДВА ВАРИАНТА, ЭТО: 1. неязвенная диспепсия и эпигастральный болевой синдром 2. постпрандиальный дистресс-синдром эпигастральный болевой синдром 3. Хроническая идиопатическая тошнота эпигастральный болевой синдром 4. Руминационный синдром и эпигастральный болевой синдром	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
240.	СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ ФД В РЕГИОНАХ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ИНФИЦИРОВАННОСТИ Н.Р.(БОЛЕЕ 20%) ВКЛЮЧАЕТ 1. прием ИПП 2. прием блокаторов Н-2 рецепторов гистамина 3. эрадикационное лечение 4. прием прокинетиков	3		УК 1, ПК 6, ПК 7
241.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЭПИГАСТРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ФД ЯВЛЯЮТСЯ 1. прокинетики 2. рН-2 рецепторов гистамина	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7

	3. эрадикационная терапия 4. ИПП			
242.	МОДИФИЦИРОВАННАЯ ХЬЮСТОНСКАЯ (199) КЛАССИФИКАЦИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ НА: 1. Н.р.-ассоциированный, аутоиммунный, медикаментозный, идиопатический 2. гастрит с повышенной секрецией, гастрит секреторной недостаточностью 3. гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный 4. неатрофический, атрофический, особые формы	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
243.	К ПРЕДРАКОВЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СО ОТНОСЯТСЯ 1. атрофия СО антрального отдела желудка 2. тонкокишечная метаплазия 3. нейтрофильная инфильтрация собственной пластинки 4. дисплазия СО	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
244.	К ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ 1. Хронический атрофический пангастрит метаплазией 2. Хронический поверхностный 3. лимфоцитарный гастрит 4. эозинофильный гастрит	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
245.	ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ ГАСТРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ 1. область угла желудка, малая кривизна, интермедиарная зона 2. тело желудка, большая кривизна 3. большая кривизна, интермедиарная зона 4. только большая кривизна	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
246.	ДИАГНОЗ ХГ ДОЛЖЕН ФОРМИРОВАТЬСЯ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ: 1. локализации патологического процесса, гистологических, макроскопических изменений СОЖ, этиологических факторов 2. нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки 3. лимфоцитарной инфильтрации собственной пластинки 4. Уровня секреторной функции желудка	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
247.	СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АТРОФИИ СОЖ 1. антитела типа IgG к париетальным клеткам 2). сывороточные биомаркеры пепсиногена I (PGI), пепсиногена II (PGII) и гастрина-17 (G-17) 3. антитела типа IgG к ферменту Н+/К+-АТФазе 4. антитела типа IgG к внутреннему фактору Кастла	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
248.	ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. нарушения питания+курение 2. высокий уровень желудочной секреции	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	килотообразования+Н.р. 3. желудочная метаплазия+ Н.р. 4. желудочная атрофия + снижение синте простагландинов			
249.	КАРДИНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. ритмированные эпигастральные боли, кровотечения, рвота, приносящая облегчение 2. боль в эпигастрии, изжога, тошнота 3. рвота, накануне съеденной пищей, отрыжка воздухом, тошнота 4. изжога, отрыжка кислым	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
250.	ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ5 – 2015 ВКЛЮЧАЕТ 1. ИПП +метронидазол +тетрациклин 2. ИПП +кларитромицин +амоксциллин+ди-нол 3. ИПП +фуразолидон 4. ИПП +ципрофлоксацин	2	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
251.	ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ 2 ЛИНИИ СОГЛАСНО МААСТРИХТУ 5 – 2015 ВКЛЮЧАЕТ 1. ИПП+тетрациклин+метронидазол +ди-нол 2. ИПП+кларитромицин+тетрациклин +ди-нол 2. ИПП+амоксциллин+тетрациклин+ 3. ди-нол 4. ИПП+фуразолидон+метронидазол+ ди-нол	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
252.	ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ НПВ ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. нарушения питания+курение 2. высокий уровень желудочно килотообразования+Н.р. 3. желудочная метаплазия+ Н.р. 4. снижение синтеза простагландинов	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
253.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ФАЗЕ ВЫРАЖЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ С СИНДРОМОМ "УКЛОНЕНИЯ ФЕРМЕНТОВ" ПРИНЦИП МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЮТ НАЗНАЧЕНИЕ 1. сандостатина, оперативного лечения 2. жидких антацидов в больших количествах наркотических анальгетиков, антибиотиков 3. наркотических анальгетиков, детоксикации антибиотиков 4. сандостатина, ферментных препаратов, ИПП, жидких антацидов в больших количествах	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
254.	ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ 1. чаще локализуются в верхней половине живота 2. чаще локализуются в левом подреберье 3. носят опоясывающий характер, усиливаются	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	положении на спине 4. чаще локализуются в левом подреберье, носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине			
255.	ПОСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ВОЗНИКШЕГО ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ 1. экзокринная недостаточность поджелудочной железы 2. эндокринная недостаточность поджелудочной железы 3. перитонит 4. кисты в поджелудочной железе	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
256.	ОСНОВНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ДЛИТЕЛЬНО ТЕЧЕНИЕ) В СТАДИИ РЕМИССИИ, ЯВЛЯЮТСЯ 1. гипергликемия, повышение содержание кетоновых тел 2. гипохолестеринемия, гипокалиемия 3. креаторея, стеаторея, повышение содержание мылов в кале, лейкоцитоз 4. креаторея, стеаторея снижение уровня ферментов в дуоденальном содержимом	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
257.	КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ 1. гордокса и ИПП 2. контрикала и прокинетиков 3. ненаркотических и наркотических анальгетиков, холиноблокаторов, ИПП, ферментных препаратов 4. антацидов и ферментов	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
258.	ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ" ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ ВКЛЮЧАЕТ 1. УЗИ 2. КТ и МРТ 3. рентген 4. катетеризацию печеночной вены и ангиографию, УЗИДГ с доплером	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
259.	ДОПЛЕРОВСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ 1. определить скорость и направленность кровотока в сосуде по разнице между частотой ультразвукового сигнала 2. получить уникальную информацию о строении внутренних органов 3. получать данные о структуре органа 4. получать данные о морфологических изменений ткани печени	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
260.	ФИБРОСКАНИРОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ 1. измерить ригидность печени в реальном масштабе времени на основе эхографии	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	2. получить уникальную информацию о строении внутренних органов 3. получать данные о структуре органа 4. получать данные о морфологических изменениях ткани печени			
261.	ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА 1. повышение прямого билирубина 2. повышение непрямого билирубина 3. повышение щелочной фосфатазы 4. повышение АЛТ	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
262.	УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. при внутрипеченочном холестазах 2. при вирусном гепатите 3. при гемолитической анемии 4. при внутрипеченочном холестазах, при вирусном гепатите	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
263.	ГИПОАЛЬБУМИНЕМия НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА 1. только для цирроза печени 2. для гепатомы 3. для хронического вирусного гепатита в стадии интеграции 4. для цирроза печени и острой атрофии печени	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
264.	ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОНЬЮГИРОВАННОГО (НЕСВЯЗАННОГО СВОБОДНОГО) БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. хронического гепатита 2. цирроза печени 3. болезни Вильсона-Коновалова 4. гемолитической анемии	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
265.	КОНЬЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА 1. глюкуронилтрансферазы 2. лейцинаминопептидазы 3. кислой фосфатазы 4. нуклеотидазы	1		УК 1,ПК 5
266.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ 1. диета с ограничением белка, пробиотики и пребиотики 2. гепатопротекторы, интерферон, нуклеозид 3. переливание свежезамороженной плазмы, парацетамол 4. лактулоза, орницетил, диета с низким содержанием белка, ципрофлоксацин, метронидазол и другие антибиотики	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
267.	КАРДИНАЛЬНЫМИ СИНДРОМАМИ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. портальная гипертензия и печеночно-клеточная недостаточность	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	2. нефротический синдром 3. гиперспленизм 4. гипертонический синдром			
268.	К ОСЛОЖНЕНИЯМ АСЦИТА ОТНОСЯТСЯ 1. Портальная гастро- , энтеро- , колопатия 2. варикозное расширение вен желудка 3. геморроидальные кровотечения 4). лимфаденопатия	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
269.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. энalapрил 2. карведилол 3. атенолол 4. метопролол	2	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
270.	БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ТЕРАПИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. спиронолактон 2. петливые диуретики 3. раствор альбумина 4. альдоктон	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
271.	ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПЕРИТОНИТОМ СОСТОИТ В ВЕДЕНИИ 1. раствора альбумина 2. раствора кристаллоидов 3. 5% раствора глюкозы и витаминов 4. свежзамороженной плазмы	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
272.	ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА СПОНТАННОГО ПЕРИТОНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ 1. пенициллинов 2. эссенциальных фосфолипидов в сочетании макролидами 3. канамицина 4. норфлоксацина до купирования асцита и левофлоксацина	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
273.	ВЕДУЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. вирусы В, С, Д, 2. лекарственное поражение печени 3. болезнь Вильсона-Коновалова 4. алкоголь	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
274.	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. стеатогепатит 2. некроз гепатоцитов и фиброз 3. стеатоз 4. узлы регенерации	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
275.	ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕЧЕНОЧНОКЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	ЯВЛЯЕТСЯ 1. увеличение креатинина крови 2. увеличение холестерина 3. гипергаммаглобулинемия 4. снижение альбумина крови			
276.	К МАЛЫМ ПЕЧЕНОЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ 1. спленомегалия, тромбоцитопения, анемия 2. асцит, гипертермия, похудание 3. спленомегалия, геморрагический синдром 4) телеангиэктазии (сосудистые “звездочки”), пальмарная и/или плантарная эритема	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
277.	ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКО-ГО ГЕПАТИТА 1. интерстициальный, аутоиммунный, лекарственный гепатит, первичный билиарный цирроз 2. паренхиматозный, интерстициальный, болезнь Вильсона-Коновалова 3. Токсический, вирусный гепатит, первичный билиарный цирроз 4. хронический вирусный гепатит, хронический аутоиммунный гепатит, хронический лекарственный гепатит, первичный билиарный цирроз, болезнь Коновалова-Вильсона, недостаточность антитрипсина	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
278.	ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВГВ-ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ: 1. Фазу иммунной толерантности, фазу иммунной реактивности, фазу неактивного вирусоносительства, фазу HBeAg-негативный и HBsAg-негативной, латентной хронический гепатит 2. фазу HBeAg-негативный и HBsAg-негативной, латентной хронический гепатит 3. Фазу иммунной толерантности, фазу иммунной реактивности 4. фазу неактивного вирусоносительства, фазу HBeAg-негативный хронический гепатит	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
279.	ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГЕПАТИТЕ С ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ: 1. острую, подострую и хроническую 2. латентную и фульминантную 3. скрытую и манифестную 4. острую, латентную, фазу реактивации	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
280.	ПРЕПАРАТАМИ С ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ С ЯВЛЯЮТСЯ: 1. интерфероны, пегилированные интерфероны, ингибиторы протеаз, ингибиторы полимеразы (NS3,NS5), ингибиторы циклофеллина. 2. только интерфероны 3. только ингибиторы полимеразы (NS3,NS5) 4. только ингибиторы циклофеллина	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7

281.	ВАЖНЕЙШЕЙ ОСОБЕННОСТЬЮ HDV ЯВЛЯЕТСЯ : 1. его зависимость от наличия вируса В 2. его зависимость от наличия вируса С 3. от наличия вируса ВИЧ 4. от наличия цитомегаловируса	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
282.	ОСОБЕННОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОГО HDV ЯВЛЯЕТСЯ: 1. его канцерогенность 2. в большей степени его благоприятное течение 3. его преимущественная циррогенность 4. склонность к развитию фульминантных форм	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
283.	АНАЛОГИ НУКЛЕОЗИДОВ/НУКЛЕОТИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. ложными медиаторами 2. противовирусными белками 3. гепатопротекторами 4. Ингибиторами протеаз	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
284.	ЕДИНСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХГД ЯВЛЯЕТСЯ 1. Терапия нуклеозидами (Энтекавир, тедбивудин, тенофовир) 2. Интерферонотерапия 3. Ингибиторы протеаз 4. Ингибиторы полимераз	2	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
285.	К ПРЕПАРАТАМ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ (ПППД) ОТНОСЯТСЯ: 1. Пегинтерферон 2. Рибавирин 3. Энтекавир 4. Софосбувир	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
286.	К ПАНГЕНОТИПИЧЕСКИМ СХЕМАМ ИЗ ПППД 1. Софосбувир+доклатасвир 2. Софосбувир+рибавирин 3. даклатасвир +асунапревир 4. омбитасвир, паритапревир/ритонавир и дасабувир	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
287.	К ОСНОВНЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ 1. Хронический гепатит Д 2. Хронический гепатит В 3. Болезнь Вильсона 4. АИГ, ПСХ, ПБХ	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
288.	ДЛЯ АИГ 1 ПОДДТИПА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КРОВИ 1. анти-LKM1 2. анти-LC1 3. ANA и SMA 4. анти- LKM3	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
289.	ДИАГНОЗ АИГ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ОСНОВАН НА	1	ВК ТК	УК

	ОБНАРУЖЕНИИ 1. аутоантител, гипергаммаглобулинемии и типичной или характерной гистологической картины (перипортальный гепатит, перипортальный некроз, эмпериполез и гепатоцитарные розетки) 2. сочетанного повышения трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы 3. изолированного повышения трансаминаз 4. изолированного повышения гамма-глутаминтранспептидазы		ГИА	1,ПК 5
290.	АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ЛЕЧЕНИЮ АИГ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) АлАТ > 10 норм; - АсАТ > 5 норм+ у-глобулины > 2 норм+ мостовидные или мультилобулярные некрозы. 2) умеренно выраженная симптоматика заболевания 3) АсАТ от 3 до 9 норм 4) у-глобулины < 2 норм	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
291.	ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ 1. характеризуется хроническим негнойным деструктивным гранулематозным холангитом поражением междольковых и септальных желчных протоков 2. характеризуется негнойным деструктивным воспалением, облитерирующим склерозом сегментарной дилатацией внутри- и внепеченочных желчных протоков 3. характеризуется развитием воспаления и некрозов в зоне 4. характеризуется развитием вторичного билиарного цирроза, портальной гипертензии и печеночной недостаточности	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
292.	ДЛЯ СРК ХАРАКТЕРНЫ 1. ночная симптоматика 2. лихорадка 3. немотивированная потеря веса 4. метеоризм, поносы	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
293.	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ПОЛТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА СРК ЯВЛЯЕТСЯ 1. ЭХОКС 2. колоноскопия с биопсией 3. ФЭГДС 4. УЗИ органов брюшной полости	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
294.	БОЛЬНОМУ СРК С ПРЕОЛАДАНИЕМ ПОНОСОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ 1. диета 2. лоперамид, энтеросорбенты, энтерол 3. прокинетики, сорбенты, дюфалак 4. спазмолитики, желчегонные	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
295.	ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	1. кишечные кровотечения, боли в животе, поносы 2. перианальные свищи, боли в животе, поносы 3. упорная рвота желчью, понос, боли в животе 4. рвота алой кровью			
296.	В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ 1. физикальное обследование 2. анализ кала на скрытую кровь 3. ирригоскопия 4. колоноскопия с биопсией	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
297.	ЭПИТЕЛИОИДНЫЕ ГРАНУЛЕМЫ С КЛЕТКАМИ ПИРОГОВА – ЛАНГХАНСА И НАЛИЧИЕМ ТВОРОЖИСТОГО НЕКРОЗА В ЦЕНТРЕ СОСТАВЛЯЮТ ОСНОВУ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ 1. саркоидозе кишечника 2. болезни Крона 3. туберкулезе кишечника 4. брюшном тифе	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
298.	БОЛЬНОМУ СРК С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ 1. диетотерапия 2. осмотические слабительные, желчегонные, ферменты с желчными кислотами 3. спазмолитики, саломфальк 4. лоперамид, энтеросорбенты, энтерол	2	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
299.	ДЛЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО 1. гипохромная анемия 2. дефицит витамина С 3. общее состояние больного не страдает 4. пеллагрические изменения кожи	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
300.	МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЭТО 1. наличие язвенного дефекта 2. наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки 3. наличие пролиферативной активности фибробластов 4. эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки кишки	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
301.	БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 1. антибиотики 2. производные 5-аминосалициловой кислоты 3. кортикостероиды 4. цитостатики	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
302.	ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ 1. слизистая оболочка 2. слизистая и подслизистая оболочки	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	3. серозная оболочка 4. вся стенка кишки			
303.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА 1. прямая кишка 2. только подвздошная кишка 3. илеоцекальный отдел 4. ободочная кишка	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
304.	ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ 1. поверхностных округлых и звездчатых язв слизистой кишечника 2. глубоких щелевидных язв - трещин 3. неправильной формы язв с подрытыми и валообразно приподнятыми краями с очагами казеозного некроза 4. довольно глубоких язв с избирательным поражением правых отделов кишки	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
305.	КАРДИНАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА 1. диарея, боли в животе, падение массы тела 2. коликообразные боли в животе без системных проявлений и локальной пальпаторной болезненности 3. мальабсорбция 4. анорексией без диареи и болей в животе	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
306.	ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ (КРОМЕ АНАРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ) УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. препараты, содержащие 5-аминосалициловую кислоту, 2. цитостатики 3. инфликсимаб 4. антибактериальные	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
307.	ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНЫ ЯВЛЯЮТСЯ 1. сульфасалазин, сульфасалазин-ЕН, салофальк, месакол, пентаса 2. системные и топические стероиды, цитостатики 3. цитостатики 4. инфликсимаб	2	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
308.	ОБРАЗОВАНИЕ СВИЩЕЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПК 6, ПК 7 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1. язвенного колита 2. болезни Крона 3. глютенной энтеропатии 4. туберкулеза кишечника	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
309.	ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРОТИВОЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7

	1. тонкокишечная локализация процесса 2. толстокишечная локализация процесса 3. локализация процесса в прямой кишке 4. При отсутствии эффекта от стероидной терапии			
310.	70% НЕКАРДИАЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА СВЯЗАН С ПОСЛЕДСТВИЯМИ 1. нарушениями процессов апоптоза и регенерации 2. генетически обусловленной чувствительностью организма пациента 3. факторов окружающей среды 4. <i>H. pylori</i> -инфекции	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
311.	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. локтевые суставы 2. позвоночные 3. проксимально-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы кистей рук 4. коленные	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
312.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, СОГЛАСНО ACR (1987)? 1. симметричная боль и отечность в области лучезапястных суставов 2. хруст в суставах в утренние часы 3. симметричная боль и отечность в области I плюсне-фаланговых суставов 4. утренняя скованность более 15 мин	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
313.	К СУСТАВАМ «ИСКЛЮЧЕНИЯ» ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ: 1. коленный сустав 2. I запястно-пястный сустав 3. лучезапястный сустав 4. голеностопный сустав	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
314.	К ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ: 1. антинуклеарный фактор 2. антитела к нативной ДНК 3. антитела к Jo-1 4. ревматоидные факторы и антитела к цитруллинированным белкам	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
315.	ПОД СИНДРОМОМ ФЕЛТИ ПОНИМАЮТ: 1. особую форму ревматоидного артрита с гепатомегалией, лейкоцитозом, тромбоцитозом 2. особую форму ревматоидного артрита со спленомегалией, нейтропенией, склонностью к инфекциям 3. вариант ревматоидного артрита с амилоидозом почек	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	4. вариант ревматоидного артрита со вторичным антифосфолипидным синдромом			
316.	ПОД СИНДРОМОМ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ ПОНИМАЮТ: 1. симптомокомплекс с артритом (артралгией), лихорадкой, макулопапулезной сыпью, лимфаденопатией, лейкоцитозом, отрицательным ревматоидным фактором 2. особую форму серопозитивного ревматоидного артрита с эозинофилией 3. особую форму ревматоидного артрита с гепатомегалией, спленомегалией, нейтропенией 4. вариант ревматоидного артрита с тяжелой гемолитической анемией	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
317.	ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЗ ОТВЕТОВ, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ ПОМОЩИ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩИХ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ (БМАРП): 1. терапию БМАРП начинают не ранее 1 года от дебюта ревматоидного артрита 2. терапию биологическими БМАРП рекомендуют начинать не ранее, чем через 2 года 3. терапию обычными синтетическими БМАРП начинают как можно раньше 4. «золотым стандартом» среди синтетических БМАРП является сульфасалазин	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
318.	ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: 1. запрещается его сочетание с фолиевой кислотой в любые промежутки времени 2. является препаратом первого ряда 3. допускается применение у беременных 4. безопасен при заболеваниях печени	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
319.	ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: 1. не оказывают влияние на прогрессирование деструкции суставов 2. у всех больных с ревматоидным артритом требуется системное назначение глюкокортикоидов 3. глюкокортикоиды снижают кардиоваскулярную заболеваемость у больных ревматоидным артритом 4. назначение глюкокортикоидов продолжительностью более 3 месяцев несет в себе риск развития остеопороза	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
320.	ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА (ОСТЕОАРТРИТА) ЯВЛЯЕТСЯ:	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	1. усиление боли после физической нагрузки на сустав 2. закономерное увеличение СОЭ 3. утренняя скованность более 1 часа 4. усиление болей в покое			ПК 3, ПК 13
321.	ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТЕОАРТРОЗА (ОСТЕОАРТРИТА) ЯВЛЯЮТСЯ: 1. пястно-фаланговые суставы 2. лучезапястные суставы 3. коленные суставы 4. плечевые суставы	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
322.	К СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА (ОСТЕОАРТРИТА) ОТНОСИТСЯ: 1. парацетамол 2. хондроитин сульфат 3. глюкокортикоиды внутрисуставно 4. диклофенак	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
323.	ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА "ХОНДРОИТИН-ГЛЮКОЗАМИН": 1. назначается обязательно в комбинации с НПВП 2. увеличивает риск развития артериальной гипертензии 3. увеличивает риск язвообразования 4. относится к симптоматическим средствам замедленного действия в лечении остеоартроза (остеоартрита)	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
324.	ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (АС): 1. обычно развивается у лиц старше 45 лет 2. отрицательный тест на HLA-B27 позволяет исключить диагноз АС 3. характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз 4. характеризуется частым выявлением ревматоидного фактора	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
325.	БОЛЬ В СПИНЕ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ: 1. носит воспалительный ритм 2. имеет нагрузочный характер 3. как правило, имеет постоянный характер на протяжении всех суток 4. боль в спине нетипична	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
326.	К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ МОГУТ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ: 1. ревматоидный артрит 2. реактивный артрит	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	3. подагрический артрит 4. остеохондроз позвоночника			
327.	ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ С БОЛЬЮ И СКОВАННОСТЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. глюкокортикоиды системно 2. метотрексат 3. сульфасалазин 4. НПВП	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
328.	В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ, НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ (ФНО) АЛЬФА БОЛЬНЫМ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ПОКАЗАНО: 1. при отсутствии эффекта от любого НПВП 2. ингибиторы ФНО назначают сразу после постановки диагноза 3. при подтвержденном диагнозе аксиального спондилоартрита, наличии признаков сакроилиита (на рентгенограмме или МРТ), неэффективности минимум 2 курсов НПВП (4 нед.), высокой активности заболевания и положительном мнении ревматолога 4. ингибиторы ФНО при спондилоартритах не применяют	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
329.	ПО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ К СЕРОНЕГАТИВНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТАМ МОЖЕТ БЫТЬ ОТНЕСЕН СУСТАВНОЙ СИНДРОМ, АССОЦИИРУЮЩИЙСЯ С: 1. воспалительными заболеваниями кишечника (язвенным колитом, болезнью Крона) 2. подагрой 3. вирусным гепатитом С 4. боррелиозом	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
330.	"ПОДАГРИЧЕСКИЙ РИТМ" БОЛЕЙ В СУСТАВЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1. быстрым нарастанием болей, но медленным их стиханием (без лечения - до 1 мес. и более) 2. быстрым нарастанием болей и припухлости (в течение нескольких часов), сохранением болей в течение нескольких дней и быстрым и полным стиханием (в общей сложности длительность приступа - около недели) 3. очень медленным нарастанием болей (в течение 1 мес.), но быстрым стиханием 4. усилением в утренние часы и уменьшением в вечерние	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
331.	ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. I запястно-пястный сустав 2. I пястно-фаланговый сустав	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	3. коленный сустав 4. I плюсне-фаланговый сустав			
332.	ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО ТОФУСА: 1. может формироваться только при наличии суставного синдрома 2. имеет свойство легко инфицироваться 3. излюбленная локализация - разгибательные поверхности суставов и ушная раковина 4. содержимое тофуса имеет бежевую окраску	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
333.	ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ УРАТНОЙ НЕФРОПАТИИ С РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1. опухолевый лизис-синдром во время химиотерапии 2. тяжелая форма подагрического артрита 3. применение с самого начала высоких доз аллопуринола 4. голодание у больных с подагрой	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
334.	ПОДАГРУ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИТЬ КАК ВТОРИЧНУЮ: 1. у больного с ожирением 2. у больного с длительным предшествующим анамнезом хронического гломерулонефрита с исходом в терминальную ХБП 3. у больного с эссенциальной гипертонией 4. у больного, часто употребляющего пиво	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
335.	"ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ" В ДИАГНОСТИКЕ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. выявление гиперурикемии во время приступа 2. выявление гиперурикемии в межприступный период 3. обнаружение кристаллов мочевой кислоты методом поляризационной микроскопии в синовиальной жидкости или содержимом тофусов 4. рентгенография стоп с типичными изменениями в I плюсне-фаланговом суставе	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
336.	ОПТИМАЛЬНАЯ СХЕМА НАЗНАЧЕНИЯ КОЛХИЦИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ, СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ: 1. 1 мг 3 раза в день 2. 0,5 мг через каждый час до суммарной дозы 3 мг 3. 0,5 мг через каждый час до суммарной дозы 6 мг 4. 1 мг, через час - 0,5 мг	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
337.	ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУСТАВНОЙ ФОРМЫ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. <360 мкмоль/л 2. <420 мкмоль/л	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	3. <500 мкмоль/л 4. <260 мкмоль/л			
338.	ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОФУСНОЙ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. <360 мкмоль/л 2. <300 мкмоль/л 3. <260 мкмоль/л 4. <200 мкмоль/л	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
339.	НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА АЛЛОПУРИНОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ: 1. 200 мг/сут 2. 300 мг/сут 3. 400 мг/сут 4. 50-100 мг/сут	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
340.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПРЕПАРАТОВ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ВОЛЧАНОЧНО-ПОДОБНЫЙ СИНДРОМ? 1. аспирин 2. бисопролол 3. новокаиномид 4. эналаприл	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
341.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УКАЗЫВАЕТ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ОБОСТРЕНИЯ СКВ? 1. боли в суставах 2. диарея 3. тошноты боли в эпигастрии 4. повышение аппетита	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
342.	КАКОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВХОДИТ В КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ СКВ? 1. ревматоидный фактор 2. антитела к двуспиральной ДНК 3. анти-ЦЦП 4. антитела к Scl-70	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
343.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ СКВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. лейкоцитоз 2. тромбоцитоз 3. эритроцитоз 4. лейкопения	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
344.	ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ: 1. антитела к двуспиральной ДНК 2. ревматоидный фактор 3. антитела к кардиолипину 4. анти-ЦЦП	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
345.	СОЧЕТАНИЕ ПОЛИАРТРИТА, ФОТОДЕРМАТОЗА, ПЛЕВРИТА, ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ,	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	ПРОТЕИНУРИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. системной склеродермии 2. системной красной волчанки 3. дерматомиозита 4. узелкового полиартериита			ПК 3, ПК 13
346.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ СКВ С НАИБОЛЬШЕЙ ЧАСТОТОЙ? 1. "сосудистая бабочка" на скулах 2. хейлит 3. эпилептические припадки 4. тромбоцитопения	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
347.	КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПАТОЛОГИЙ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ? 1. очаговая склеродермия, бляшечная форма 2. очаговая склеродермия, линейная форма 3. эозинофильный фасциит 4. CREST-синдром	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
348.	ПОД CREST-СИНДРОМОМ ПОНИМАЮТ: 1. наличие склеродактилии, положительного теста на анти-Scl-70, интерстициального поражения легких, признаков воспалительной миопатии 2. наличие феномена Рейно, гипотонии пищевода, интерстициального поражения легких, антител к Scl-70, но без поражения кожи 3. сочетание кальциноза, синдрома Рейно, патологии пищевода, склеродактилии, телеангиоэктазии 4. наличие феномена Рейно, интерстициального поражения легких, адгезивного перикардита, положительного АНФ и антицентромерных антител, но без поражения кожи и пищевода	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
349.	ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ПОЛИМИОЗИТЕ ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ 1. разгибателей пальцев рук 2. проксимальной группы мышц верхних и нижних конечностей 3. сгибателей пальцев рук 4. икроножных мышц	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
350.	ВАЖНЕЙШИМ СЫВОРОТОЧНЫМ ФЕРМЕНТОМ, ПОВЫШАЮЩИМСЯ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ/ПОЛИМИОЗИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ: 1. креатинфосфокиназа 2. АЛТ 3. АСТ 4. щелочная фосфатаза	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
351.	СИМПТОМ ГОТТРОНА – ЭТО: 1. гелиотропная сыпь на коже верхних век 2. гелиотропная сыпь в области "декольте" 3. параорбитальный отек	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	4. эритематозная сыпь на коже разгибательной поверхности суставов пальцев рук			
352.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЗАСТАВЛЯЕТ УСОМНИТЬСЯ В ДИАГНОЗЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА? 1. психоз 2. развитие слепоты 3. выявление высокого уровня М-градиента в сыворотке крови 4. вновь появившаяся стойкая интенсивная боль в височной области	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
353.	ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ ЧАСТО АССОЦИИРУЕТСЯ С: 1. острой ревматической лихорадкой 2. ревматической полимиалгией 3. синдромом Шегрена 4. ревматоидным артритом	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
354.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРОТИВОРЕЧИТ ДИАГНОЗУ АРТЕРИИТ ТАКАЯСУ? 1. дебют заболевания в возрасте 60 лет 2. дебют заболевания в возрасте 20 лет 3. выявление резкой разницы уровня АД на левой и правой руках 4. преходящая слепота	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
355.	ВАЖНЕЙШИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ АРТЕРИИТЕ ТАКАЯСУ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. повышенная продукция катехоламинов 2. развитие диффузного гломерулонефрита 3. гиперфункция щитовидной железы 4. стеноз почечной артерии	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
356.	ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ УП МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬ СЕБЯ В ВИДЕ: 1. множественных двигательных мононевритов 2. множественных сенсомоторных мононевритов 3. периферической полинейропатии 4. всего перечисленного	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
357.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА? 1. лихорадка 2. миалгии 3. прогрессирующее увеличение массы тела 4. повышение АД	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
358.	У БОЛЬНОГО С КОЖНЫМ, ЛЕГОЧНО-ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ, ХРОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ И СИНУСИТОМ, МНОЖЕСТВЕННЫМИ МОНОНЕВРИТАМИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРФОРАЦИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. КАКОЙ СИСТЕМНЫЙ	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	ВАСКУЛИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ? 1. эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (синдром Churg-Strauss) 2. гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) 3. гигантоклеточный артериит 4. артериит Такаясу			
359.	ОБНАРУЖЕНИЕ ТЕЛЕЦ ЖОЛЛИ, КОЛЕЦ КЕБОТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. хронического миелолейкоза 2. хронического лимфолейкоза 3. мегалобластной анемии 4. аутоиммунной гемолитической анемии	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
360.	ЧТО УКЛАДЫВАЕТСЯ В ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА? 5. выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы 6. диффузная лимфаденопатия 7. базофильно-эозинофильная ассоциация 8. тромбоцитоз	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
361.	ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: 1. происхождением из мегакариоцитов 2. наличием филадельфийской хромосомы 3. высокой эозинофилией 4. секрецией моноклональных иммуноглобулинов	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
362.	НАЛИЧИЕ “ЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО ПРОВАЛА” ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 5. острого лейкоза 6. хронического лейкоза 7. лейкемоидной реакции миелоидного типа 8. лейкемоидной реакции лимфоидного типа	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
363.	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ: 1. рецидивирующие носовые кровотечения 2. алкогольный гепатит 3. кровопотери из желудочно-кишечного тракта 4. гематурическая форма гломерулонефрита	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
364.	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У НЕЛЕЧЕННОГО ПАЦИЕНТА ВЫ ОБНАРУЖИЛИ УРОВЕНЬ РЕТИКУЛОЦИТОВ 4%. ЭТО ДАЕТ ВАМ ОСНОВАНИЕ СМЕЛО ИСКЛЮЧИТЬ: 5. серповидно-клеточную анемию 6. мегалобластную анемию 7. болезнь Минковского-Шоффара 8. наследственный овалоцитоз	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
365.	НА ОСНОВАНИИ ОБНАРУЖЕНИЯ ГИПОХРОМИИ ЭРИТРОЦИТОВ МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ДИАГНОЗ: 1. фолиево-дефицитной анемии 2. железodefицитной анемии	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	3. талассемии 4. анемии вследствие свинцовой интоксикации			
366.	АРТРАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НЕРЕДКО МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ: 5. хроническом миелолейкозе 6. хроническом лимфолейкозе 7. железодефицитной анемии 8. тяжелом гемолитическом кризе	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
367.	УВЕЛИЧЕНИЕ И УПЛОТНЕНИЕ ПЕЧЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ: 1. при железодефицитной анемии 2. при множественной миеломе 3. при хроническом миелолейкозе 4. при болезни Вальденстрема	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
368.	ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД ПОСЛЕ ПРИЕМА ГОРЯЧЕЙ ВАННЫ, ТЯЖЕСТЬ В ГОЛОВЕ И КОШМАРНЫЕ СНОВИДЕНИЯ ТИПИЧНЫ ДЛЯ: 1. выраженной анемии 2. истинной полицитемии 3. хронического миелолейкоза 4. амилоидоза	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
369.	ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ ТКАНЕВЫЕ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА, ЯВЛЯЕТСЯ: 1. ферритин сыворотки 2. сывороточное железо 3. цветной показатель 4. размер эритроцитов	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
370.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА? 1. панцитопения 2. локальное увеличение лимфоузлов 3. увеличение процентного содержания гранулоцитов 4. увеличение абсолютного и относительного содержания лимфоцитов	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
371.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА? 1. выраженная лимфаденопатия 2. гемолитическая анемия 3. наличие филадельфийской хромосомы 4. лимфоцитоз	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
372.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ? 1. низкий уровень ретикулоцитов 2. высокий уровень ретикулоцитов 3. повышение прямой фракции билирубина 4. гипохромный характер анемии	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
373.	ТРЕБУЕМАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1,

	ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ: 1. 200-300 мг 2. 100-150 мг 3. 50-75 мг 4. 25-50 мг			ПК 3, ПК 13
374.	ОБНАРУЖЕНИЕ ГЕМОСИДЕРИНА В МОЧЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. терминальной стадии почечной недостаточности 2. миеломы Бенс-Джонса 3. внутриклеточного гемолиза 4. внутрисосудистого гемолиза	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
375.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ: 1. биопсию лимфоузла 2. пункцию селезенки 3. стерильную пункцию 4. подсчет ретикулоцитов	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
376.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ОБРАЗОМ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ? 1. рентгенография суставов 2. стерильная пункция + выявление моноклональных белков в крови и/или в моче 3. рентгенография черепа 4. рентгенография таза	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
377.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА В РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. ингибиторы тирозинкиназы (иматиниб и др.) 2. гидроксимочевина (гидреа) 3. интерферон-α 4. миелосан	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
378.	РАЗВИТИЕ ГЕПАРИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ: 1. эноксапарином 2. фондапаринуксом 3. надропарином 4. нефракционированным гепарином	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
379.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ? 1. повышение уровня прямого билирубина сыворотки 2. содержание ретикулоцитов 0,6% 3. положительная прямая проба Кумбса 4. сниженный уровень сывороточного железа	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

380.	ТЕНИ БОТКИНА-ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ: 1. полицитемии 2. хроническом лимфолейкозе 3. хроническом миелолейкозе 4. множественной миеломе	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
381.	ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. базофильно-эозинофильная ассоциация 2. увеличение числа лимфоцитов 3. лейкопения 4. тромбоцитопения	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
382.	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЦВЕТНОМ ПОКАЗАТЕЛЕ АНЕМИЮ СЛЕДУЕТ НАЗВАТЬ ГИПЕРХРОМНОЙ? 1. ЦП=0,6 2. ЦП=0,8 3. ЦП=1,0 4. ЦП=1,2	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
383.	ЗАМЕДЛЕНИЕ СОЭ (МЕНЕЕ 3 ММ/Ч) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. криоглобулинемии 2. множественной миеломы 3. полицитемии 4. болезни Вальденстрема	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
384.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО: 1. гематурия 2. выявление М-градиента 3. гипокальциемия 4. лимфоцитоз	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
385.	ПЕРВОСТЕПЕННЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ ЕЕ ЭТИОЛОГИИ, ЯВЛЯЕТСЯ: 1. переливание эритроцитной массы 2. трансфузия свежезамороженной плазмы 3. назначение глюкокортикоидов 4. трансфузия коллоидов	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
386.	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. гипертромбоцитоз 2. лейкоцитоз 3. микроцитоз 4. макроцитарная анемия с высоким цветным показателем	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
387.	АНЕМИЯ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА НЕРЕДКО АССОЦИИРУЕТСЯ С: 1. остеопорозом 2. мочекаменной болезнью 3. коротким мизинцем, «башенным» черепом 4. язвенной болезнью	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

388.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ В12- ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1. гипохромия эритроцитов 2. гиперсегментация нейтрофилов 3. микроцитоз эритроцитов 4. увеличение уровня прямого билирубина	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
389.	ПРИЕМ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ АССОЦИИРУЕТСЯ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1. противосудорожных препаратов 2. бисопролола 3. каптоприла 4. гидрохлортиазида	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
390.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1. длительный прием парацетамола 2. прием цитостатиков 3. симптомная миома матки 4. некровоточащий геморрой	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
391.	ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН СВОДЯТСЯ: 1. к своевременному переливанию цельной крови 2. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно 3. к строгому запрещению повторных беременностей 4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок и, по возможности, ликвидации причины железодефицита	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
392.	ПРИЧИНОЙ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ: 1. инвазия острицами 2. инвазия широким лентецом 3. длительный прием метотрексата 4. повторная беременность	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
393.	К ПРЕПАРАТАМ, НАРУШАЮЩИМ ФУНКЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ, ОТНОСЯТСЯ: 1. тикагрелор 2. этамзилат 3. атенолол 4. эналаприл	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
394.	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ УРОВНЕЙ РЕТИКУЛОЦИТОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНОГО ХАРАКТЕРА АНЕМИИ? 1. 10‰ 2. 0,8% 3. 4% 4. 0,1%	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
395.	НА РАННИХ СТАДИЯХ ИСТИННОЙ	4	ВК ТК	УК 1,

	ПОЛИЦИТЕМИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПЛЕТОРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ: 1. комбинированной цитостатической терапии 2. глюкокортикоидов 3. спленэктомии 4. систематических гемоэксфузий		ГИА	ПК 1, ПК 3, ПК 13
396.	ПРИ ГЕМОФИЛИИ А НАБЛЮДАЕТСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ДЕФИЦИТ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ: 1. IX 2. VIII 3. VII 4. X	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
397.	ДЛЯ УСВОЕНИЯ ПИЩЕВОГО ВИТАМИНА В12 ОБЯЗАТЕЛЬНО ТРЕБУЕТСЯ 1. нормальная кишечная флора 2. повышенная секреция желудочного сока 3. внутренний фактор (Касля) 4. нормальное содержание сахара в крови	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
398.	ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ С СЕРОВАТЫМ ОТТЕНКОМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: 5. для гемохроматоза и гемосидероза 6. для полицитемии 7. для множественной миеломы 8. для железодефицитной анемии	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
399.	ЯРКО-КРАСНЫЙ ЯЗЫК С АТРОФИЧНЫМИ СОСОЧКАМИ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: 5. при амилоидозе 6. при тромбоцитопении 7. при хроническом лимфолейкозе 8. при В12-дефицитной анемии	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
400.	ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА? 1. отрывка кислым 2. гипертрихоз 3. койлонихия 4. макроглоссия	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
401.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ? 1. высокий уровень эритропоэтина сыворотки 2. мутация гена JAK2-V617F 3. выявление Ph⁺-хромосомы 4. желтушность кожных покровов	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
402.	ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1. сниженный показатель МСН (среднего содержания гемоглобина в эритроците) 2. уровень сывороточного железа 15,0 мкмоль/л 3. повышенный уровень ферритина сыворотки	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13

	4. повышенный уровень MCV (среднего объема эритроцитов)			
403.	КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ В12- ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ? 1. выраженная спленомегалия 2. макроглоссия 3. повышенный аппетит 4. фуникулярный миелоз	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
404.	ПОВЕРХНОСТЬ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК ТИПА «СТИРАЛЬНОЙ ДОСКИ» И ЖЕЛАНИЕ ЕСТЬ МЕЛ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: 1. аутоиммунной гемолитической анемии 2. железодефицитной анемии 3. В12-дефицитной анемии 4. серповидно-клеточной анемии	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
405.	НЕБОЛЬШОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. железодефицитных анемий 2. множественной миеломы 3. гемолитических анемий 4. анемии при ХБП	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
406.	В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВАЖНЕЙШАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ ПОВЫШЕННОЙ ПРОДУКЦИИ: 5. гепсидина 6. эритропоэтина 7. билирубина 8. гастрина	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 1, ПК 3, ПК 13
407.	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО 1. острое начало заболевания 2. избыточная масса тела 3. отсутствие склонности к кетоацидозу 4. постепенное развитие заболевания	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
408.	ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1. деструкция бетта-клеток 2. возраст к началу болезни старше 40 лет 3. склонность к кетозу 4. снижения уровня инсулина в сыворотке крови	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
409.	НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. определение постпрандиальной гликемии 2. исследование содержания глюкозы в ушной сере 3. определение фруктозамина 4. определение гликозилированного гемоглобина	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5

410.	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ГЛЮКОЗУРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО 1. определить уровень глюкозы в крови натощак 2. определить уровень базального инсулина 3. назначить препараты сульфонилмочевины 4. ограничить употребление углеводов	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
411.	БОЛЬНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ОБНАРУЖЕН В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ 1. Снять ЭКГ 2. Ввести инсулин (10-20 ЕД) 3. Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови 4. Ввести 40 мл 40%-ного раствора глюкозы	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6
412.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СЛЕПОТЫ У БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ 1. глаукома 2. катаракта 3. пролиферирующая ретинопатия 4. атрофия зрительных нервов	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
413.	В НАИМЕНЬШЕМ ПРОЦЕНТЕ ВЫДЕЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ 1. гликлазид 2. гликвидон 3. глибенкламид 4. глимепирид 5.	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
414.	ДЛЯ ПРОСТОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ СЕТЧАТКИ ХАРАКТЕРНО 1. неравномерность калибра вен 2. отек сетчатки 3. кровоизлияния 4. формирования очагов дегенерации в сетчатке	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
415.	ДЛЯ II СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО 1. кровоизлияния в сетчатку 2. извитость сосудов 3. новообразования сосудов 4. множество ретинальных геморрагий	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
416.	ДЛЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ХАРАКТЕРНО 1. кожа сухая, тестообразная, трескающаяся 2. ноги влажные, холодные, синюшные 3. пульс ослаблен или не пальпируется 4. пораженный участок болезненный	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5

417.	ДЛЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ХАРАКТЕРНО 1. часто возникают деформация стопы и остеоартропатия 2. медиасклероз сосудов голени и стопы 3. кожа сухая, тестообразная, трескающаяся 4. пульс прощупывается, вены полнокровны	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
418.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ 1. утолщение базальной мембраны капилляров 2. лимфоидная инфильтрация эндотелия 3. отложение избыточного количества PAS-положительных веществ в гладкомышечных клетках артерий 4. дегенеративные изменения соединительной ткани	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
419.	АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ В СОСУДАХ 1. коронарных 2. селезенки 3. почек 4. нижних конечностей	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
420.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ 1. хронический гепатит 2. первичный рак печени 3. цирроз печени 4. жировую инфильтрацию печени	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
421.	НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО ДОЛГОСРОЧНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА ОТРАЖАЮТ 1. уровень глюкозы натощак и через 2 часа после еды 2. показатели липидного обмена 3. уровень гликозилированного гемоглобина 4. суточный гликемический профиль в 6-8 точках	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
422.	НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИОПАТИИ 1. непостоянная тахикардия 2. безболевая ишемия миокарда 3. фиксированный сердечный ритм 4. ортостатическая гипотензия	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5

423.	В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЛЕЧЕНИЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ В ОБЪЕМЕ, РАВНОМ 1. 5% массы тела 2. 4-6 л. 3. 2 л. 4. 1 л.	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6
424.	ДЛЯ ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО 1. повышение уровня ХС и ТГ 2. повышение ЛПВП 3. снижение ЛПНП 4. снижение уровня ТГ	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
425.	МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ – ЭТО ЭКСКРЕЦИЯ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ В КОЛИЧЕСТВЕ 1. менее 30 мг/сут 2. 30 – 300 мг/сут 3. более 300 мг/сут 4. более 3 г/сут	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
426.	НАРУШЕНИЮ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л) 1. натощак $< 6,7$; через 2 часа $\geq 7,8$ и $< 11,1$ 2. натощак $< 6,0$; через 2 часа $\geq 6,1$ и $< 7,0$ 3. натощак $< 6,1$; через 2 часа $\geq 7,2$ и $< 11,1$ 4. натощак $< 6,1$; через 2 часа $\geq 7,8$ и $< 11,1$	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
427.	НАРУШЕНИЮ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК СООТВЕТСТВУЕТ ГЛИКЕМИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ (ММОЛЬ/Л) 1. натощак $< 6,0$; через 2 часа $\geq 6,1$ и $< 7,0$ 2. натощак $< 7,0$; через 2 часа $\geq 7,2$ и $< 11,1$ 3. натощак $< 6,1$; через 2 часа $\geq 7,8$ и $< 11,1$ 4. натощак $> 5,6$ и $< 6,1$; через 2 часа $< 7,8$	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
428.	ПРИ МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. исследование гликемии через 2 часа после еды 2. проведение глюкозотолерантного теста с 75г глюкозы 3. определение гликемии только натощак 4. определение гликированного гемоглобина	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5

429.	ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВКЛЮЧАЕТ 1. прием легкоусвояемых (простых) углеводов в количестве 1-2 ХЕ 2. в/в струйное введение 40% раствора глюкозы в количестве 20 – 40 мл 3. в/в капельное введение 5% раствора глюкозы 4. п/к введение 1 мл глюкагона	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6
430.	ДИАГНОЗ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ НАТОЩАК 1. < 6,1 ммоль/л 2. > 5,6 ммоль/л 3. > 6,0 ммоль/л 4. ≥ 6,1 ммоль/л	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
431.	ПРИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. дыхание Куссмауля 2. запах ацетона изо рта 3. полиморфная неврологическая симптоматика 4. боли в мышцах	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
432.	Для полиурической стадии ОПН не характерно 1. полиурия 2. отечный синдром 3. явления дегидратации 4. снижение уровня азотемических показателей	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
433.	ПРИ ЛАКТАТАЦИДОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ 1. дыхание Куссмауля 2. запах ацетона изо рта 3. полиморфная неврологическая симптоматика 4. боли в мышцах	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
434.	ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО 1. повышение уровня ТТГ в крови 2. увеличение уровня свободного Т₄ в крови 3. понижение уровня ТТГ в крови 4. увеличение уровня общего Т₃ в крови	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
435.	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО 1. повышение уровня метанефринов в крови 2. увеличение уровня свободного Т₄ в крови 3. понижение уровня кортизола в крови 4. увеличение уровня кортизола в крови	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5

436.	ДИАГНОЗ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЕ НАТОЩАК 1. < 6,1 ммоль/л 2. > 5,6 ммоль/л 3. > 6,0 ммоль/л 4. $\geq$ 7,0 ммоль/л	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
437.	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. хронический пиелонефрит 2. беременность и лактация 3. туберкулез 4. отсутствие эффекта от диетотерапии	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
438.	ДЛЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ХАРАКТЕРНО 1. запах ацетона в выдыхаемом воздухе 2. влажные кожные покровы 3. полиморфная неврологическая симптоматика 4. дыхание Куссмауля отсутствует	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
439.	СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТонию, ПОЛИДИПСИЮ, ПОЛИУРИЮ, МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ И ГИПОКАЛИЕМИЮ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. реноваскулярной гипертензии 2. ренопаренхиматозной гипертензии 3. синдрома Конна 4. синдрома Кушинга	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
440.	ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ИМЕЕТ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТониИ У БОЛЬНЫХ 1. с синдромом Конна 2. с синдромом Кушинга 3. с феохромоцитомой 4. с тиреотоксикозом	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
441.	ФЕОХРОМАЦИТОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В 1. мозговом веществе надпочечника или параганглиях по ходу брюшной аорты 2. сосудах почки и надпочечника 3. почечных лоханках 4. средостении	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
442.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. сцинтиграфия щитовидной железы	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5

	2. пальпаторное исследование 3. ультразвуковое исследование щитовидной железы 4. тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы			
443.	СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ДЛЯ II СТЕПЕНИ ЗОБА ХАРАКТЕРНО 1. визуальное увеличение щитовидной железы 2. пальпаторное увеличение щитовидной железы 3. отсутствие увеличения щитовидной железы 4. каждая доля равна 1 фаланге большого пальца пациента	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
444.	ТЕРАПИЯ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1. консервативном лечении кризов 2. лучевой терапии 3. оперативном удалении опухоли 4. наблюдении	3	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
445.	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ 1. опухоль гипофиза 2. черепно-мозговая травма 3. нейроинфекция 4. опухоль надпочечника	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
446.	ФЕОХРОМАЦИТОМА – ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОДУЦИРУЮЩАЯ 1. адреналин, норадреналин и дофамин 2. эстрон и b-эстрадиол 3. кортизол и кортизон 4. альдостерон и 17 – ОКС	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
447.	ТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОВЫШЕННОЙ ПРОДУКЦИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ 1. похудание 2. стрии на коже 3. артериальная гипотония 4. снижение глюкозы в крови	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
448.	В ЛЕЧЕНИИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ 1. препараты йода 2. препараты тиреоидных гормонов 3. глюкокортикоиды 4. радиоактивный йод	1	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
449.	ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА	1	ВК ТК	УК-1

	ХАРАКТЕРНО 1. снижение кальция в сыворотке крови 2. повышение кальция в сыворотке крови 3. повышение фосфора в сыворотке крови 4. снижение фосфора, выделяемого почками		ГИА	ПК-1 ПК-5
450.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. тиреоидин 2. тиреотом 3. тирекомб 4. L- тироксин	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6
451.	ГИНЕКОМАСТИЯ – ЭТО 1. увеличение ткани молочной железы у женщин 2. наличие пальпируемой ткани грудной железы у мужчин 3. деформация молочных желез у женщин 4. замещение ткани грудной железы на жировую у мужчин	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
452.	ДЛЯ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО 1. значительное повышение нервной возбудимости 2. появление мерцательной аритмии 3. уменьшение массы тела на 20% от исходной 4. постоянная тахикардия не более 100 ударов в 1 мин	4	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
453.	ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО 1. некоторое снижение трудоспособности 2. появление мерцательной аритмии 3. уменьшение массы тела на 20% от исходной 4. постоянная тахикардия не более 100 ударов в 1 мин	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
454.	ДЛЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНО 1. повышение уровня ТТГ в крови 2. увеличение уровня свободного Т₄ в крови 3. снижение уровня свободного Т₃ в крови 4. повышение уровня АТкТПО в крови	2	ВК ТК ГИА	УК-1 ПК-1 ПК-5
455.	Наиболее точное представление о функциональном состоянии каждой почки в отдельности дает: 1. ретроградная пиелография 2. УЗИ почек 3. инфузионная урография 4. радионуклидная ренография	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
456.	Больным с почечной недостаточностью	2	ВК ТК	УК 1,

	назначают стол: 1. 13 2. 7a 3. 5a 4. 1в 5.		ГИА	ПК 5
457.	Из перечисленных симптомов к азотемической интоксикации не имеет отношения: 1. кожный зуд 2. эритроцитоз 3. полиурия, полидипсия 4. тошнота, рвота	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
458.	Каковы показания к гемодиализу при ХБП 1. сердечная недостаточность 3 степени 2. клубочковая фильтрация 20-30 мл/мин 3. клиника терминальной стадии ХБП 4. сепсис	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
459.	Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является 1. артериальная гипертензия 2. гиперкалиемия 3. повышение уровня креатинина в крови 4. олигурия	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 7
460.	При ХБП 3а стадии скорость клубочковой фильтрации 1. 45-59 мл/мин 2. 60-89 мл/мин 3. 30-44 мл/мин 4. 15-29 мл/мин	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 7
461.	Наиболее оптимальным методом заместительной почечной терапии считается: 1. постоянный амбулаторный перитонеальный диализ 2. гемодиафильтрация 3. аллотрансплантация почки 4. гемодиализ	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 6, ПК 7
462.	Эффективной диализной терапией при терминальной хронической почечной недостаточности является недельная длительность гемодиализа: 1. более 240 минут 2. не менее 720 минут 3. 480 минут 4. 480-720 минут	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

463.	У не диабетиков диализ может быть начат при скорости клубочковой фильтрации ниже 1. 20 мл/мин 2. 15 мл/мин 3. 10 мл/мин 4. 7 мл/мин	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
464.	Целевой уровень гемоглобина при лечении нефрогенной анемии 1. 80-90 г/л 2. 90-100 г/л 3. 100-120 г/л 4. 90-140 г/л	3		УК 1, ПК 6, ПК 7
465.	После пересадки почки реципиент обязан получать 1. патогенетическую терапию 2. гипотензивную терапию 3. иммуносупрессивную терапию 4. десенсибилизирующую терапию	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
466.	Ингибитором кальциневрина является 1. микофеноловая кислота 2. мофетила микофенолат 3. циклоспорин 4. метилпреднизолон	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
467.	К микофенолатам относится 1. эверолимус 2. циклоспорин 3. микофеноловая кислота 4. такролимус	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
468.	К ингибиторам пролиферативного сигнала относится 1. эверолимус 2. циклоспорин 3. микофеноловая кислота 4. метилпреднизолон	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
469.	Нефропротективная терапия это 1. назначение ингибиторов АПФ при ХБП 2. комплекс методов лечения и профилактики прогрессирования хронической болезни почек 3. назначение сартанов при ХБП 4. назначение гипотензивной терапии при	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	ХБП			
470.	С какой стадии ХБП необходимо назначение нефропротективной терапии 1. 1 стадии 2. 2 стадии 3. 3 стадии 4. 4 стадии	1	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
471.	Основой нефропротективной терапии является 1. назначение гипотензивных препаратов 2. назначение сартанов 3. назначение ингибиторов АПФ 4. назначение препаратов блокирующих ренин-ангиотензиновую систему	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
472.	Нефропротективная терапия не эффективна при 1. хроническом гломерулонефрите 2. нефротическим синдромом 3. гипертонической нефропатии 4. диабетической нефропатии	2	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
473.	Кетоаналоги аминокислот назначаются из расчета 1. 1 таблетка на 0,5 кг веса 2. 1 таблетка на 1 кг веса 3. 1 таблетка на 3 кг веса 4. 1 таблетка на 5 кг веса	4	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5
474.	Наиболее точно СКФ определять по формуле 1. Кокрофт-Голт 2. MDRD 3. CRD-EPI 4. Шварца	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
475.	Маркером ХБП не является 1. альбуминурия 2. гематурия 3. протеинурия 4. цилиндринурия	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
476.	Маркером ХБП является скорость клубочковой фильтрации в течение 3 месяцев	3	ВК ТК ГИА	УК 1, ПК 5

	1. выше 140 мл/мин 2. ниже 90 мл/мин 3. ниже 60 мл/мин 4. ниже 45 мл/мин			
477.	Патологической является альбуминурия 1. 10-29 мг/сут 2. 10-299 мг/сут 3. выше 30 мг/сут 4. выше 300 мг/сут	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
478.	Модифицируемый фактор прогрессирования ХБП 1. пожилой возраст 2. мужской пол 3. низкая масса тела при рождении 4. высокий уровень АД	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
479.	Какое изменение мочи может свидетельствовать о почечной недостаточности: 1. протеинурия более 3 г/л 2. протеинурия менее 1 г/л 3. относительная плотность мочи менее 1005-1010 в анализе мочи по Зимницкому 4. большое количество уратов	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
480.	Для определения степени тяжести ХБП имеют значение все показатели, кроме: 1. уровень креатинина крови 2. величина скорости клубочковой фильтрации 3. выраженность отеочного синдрома 4. выраженность анемии	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
481.	Показанием к проведению экстренного гемодиализа при ХБП является 1. гиперкалиемия более 6,5 ммоль/л 2. артериальная гипертензия 3. анемия 4. гиперфосфатемия	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
482.	При каком из заболеваний по мере снижения скорости клубочковой фильтрации размеры почек увеличиваются 1. гломерулонефрит	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

	2. диабетическая нефропатия 3. поликистоз почек 4. гипертоническая нефропатия			
483.	Для определения стадии ХБП необходим: 1. уровень креатинина крови 2. уровень мочевины 3. расчет скорости клубочковой фильтрации 4. уровень креатинина и мочевины	3	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
484.	Самой частой нефрологической патологией является: 1. гломерулонефрит 2. цистит 3. уретрит 4. инфекции мочевыводящих путей	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
485.	Самый частый этиологический фактор инфекций мочевыводящих путей 1. протей 2. кишечная палочка 3. энтеробактер 4. стафилококк	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
486.	К ХБП относится 1. острый пиелонефрит 2. хронический двусторонний пиелонефрит 3. цистит 4. уретрит	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
487.	Самой частой формой инфекции почек и мочевыводящих путей является 1. цистит 2. пиелонефрит 3. уретрит 4. бессимптомная бактериурия	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
488.	У мужчин при бессимптомной бактериурии чаще всего высевается 1. Proteus mirabilis 2. Enterobacter sp. 3. E.coli 4. Klebsiella	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
489.	Антибактериальная терапия при бессимптомной бактериурии проводится всем	3		УК 1,ПК 5

	кроме 1. пациентов после трансплантации почки 2. беременных 3. женщин с сахарным диабетом 4. пожилых пациентов с анатомическим и функциональными нарушениями уродинамики			
490.	Для лечения бессимптомной бактериурии у беременных можно применять все препараты, кроме 1. амоксициллин 2. фосфомицина трометамол 3. цефуроксим 4. левофлоксацин	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
491.	Клиника цистита включает в себя все, кроме 1. редкое мочеиспускание 2. частое болезненное мочеиспускание 3. боль в проекции мочевого пузыря 4. императивные позывы к мочеиспусканию	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
492.	Препаратами выбора при остром неосложненном цистите с учетом антибиотикорезистентности являются 1. фосфомицина трометамол, нитрофураны 2. фторхинолоны 3. пенициллины 4. макролиды	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
493.	Дифференциальная диагностика острого пиелонефрита включает все, кроме 1. острый холецистит и желчная колика 2. нижнедолевая пневмония 3. инфаркт селезенки 4. нефротический криз	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
494.	Показаниями для госпитализации при остром пиелонефрите являются все, кроме 1. лихорадка до 37,5 2. острый пиелонефрит единственной функционирующей почки 3. обострение хронического пиелонефрита со снижением функции почек 4. острый пиелонефрит на фоне иммунодефицита	4	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7

495.	Препаратами выбора при развитии острого пиелонефрита, вызванного госпитальными штаммами являются все, кроме 1. ципрофлоксацин 2. цефтазидим 3. меропинем 4. дорипенем	1	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
496.	Дифференциальная диагностика хронического пиелонефрита проводится со всеми заболеваниями кроме 1. хронический тубулоинтерстициальный нефрит 2. туберкулез почек 3. амилоидоз почек 4. хронический гломерулонефрит	3	ВК ТК ГИА	ПК 6, ПК 7
497.	Наиболее высокий процент выделения резистентных штаммов E. coli в России выявляется у 1. ампициллина 2. ципрофлоксацина 3. фосфомицина трометоприма 4. нитрофурантоина	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
498.	Наименьший процент выделения резистентных штаммов E. coli в России выявляется у 1. ампициллина 2. ко-тримоксазола 3. ципрофлоксацина 4. фосфомицина трометоприма	4	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
499.	Самой частой причиной ренального ОПП является 1. острый канальцевый некроз 2. окклюзия почечных артерий 3. острый тубулоинтерстициальный нефрит 4. острый гломерулонефрит	1	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5
500.	Наиболее чувствительным маркером ОПП является 1. калий 2. NGAL 3. криоглобулин 4. креатинин	2	ВК ТК ГИА	УК 1,ПК 5

