

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Мамасаидов А.Т., Абдурашитова Д.И.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ

**ПО ПРЕДМЕТУ
«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ. РАЗДЕЛЫ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ И
РЕВМАТОЛОГИЯ»**

**(методическое пособие для студентов IV курса медицинского
факультета по специальности «Лечебное дело»)**

Ош-2015

УДК 614
ББК 51.1(2)2
М 22

Печатается по решению редакционно-издательского совета (РИСО) медицинского факультета Ошского государственного университета.

Рецензент: Юсупов Ф.А., доктор медицинских наук,
профессор

Мамасаидов А.Т., Абдурашитова Д.И.
Экзаменационные тесты по предмету «Факультетская
М 22 терапия. Разделы гастроэнтерология, нефрология и
ревматология»: Метод. пособие для студентов мед.
ВУЗов. - Ош: 2015. – 68 стр.

ISBN 978-9967-18-125-0

Данное методическое пособие предназначено для студентов IV курса медицинского факультета по специальности «Лечебное дело»

М 4103000000-15

ISBN 978-9967-18-125-0

УДК 614
ББК 51.1(2)2
© Мамасаидов А.Т.,
Абдурашитова Д.И.,
2015

Раздел гастроэнтерология

1. При хроническом эзофагите одним из основных симптомов является: а) «ранние» эпигастральные боли; б) «поздние» эпигастральные боли; в) дисфагия; г) исчезновение болей в эпигастрии после рвоты.
2. При хроническом эзофагите боль во время глотания сочетается с: а) тошнотой; б) дисфагией; в) запорами; г) диареей.
3. Боли по ходу пищевода при хроническом эзофагите могут симулировать: а) эпигастральные боли; б) желудочную колику; в) кишечную колику; г) плевральные боли; д) коронарные боли.
4. Дисфагия при хроническом эзофагите проявляется: а) болями за грудиной независимо от приема пищи; б) болями за грудиной при глотании; в) ощущением давления, распираания, переполнения и «комка» за грудиной и затруднением прохождения пищи по пищеводу; г) утренней рвотой.
5. Боль во время глотания и дисфагия в течение длительного периода характерны для: а) хронического эзофагита; б) хронического гастрита В; в) язвенной болезни кардиального отдела желудка; г) язвенной болезни антрального отдела желудка.
6. При хроническом эзофагите пищеводная рвота возникает: а) без предшествующей тошноты; б) на высоте эпигастральных болей; в) после предшествующей тошноты; г) после диареи.
7. Рвота без предшествующей тошноты, рвотные массы состоящие из неизменной пищи, боль во время глотания и дисфагия в течение длительного периода характерны для: а) хронического эзофагита; б) хронического гастрита В; в) язвенной болезни кардиального отдела желудка; г) язвенной болезни антрального отдела желудка.
8. Пищеводная рвота, содержащая неизменную венозную кровь, чаще всего развивается на фоне: а) ожога пищевода; б) хронического эзофагита; в) рака пищевода; г) разрыва

- варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени;
д)язвы пищевода.
9. При рентгеноскопии пищевода обнаружена «ниша». Для какого заболевания это характерно: а)ожог пищевода; б)хронический эзофагит; в)язва пищевода; г)цирроз печени.
 10. У больного в течение длительного времени отмечаются боль при глотании и дисфагия. О чем Вы подумаете?: а)хроническом гастрите А; б)хроническом гастрите В; в)хроническом эзофагите; г)язве пищевода.
 11. У больного периодически возникает рвота без предшествующей тошноты и без примеси пищи. Это имеет место при: а)хроническом гастрите А; б)хроническом гастрите В; в)хроническом эзофагите; г)язве пищевода.
 12. У больного во время эзофагоскопии обнаружены варикозно расширенные вены нижней трети пищевода. Для какого заболевания это характерно: а)ожога пищевода; б)хронического эзофагита; в)язвы пищевода; г)цирроза печени.
 13. Какой симптом является ведущим при хроническом гастрите: а)«голодные боли» в эпигастрии; б)диарея; в)запоры; г)желудочная диспепсия; д)горечь во рту.
 14. Какой из перечисленных этиологических факторов ведущую роль в развитии хронического гастрита типа В: а)нарушение режима питания; б)злоупотребление алкоголем; в)курение; г)длительный прием лекарств; д)*Helikobacter pylori* .
 15. Каков морфологический субстрат хронического гастрита: а)воспаление; б)воспаление, дистрофия, атрофия, нарушение клеточной регенерации; в)фиброз; г)склероз; д)атипичные клетки.
 16. При каком из заболеваний желудка этиологическую роль чаще всего играет инфекция: а)рак желудка; б)хронический гастрит типа В; в)хронический гастрит типа А; г)ахалазия кардии; д)полип желудка.
 17. По современной классификации различают следующие 3 (три) вида хронического гастрита: а)типа А, В и С; б)I, II и III типов; в)первичные, вторичные и третичные; г)с нормальной, пониженной и повышенной секрецией.

18. Согласно современной классификации хронический гастрит типа А имеет следующее патогенетическое название: а) аутоиммунный; б) хеликобактерный; в) рефлюкс-гастрит; г) язво-гастрит.
19. Хронический гастрит типа В, согласно современной классификации, имеет следующее патогенетическое название: а) аутоиммунный; б) хеликобактерный; в) рефлюкс-гастрит; г) язво-гастрит.
20. На основании современной классификации выберите правильное патогенетическое название хронического гастрита типа С: а) аутоиммунный; б) хеликобактерный; в) рефлюкс-гастрит; г) язво-гастрит.
21. Основным этиофактором хронического гастрита типа А является: а) аутоиммунные механизмы (антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла); б) хеликобактерная инфекция; в) дуоденально-гастральный рефлюкс; г) недолеченный острый гастрит.
22. Основным этиофактором хронического гастрита типа В является: а) аутоиммунные механизмы (антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла); б) хеликобактерная инфекция; в) дуоденально-гастральный рефлюкс; г) недолеченный острый гастрит.
23. Антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла являются основным этиофактором: а) хронического гастрита типа А; б) хронического гастрита типа В; в) хронического гастрита типа С; г) всех 3-х форм хронического гастрита.
24. При хроническом гастрите болевой синдром (боль в эпигастрии невыраженная, без четкой локализации) является характерным признаком: а) хронического гастрита типа А; б) хронического гастрита типа В; в) хронического гастрита типа С; г) всех 3-х форм хронического гастрита.
25. При хроническом гастрите синдром желудочной диспепсии (распирание в эпигастрии, не связанное с приёмом пищи, отрыжка, рвота, понижение аппетита) является характерным признаком: а) хронического гастрита типа А; б) хронического гастрита типа В; в) хронического гастрита типа С; г) всех 3-х форм хронического гастрита.

26. Хронический гастрит типа А патогенетически и клинически характеризуется: а)снижением секреторной функции желудка; б)повышением секреторной функции желудка; в)нормальной секреторной функцией желудка; г)забросом желчи в желудок при дуодено-гастральном рефлюксе.
27. Хронический гастрит типа В патогенетически и клинически характеризуется: а)снижением секреторной функции желудка; б)повышением секреторной функции желудка; в)нормальной секреторной функцией желудка; г)забросом желчи в желудок при дуодено-гастральном рефлюксе.
28. Хронический гастрит типа С патогенетически и клинически характеризуется: а)снижением секреторной функции желудка; б)повышением секреторной функции желудка; в)нормальной секреторной функцией желудка; г)забросом желчи в желудок при дуодено-гастральном рефлюксе.
29. Клинически и патогенетически хронический гастрит типа А характеризуется: а)гиперацидизмом; б)нормоацидизмом; в)гипоацидизмом и анацидизмом; г)выраженным гиперацидизмом.
30. Клинически и патогенетически хронический гастрит типа В характеризуется: а)гиперацидизмом; б)нормоацидизмом; в)гипоацидизмом; г)анацидизмом.
31. Клинически при хроническом гастрите типа А отмечается: а)приступообразные боли в правом подреберье; б)тяжесть в эпигастральной области, тошнота, отрыжка тухлым, снижение аппетита вплоть до отвращения, в тяжелых случаях – диарея и признаки В₁₂-дефицитной анемии; в)изжога, отрыжка кислым, тяжесть, «поздние», «ночные, голодные» эпигастральные боли; г)изжога, отрыжка горечью, рвота желчью и боль в эпигастрии.
32. Клинически при хроническом гастрите типа В отмечается: а)приступообразные боли в правом подреберье; б)тяжесть в эпигастральной области, тошнота, отрыжка тухлым, снижение аппетита вплоть до отвращения, в тяжелых случаях – диарея и признаки В₁₂-дефицитной анемии; в)изжога, отрыжка кислым, тяжесть, «поздние», «ночные, голодные» эпигастральные боли; г)изжога, отрыжка горечью, рвота желчью и боль в эпигастрии.

33. Клинически при хроническом гастрите типа С отмечается:
а) приступообразные боли в правом подреберье; б) тяжесть в эпигастральной области, тошнота, отрыжка тухлым, снижение аппетита вплоть до отвращения, в тяжелых случаях – диарея и признаки В₁₂-дефицитной анемии; в) изжога, отрыжка кислым, тяжесть, «поздние», «ночные, голодные» эпигастральные боли; г) изжога, отрыжка горечью, рвота желчью и боль в эпигастрии.
34. Какая форма хронического гастрита почти всегда сочетается с язвой 12 п.к.: а) хронический гастрит типа А; б) хронический гастрит типа В; в) хронический гастрит типа С; г) любой их 3-х типов хронического гастрита.
35. При какой форме хронического гастрита во время иммунологического анализа крови обнаруживаются антитела к париетальным клеткам слизистой оболочки желудка: а) хроническом гастрите типа А; б) хроническом гастрите типа В; в) хроническом гастрите типа С; г) любом их 3-х типов хронического гастрита.
36. При какой форме хронического гастрита во время анализа желудочного сока обнаруживаются увеличение базальной и стимулированной секреции НСl: а) хроническом гастрите типа А; б) хроническом гастрите типа В; в) хроническом гастрите типа С; г) любом их 3-х типов хронического гастрита.
37. При какой форме хронического гастрита определяется наличие *Helicobacter pylori* (HP) в биоптате слизистой оболочки желудка: а) хроническом гастрите типа А; б) хроническом гастрите типа В; в) хроническом гастрите типа С; г) любом их 3-х типов хронического гастрита.
38. При какой форме хронического гастрита во время рентгеноскопии желудка и фиброгастродуоденоскопии отмечаются сглаженность рельефа, истончение и исчезновение складок слизистой оболочки желудка: а) хроническом гастрите типа А; б) хроническом гастрите типа В; в) хроническом гастрите типа С; г) любом их 3-х типов хронического гастрита.
39. При какой форме хронического гастрита во время рентгеноскопии желудка и фиброгастродуоденоскопии

- отмечаются выраженность рельефа, утолщение складок, гиперемия, отек, петехии, разрыхление, поверхностное изъязвление и увеличение складок слизистой оболочки желудка: а)хроническом гастрите типа А; б)хроническом гастрите типа В; в)хроническом гастрите типа С; г)любом их 3-х типов хронического гастрита.
40. Отрыжка тухлым, нарушение желудочного пищеварения и диарея наблюдаются при тяжелом течении: а)хронического гастрита типа А; б)хронического гастрита типа В; в)хронического гастрита типа С; г)любого их 3-х типов хронического гастрита.
41. Изжога, отрыжка кислым, «ночные, голодные боли» характерны для: а)хронического гастрита А; б)хронического гастрита В; в)хронического гастрита С; г)любого их 3-х типов хронического гастрита.
42. Признаки V_{12} -дефицитной анемии наблюдается при тяжелом течении: а)хронического гастрита типа А; б)хронического гастрита типа В; в)хронического гастрита типа С; г)любого их 3-х типов хронического гастрита.
43. Гипоацидизм, гипосекретия желудочного сока, сглаженность рельефа слизистой желудка на рентгенограмме и исчезновение ее складок на ФГДС наблюдаются при: а)хроническом гастрите типа А; б)хроническом гастрите типа В; в)хроническом гастрите типа С; г)любом их 3-х типов хронического гастрита.
44. Гиперацидизм, гиперсекретия желудочного сока, выраженность рельефа слизистой желудка на рентгенограмме и увеличение ее складок на ФГДС наблюдаются при: а)хроническом гастрите типа А; б)хроническом гастрите типа В; в)хроническом гастрите типа С; г)любом их 3-х типов хронического гастрита.
45. Особенностью диеты при хроническом гастрите является: а)абсолютный голод в первые 2-3 дня; б)исключение мясных продуктов; в)исключение продуктов, содержащих пурины; г)частое, дробное питание.
46. Подберите характеристику для препарата атропин: а)блокатор H_2 -гистаминорецепторов; б)холинолитик общего действия; в)спазмолитик; г)антацид.

47. Для снижения желудочной секреции при хроническом гастрите В используется: а)антихеликобактериальная терапия; б)спазмолитики; в)репаратанты; г)ингибиторы протонной помпы (ИПП) и H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов.
48. Наиболее специфическими препаратами для снижения секреторной функции желудка являются: а)спазмолитики; б)М-холиноблокаторы; в)антациды; г)ингибиторы протонной помпы (ИПП) и H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов.
49. Основным клиническим проявлением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является: а)желудочная диспепсия; б)боль в эпигастральной области; в)изжога; г)потеря аппетита; д)тошнота; е)рвота.
50. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки эпигастральные боли возникают: а)при физической нагрузке; б)натощак (чаще ранним утром и между приемами пищи); в)в горизонтальном положении больного; г)в вертикальном положении больного.
51. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кроме язвы кардиального отдела желудка) эпигастральные боли уменьшаются (или исчезают): а)после приема пищи; б)натощак (чаще ранним утром и между приемами пищи); в)в горизонтальном положении больного; г)в вертикальном положении больного.
52. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки эпигастральные боли продолжительностью: а)от нескольких секунд до нескольких минут; б)от нескольких минут до нескольких часов; в)от нескольких часов до нескольких суток; г)от нескольких суток до нескольких недель.
53. Эпигастральные боли язвы кардиального отдела желудка имеют следующие особенности: а)ранняя боль, возникающая сразу после приема пищи; б)ранняя боль, возникающая через 20-30 мин после приема пищи; в)поздняя боль, исчезающая после приема пищи; г)ночная и голодная боль, исчезающая после приема пищи.
54. Эпигастральные боли язвы антрального отдела (малой кривизны) и дна (большой кривизны) желудка имеют

- следующие особенности: а)ранняя боль, возникающая сразу после приема пищи; б)ранняя боль, возникающая через 20-30 мин после приема пищи; в)поздняя боль, исчезающая после приема пищи; г)ночная и голодная боль, исчезающая после приема пищи.
55. Эпигастральные боли язвы пилорического отдела желудка имеют следующие особенности: а)ранняя боль, возникающая сразу после приема пищи; б)ранняя боль, возникающая через 20-30 мин после приема пищи; в)поздняя, ночная и голодная боль, исчезающая после приема пищи; г)постоянная боль, не связанная с приемом пищи.
56. Эпигастральные боли язвы двенадцатиперстной кишки имеют следующие особенности: а)ранняя боль, возникающая сразу после приема пищи; б)ранняя боль, возникающая через 20-30 мин после приема пищи; в)поздняя, ночная и голодная боль, исчезающая после приема пищи; г)постоянная боль, не связанная с приемом пищи.
57. Ранняя эпигастральная боль, возникающая сразу после приема пищи, характерна для язвы: а)кардиального отдела желудка; б)антрального отдела желудка; в)дна желудка; г)пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.
58. Ранняя эпигастральная боль, возникающая через 20-30 мин после приема пищи, характерна для язвы: а)кардиального отдела желудка; б)антрального отдела и дна желудка; в)пилорического отдела желудка; г)двенадцатиперстной кишки.
59. Поздняя, ночная и голодная эпигастральная боль, исчезающая после приема пищи, характерна для язвы: а)кардиального отдела желудка; б)антрального отдела желудка; в)дна желудка; г)пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.
60. Каков характер боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?: а)тупая, давящая боль в эпигастральной области, усиливающаяся при приеме пищи; б)схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с

- иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи;
в) постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи;
г) боли в эпигастральной области, возникающие натощак и через 2-3 часа после приема пищи.
61. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки рвота, как правило, возникает: а) после приступа эпигастральных болей; б) на высоте эпигастральных болей; в) утром натощак; г) без предшествующей тошноты.
62. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки рвота, как правило, сопровождается: а) уменьшением или исчезновением эпигастральных болей; б) усилением эпигастральных болей; в) исчезновением печеночной тупости при пальпации; г) меленой; д) диареей.
63. Рвота, возникающая на высоте эпигастральных болей и сопровождающаяся уменьшением или исчезновением этих болей, характерна для язвы: а) кардиального отдела желудка; б) антрального отдела желудка; в) дна желудка; г) пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.
64. Прямым рентгенологическим признаком язвы болезни желудка является: а) «ниша» (углубления по контуру стенки желудка); б) усиленная перистальтика желудка; в) изменение тонуса желудка; г) спазм мускулатуры желудка; д) нарушение эвакуации содержимого желудка.
65. Прямым рентгенологическим признаком язвы болезни двенадцатиперстной кишки является: а) «ниша» (углубления по контуру стенки желудка); б) усиленная перистальтика двенадцатиперстной кишки; в) изменение тонуса двенадцатиперстной кишки; г) спазм мускулатуры двенадцатиперстной кишки; д) нарушение эвакуации содержимого двенадцатиперстной кишки.
66. Наиболее информативный метод в диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а) анализ желудочного сока; б) эзофагогастроуденоскопия; в) рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки; г) ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.
67. При язвенной болезни желудка во время

- эзофагогастродуоденоскопии язва чаще всего обнаруживается: а) в кардиальном отделе; б) в антральном отделе (на малой кривизне); в) в пилорическом отделе; г) на дне (большой кривизне).
68. Доказательство язвенной болезни в виде обнаружения язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется во время: а) эзофагогастродуоденоскопии; б) рентгеноскопии; в) ультразвукового исследования; г) компьютерной томографии.
69. Мужчина молодого возраста часто просыпается по ночам от болей в эпигастральной области. Какой наиболее вероятный диагноз?: а) рак желудка; б) язвенная болезнь желудка; в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; г) панкреатит; д) хронический гепатит.
70. К Вам обратился больной с жалобами на боли в эпигастральной области, появляющиеся через 2-3 часа после еды и натощак. На наличие какой патологии предположительно указывает этот симптом?: а) рак желудка; б) язвенная болезнь желудка; в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; г) панкреатит; д) хронический гепатит.
71. Больная 38 лет жалуется на боли в эпигастрии через 2 часа после еды и ночью. После рвоты боли проходят. О каком заболевании Вы думаете?: а) рак желудка; б) язвенная болезнь желудка; в) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; г) панкреатит; д) хронический гепатит.
72. У больного М. 34 лет отмечается эпигастральная боль, возникающая сразу после приема пищи, давящего и распирающего характера, иррадирующая вверх по пищеводу, сопровождающаяся недостаточностью кардии пищевода и пищеводно-желудочным рефлюксом, ранним насыщением, снижением аппетита и тошнотой. Ваш диагноз?: а) язва кардиального отдела желудка; б) язва антрального отдела желудка; в) язва дна желудка; г) язва пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.
73. Больной Т. 41 год жалуется на эпигастральную боль, возникающую через 20-30 мин после приема пищи,

сопровождающуюся ранним насыщением, снижением аппетита, похуданием, тошнотой и рвотой, приносящей облегчение в виде уменьшения или исчезновения боли. Ваш диагноз?: а)язва кардиального отдела желудка; б)язва антрального отдела и дна желудка; в)язва пилорического отдела желудка; г)язва двенадцатиперстной кишки.

74. У больного А.28 лет отмечается эпигастральная боль, возникающая через 2-3 часа после еды, ночью и натощак в перерывах между приемами пищи, исчезающая после приема пищи и рвоты. Ваш диагноз?: а)язва кардиального отдела желудка; б)язва антрального отдела желудка; в)язва дна желудка; г)язва пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.
75. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки одним из принципов диетотерапии является: а)абсолютный голод в первые 2-3 дня обострения; б)ограничение соли и воды на весь период обострения; в)частое и дробное питание; г)парентеральное питание; д)питание через желудочный зонд.
76. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки диетотерапия в виде применения механически и химически щадящих блюд оправдано: а)при любом обострении; б)лишь при резких обострениях болезни; в)лишь при осложнениях болезни; г)лишь при желудочном кровотечении.
77. Эрадикационная терапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – это: а)нормализация кислотности желудочного сока; б)нормализация уровня пепсина желудочного сока; в)полное уничтожение хеликобактерной инфекции; г)полный отказ от алкоголя и курения.
78. Больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с впервые установленным диагнозом или впервые обратившимся за медицинской помощью, используется: а)хирургические методы лечения; б)немедикаментозные методы лечения; в)1-ый шаг эрадикационной терапии; г)2-ый шаг эрадикационной терапии.

79. Больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с незаживающей язвой желудка или сохраняющимися симптомами язвы двенадцатиперстной кишки, используется:
а)хирургические методы лечения; б)немедикаментозные методы лечения; в)1-ый шаг эрадикационной терапии; г)2-ый шаг эрадикационной терапии.
80. Эрадикационная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки проводится путем назначения лекарственных препаратов: а)внутрь; б)внутривенно; в)ингаляционно; г)ректально; д)через желудочный зонд.
81. Первой линией 1-го шага эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является применение следующего вида антихеликобактерной терапии: а)однокомпонентной; б)двухкомпонентной; в)трехкомпонентной; г)четырёхкомпонентной.
82. Всем больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с впервые установленным диагнозом или впервые обратившимся за медицинской помощью, используется следующий вид антихеликобактерной терапии: а)однокомпонентная; б)двухкомпонентная; в)трехкомпонентная; г)четырёхкомпонентная.
83. При проведении эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки тройная (трехкомпонентная антихеликобактерная) терапия назначается: а)только один раз (т.е. повторно тройная терапия не применяется); б)при каждом обострении; в)при каждом обострении в случаях отсутствия осложнений; г)при наличии язв больших размеров.
84. В настоящее время тройная (трехкомпонентная антихеликобактерная) эрадикационная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки включает в себя сочетание: а)диетотерапии, немедикаментозного и хирургического лечения; б)3-х антисекреторных препаратов; в)2-х различных антибиотиков и 1-го ингибитора протонной помпы; г)препарата висмута и любых 2-х антиязвенных препаратов.

85. У больного впервые выявлена язвенная болезнь желудка. Какой вид антихеликобактерной терапии Вы назначите?:
а) однокомпонентную; б) двухкомпонентную;
в) трехкомпонентную; г) четырехкомпонентную.
86. У больного впервые выявлена язвенная болезнь 12 п/к. Какой вид антихеликобактерной терапии Вы назначите?:
а) однокомпонентную; б) двухкомпонентную;
в) трехкомпонентную; г) четырехкомпонентную.
87. Продолжительность тройной (трехкомпонентной антихеликобактерной) эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а) 7 дней; б) 10 дней; в) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г) 4-6 недель; д) 6-8 недель.
88. Выберите правильную комбинацию 1-ой схемы тройной (трехкомпонентной антихеликобактерной) эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а) амоксициллин + кларитромицин + ингибитор протонной помпы; б) метронидазол + кларитромицин + ингибитор протонной помпы; в) препарат висмута + кларитромицин + ингибитор протонной помпы; г) фуразолидон + кларитромицин + ингибитор протонной помпы.
89. Продолжительность приема амоксициллина при трехкомпонентной антихеликобактерной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а) 7 дней; б) 10 дней; в) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г) 4-6 недель; д) 6-8 недель.
90. Продолжительность приема кларитромицина при трехкомпонентной антихеликобактерной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а) 7 дней; б) 10 дней; в) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г) 4-6 недель; д) 6-8 недель.
91. Продолжительность приема ингибитора протонной помпы при трехкомпонентной антихеликобактерной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а) 7 дней; б) 10 дней; в) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г) 4-6 недель; д) 6-8 недель.

92. Всем больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с наличием аллергии на пенициллины и язвы больших размеров, используется следующий вид антихеликобактерной терапии: а)однокомпонентная; б)двухкомпонентная; в)трехкомпонентная; г)четырекомпонентная.
93. При обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки после предшествующей тройной терапии проводится следующий вид антихеликобактерной терапии: а)семикомпонентная; б)шестикомпонентная; в)пятикомпонентная; г)четырекомпонентная.
94. При проведении эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (квадротерапия (четырекомпонентная антихеликобактерная терапия) назначается при: а)обострении болезни у больных, получавших ранее тройную терапию, наличии у больного аллергии на пенициллины и язвы больших размеров; б)первом обращении больного за медицинской помощью; в)впервые установленном диагнозе; г)наличии осложнений.
95. В настоящее время квадротерапия (четырекомпонентная антихеликобактерная терапия) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки включает в себя сочетание: а)диетотерапии и 3-х антисекреторных препаратов; б)2-х различных антибиотиков и 2-х ингибиторов протонной помпы; в)препарата висмута, 2-х различных антибиотиков и 1-го ингибитора протонной помпы; г)4-х различных антибиотиков.
96. Продолжительность квадротерапии (четырекомпонентной антихеликобактерной терапии) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а)7 дней; б)10 дней; в)в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г)4-6 недель; д)6-8 недель.
97. Продолжительность применения препаратов висмута при квадротерапии (четырекомпонентной антихеликобактерной терапии) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: а)7 дней; б)10 дней; в)в течение

- 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г)4-6 недель; д)6-8 недель.
98. Для контроля эффективности 1-го шага эрадикационной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки эзофагогастродуоденоскопию проводят через: а)7 дней; б)10 дней; в)21 день; г)4-6 недель; д)6-8 недель.
99. Для контроля эффективности 1-го шага эрадикационной терапии язвенной болезни желудка эзофагогастродуоденоскопию проводят через: а)7 дней; б)10 дней; в)21 день; г)4-6 недель; д)6-8 недель.
100. Показанием для проведения поддерживающей эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является: а)обострении болезни у больных, получавших ранее тройную терапию, наличии у больного аллергии на пенициллины и язвы больших размеров; б)первое обращение больного за медицинской помощью; в)впервые установленный диагноз; г)медленная положительная динамика клинических симптомов болезни (эпигастральной боли и диспепсии).
101. Поддерживающая эрадикационная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки проводится: а)2-мя различными антибиотиками; б)препаратами висмута; в)ингибитором протонной помпы или H₂-блокаторами; г)немедикаментозными методами лечения.
102. Продолжительность поддерживающей эрадикационной терапии язвенной болезни желудка: а)7 дней; б)10 дней; в)в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г)4-6 недель; д)6-8 недель.
103. Продолжительность поддерживающей эрадикационной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: а)7 дней; б)10 дней; в)в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г)4-6 недель; д)6-8 недель.
104. Показанием для проведения терапии по требованию при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является: а)обострении болезни у больных, получавших ранее тройную терапию, наличии у больного аллергии на пенициллины и язвы больших размеров; б)первое обращение больного за медицинской помощью и впервые

- установленный диагноз; в) появление субъективных признаков обострения болезни после успешной эрадикационной терапии; г) медленная положительная динамика клинических симптомов болезни (эпигастральной боли и диспепсии).
105. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки терапию по требованию проводят одним из антисекреторных препаратов (ингибиторами протонной помпы или H₂-блокаторами) в стандартных суточных дозах: а) 7 дней; б) 10 дней; в) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель; г) 4-6 недель; д) 6-8 недель.
106. Антацидные средства и алгинаты (или соли альгиновой кислоты) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки используются в качестве: а) дополнения к 1-му шагу эрадикационной терапии; б) дополнения к 2-му шагу эрадикационной терапии; в) дополнения к поддерживающей эрадикационной терапии; г) вспомогательных антисекреторных препаратов при терапии по требованию.
107. Антацидные средства и алгинаты (или соли альгиновой кислоты) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки используются в качестве: а) неотложной помощи при диспепсии в любое время; б) дополнения к 1-му шагу эрадикационной терапии; в) дополнения к 2-му шагу эрадикационной терапии; г) дополнения к поддерживающей эрадикационной терапии.
108. Появление у больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рвоты по типу «кофейной гущи» свидетельствует о: а) перфорации язвы; б) пенетрации язвы; в) малигнизации язвы; г) стенозе привратника; д) желудочном кровотечении.
109. У мужчины К. 40 лет с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при дефекации обнаружен черный дегтеобразный кал. Это может говорить о: а) перфорации язвы; б) пенетрации язвы; в) малигнизации язвы; г) стенозе привратника; д) желудочно-кишечном кровотечении.

110. У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились постоянные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину. Какое осложнение следует предполагать: а)стеноз привратника; б)пенетрация; в)малигнизация; г)перфорация; д)демпинг-синдром.
111. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение вероятнее всего возникло у больного?: а)пенетрация; б)перфорация; в)кровотечение; г)стеноз привратника; д)малигнизация.
112. У больного с язвенной болезнью 12 п/к возникли сильнейшие боли в эпигастрии, «доскообразный» живот при пальпации и исчезновение печеночной тупости при перкуссии. О каком осложнении речь идет: а)перфорации язвы; б)пенетрации язвы; в)малигнизации язвы; г)стенозе привратника; д)желудочно-кишечном кровотечении.
113. Синдром энтеральной диспепсии при хроническом энтерите проявляется следующими симптомами: а)изжогой; б)отрыжкой; в)ощущением давления, распираания и вздутия живота, урчанием и переливанием в животе; г)ощущением распираания в эпигастрии.
114. Синдром энтеральной диспепсии при хроническом энтерите возникает из-за: а)нарушения переваривания и всасывания пищевых веществ в тонком кишечнике и ускорения их пассажа в кишке; б)копростазы; в)кишечной непроходимости; г)дисбактериоза.
115. Для хронического энтерита характерно выделение кашицеобразного кала с частотой: а)1-2 раза в сутки; б)2-4 раза в сутки; в)4-10 раз в сутки; г)20-40 раз в сутки.
116. При хроническом энтерите кал: а)в виде «овечьего кала»; б)кашицеобразный с неперевавленными частицами пищи; в)жидкий неоформленный; г)состоит из гноя, крови и слизи.
117. При хроническом энтерите кал: а)без видимой слизи; б)содержит большое количество слизи; в)по типу «овечьего кала»; г)содержит гной, кровь и слизь.
118. Для хронического энтерита характерно: а)отсутствие каловых масс; б)малое, скудное количество каловых масс; в)полифекалия; г)тенезмы.

119. При хроническом энтерите боль локализуется: а) в правом подреберье; б) в левом подреберье; в) в эпигастрии; г) вокруг пупка; д) в боковых и нижних отделах живота.
120. При хроническом энтерите боль в животе: а) тупого или спастического характера; б) по типу «кишечной колики»; в) по типу «острого живота»; г) опоясывающего характера.
121. Для хронического энтерита характерно: а) кал кашицеобразный, полифекалия и частота стула 2-4 раза в сутки; б) малое количество каловых масс, большое количество воды и слизи и частота стула 2-4 раза в сутки; в) кал состоящий из гноя, крови и слизи; г) тенезмы.
122. Частота стула 2-4 раза в сутки, полифекалия, кашицеобразный кал с неперевавленными частицами пищи, зловонный и с пузырьками газа характерны для: а) хронического энтерита; б) хронического колита; в) неспецифического язвенного колита; г) хронического колита и неспецифического язвенного колита.
123. Боли в животе вокруг пупка тупого характера, частота стула 2-4 раза в сутки, полифекалия, кашицеобразный кал с неперевавленными частицами пищи, зловонный и с пузырьками газа характерны для: а) хронического энтерита; б) хронического колита; в) неспецифического язвенного колита; г) хронического колита и неспецифического язвенного колита.
124. Для хронического энтерита во время копрологического исследования характерным является выявление: а) лиэнтерии, стеатореи, креатореи и амилореи; б) большого количества слизи; в) неперевавленной клетчатки; г) гноя и крови.
125. Во время копрологического исследования обнаружение лиэнтерии, стеатореи, креатореи и амилореи характерны для: а) хронического энтерита; б) хронического колита; в) неспецифического язвенного колита; г) хронического колита и неспецифического язвенного колита.
126. Для устранения боли при хроническом энтерите используются: а) анальгетики; б) НПВП; в) ферментные препараты; г) миотропные спазмолитики.
127. В качестве антибактериальной терапии при хроническом

- энтерите используется группа: а)пенициллина; б)полусинтетических пенициллинов; в)цефалоспоринов; г)нитрофуранов; д)тетрациклина.
128. В лечении хронического энтерита с целью восстановления зубиоза кишечника применяют: а)антибиотики широкого спектра действия б)живые культуры микрофлоры кишечника; в)вяжущие, адсорбирующие и обволакивающие средства; г)ферментные препараты; д)миотропные спазмолитики.
129. В лечении хронического энтерита с целью реимплантации нормальной кишечной флоры или восстановления нормальной кишечной флоры применяют: а)антибиотики широкого спектра действия б)живые культуры микрофлоры кишечника; в)вяжущие, адсорбирующие и обволакивающие средства; г)ферментные препараты; д)миотропные спазмолитики.
130. В лечении хронического энтерита с целью улучшения процессов пищеварения и всасывания в кишечнике применяют: а)антибиотики широкого спектра действия б)живые культуры микрофлоры кишечника; в)вяжущие, адсорбирующие и обволакивающие средства; г)ферментные препараты; д)миотропные спазмолитики.
131. В лечении хронического энтерита с целью нормализации моторной функции кишечника применяют: а)антибиотики широкого спектра действия б)живые культуры микрофлоры кишечника; в)вяжущие, адсорбирующие и обволакивающие средства; г)антациды; д)миотропные спазмолитики.
132. Для хронического колита характерно выделение жидкого неоформленного кала с частотой: а)1-2 раза в сутки; б)2-4 раза в сутки; в)4-10 раз в сутки; г)20-40 раз в сутки.
133. При хроническом колите кал: а)не содержит слизь; б)кашицеобразный с неперевавленными частицами пищи; в)жидкий неоформленный или в виде «овечьего кала»; г)состоит из гноя, крови и слизи.
134. При хроническом колите кал: а)без видимой слизи; б)содержит большое количество слизи; в)кашицеобразный с неперевавленными частицами пищи; г)содержит гной, кровь и слизь.

135. Для хронического колита характерно: а)кашицеобразный кал с неперева­ренными частицами пищи; б)малое, скудное количество каловых масс; в)полифекалия; г)кал содержащий гной, кровь и слизь.
136. При хроническом колите боль локализуется: а)в правом подреберье; б)в левом подреберье; в)в эпигастрии; г)вокруг пупка; д)в боковых и нижних отделах живота.
137. Для хронического колита характерно: а)кал кашицеобразный и частота стула 2-4 раза в сутки; б)малое количество каловых масс, большое количество воды и слизи и частота стула 4-10 раз в сутки; в)кал состоящий из гноя, крови и слизи; г)полифекалия.
138. Частота стула 4-10 раз в сутки, малое количество каловых масс, большое количество воды и слизи характерны для: а)хронического энтерита; б)хронического колита; в)неспецифического язвенного колита; г)хронического панкреатита.
139. Боли в боковых и нижних отделах живота тупого характера, частота стула 4-10 раз в сутки, малое количество каловых масс, большое количество воды и слизи характерны для: а)хронического энтерита; б)хронического колита; в)неспецифического язвенного колита; г)хронического панкреатита.
140. Для хронического колита во время копрологического исследования характерным является выявление: а)лиэнтерии и стеатореи; б)креатореи и амилореи; в)большого количества слизи и неперева­ренной клетчатки; г)гноя и крови.
141. Местное лечение в виде микроклизм является эффективным методом лечения: а)хронического энтерита; б)хронического колита; в)язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; г)хронического панкреатита.
142. При неспецифическом язвенном колите кал: а)в виде «овечьего кала»; б)кашицеобразный с неперева­ренными частицами пищи; в)содержит большое количество каловых масс; г)жидкий, неоформленный и состоит из гноя, крови и слизи.
143. Для неспецифического язвенного колита характерно: а)кал

- кашицеобразный и частота стула 2-4 раза в сутки; б)запоры и «овечий кал»; в)кал состоящий из гноя, крови и слизи и частота стула 10-20 раз в сутки; г)полифекалия.
144. Частота стула 10-20 раз в сутки, частые тенезмы, стул не содержащий каловые массы и состоящий из гноя, крови и слизи характерны для: а)хронического энтерита; б)хронического колита; в)неспецифического язвенного колита; г)хронического панкреатита.
145. Диагноз хронического гепатита правомочен при продолжительности воспалительного процесса в печени: а)менее 1 месяца; б)более 1 месяца; в)менее 3 месяцев; г)более 3 месяцев; д)менее 6 месяцев; е)более 6 месяцев.
146. Хронический гепатит характеризуется: а)воспалением и некрозом гепатоцитов и сохраненной дольковой структурой печени; б)воспалением и некрозом гепатоцитов и нарушением дольковой структуры печени; в)диффузным разрастанием соединительной ткани и сохраненной дольковой структурой печени; г)диффузным разрастанием соединительной ткани и нарушением дольковой структурой печени.
147. «Диффузный процесс в печени, продолжающийся более 6 месяцев, характеризующийся некрозом гепатоцитов и сохраненной дольковой структурой печени». Это утверждение характерно для: а)рака печени; б)хронического гепатита; в)цирроза печени; г)острого гепатита.
148. Основным и наиболее частым этиологическим фактором хронического гепатита является: а)вирусы; б)бактерии; в)гепатотропные паразиты; г)аутоиммунные изменения в печени; д)гепатотоксические лекарства и химические вещества.
149. К гепатотропным вирусам, приводящим к хроническому гепатиту, относятся: а)вирусы герпеса; б)вирусы гепатита В, С и D и возможно F и G; в)вирус гепатита А; г)вирус бешенства.
150. К общепризнанным этиологическим факторам хронического гепатита относятся: а)вирусы гепатита А; б)вирусы гепатита В, С и D; в)вирусы гепатита F и G;

- г) вирусы аутоиммунного гепатита.
151. Возможным этиологическим фактором хронического гепатита являются: а) вирусы гепатита А; б) вирусы гепатита В, С и D; в) вирусы гепатита F и G; г) вирусы аутоиммунного гепатита.
152. Основным патогенетическим механизмом развития хронического гепатита является: а) дистрофия гепатоцитов; б) злокачественное перерождение гепатоцитов; в) фиброз и склероз гепатоцитов; г) нарушение дольковой структуры печени; д) воспаление и некроз (цитоллиз) гепатоцитов.
153. При хроническом гепатите размеры печени: а) увеличены; б) уменьшены; в) не изменены; г) резко уменьшены.
154. Наиболее частым признаком хронического гепатита является: а) желтуха; б) спленомегалия; в) боль в правом подреберье; г) гепатомегалия.
155. Гепатомегалия при хроническом гепатите является наиболее: а) частым признаком; б) специфическим симптомом; в) прогностически важным признаком; г) тяжелым симптомом.
156. При хроническом гепатите во время пальпации нижний край печени: а) каменистой плотности, крупнобугристый и крайне болезненный; б) выраженной плотности, бугристый и безболезненный; в) слегка уплотнен, гладкий и умеренно болезненный; г) мягкий, гладкий и безболезненный.
157. При хроническом гепатите боль локализуется в: а) эпигастрии; б) вокруг пупка; в) в боковых и нижних отделах живота; г) в верхней половине живота опоясывающего характера; д) правом подреберье.
158. Характер болевого синдрома при хроническом гепатите: а) приступообразные выраженные боли в правом подреберье; б) приступообразные тупые боли в правом подреберье; в) постоянные выраженные боли в правом подреберье; г) постоянные тупые боли в правом подреберье.
159. Боли в правом подреберье при хроническом гепатите: а) постоянные выраженные; б) постоянные тупые боли; в) приступообразные выраженные; г) приступообразные тупые.

160. Эквивалентом болей в правом подреберье при хроническом гепатите является: а) чувство тяжести в правом подреберье; б) желтушность кожи в правом подреберье; в) стрии в правом подреберье; г) акне в правом подреберье.
161. При хроническом гепатите причиной болей в правом подреберье является: а) спленомегалия; б) желтуха; в) повышение концентрации желчных кислот в крови; г) гепатомегалия; д) воспаление гепатоцитов; е) некроз гепатоцитов.
162. Боли в правом подреберье при хроническом гепатите связаны с: а) воспалением печеночной ткани; б) некрозом печеночной ткани; в) гепатомегалией; г) фиброзом печеночной ткани.
163. При хроническом гепатите боли в правом подреберье возникают на фоне увеличения: а) размеров печени; б) размеров селезенки; в) давления в воротной вене; г) тонуса сфинктера Одди.
164. При хроническом гепатите спленомегалия возникает на фоне: а) портальной гипертензии; в) гемолитического синдрома; в) воспаления ретикулоэндотелиальной системы как системная реакция ретикулогистиоцитарной ткани; г) расширения порто-кавальных анастомозов.
165. Спленомегалия при хроническом гепатите развивается: а) после длительной гепатомегалии; б) одновременно с гепатомегалией на фоне высокой активности болезни; в) в стадии ремиссии болезни; г) на фоне уменьшения размеров печени.
166. При хроническом гепатите спленомегалия связана с: а) портальной гипертензией; б) фиброзом печени; в) высокой активностью; г) печеночной недостаточностью.
167. Причиной желтухи при хроническом гепатите является: а) цитолиз гепатоцитов; б) дистрофия гепатоцитов; в) склероз гепатоцитов; г) портальная гипертензия.
168. Для хронического гепатита характерна желтуха: а) надпеченочная (гемолитическая); б) печеночная (паренхиматозная); в) подпеченочная (механическая); г) надпеченочная и подпеченочная.

169. Подберите соответствующие характеристики печеночной желтухи при хроническом гепатите: а)интенсивный темно-желтый цвет кожи и отсутствие лабораторных признаков синдрома цитолиза гепатоцитов; б)яркий лимонно-желтый цвет кожи и наличие лабораторных признаков синдрома цитолиза гепатоцитов; в)светло-желтый цвет кожи, микросфероцитоз и снижение осмотической стойкости эритроцитов; г)яркий лимонно-желтый цвет кожи и отсутствие лабораторных признаков синдрома цитолиза гепатоцитов.
170. Желтуха при хроническом гепатите сочетается: а)со спленомегалией; б)с портальной гипертензией; в)печеночной недостаточностью; г)кожным зудом.
171. Для хронического гепатита характерно: а)гепатомегалия, боли в правом подреберье постоянного и тупого характера и желтуха; б)уменьшение размеров печени; в)приступообразные выраженные боли в правом подреберье; г)портальная гипертензия.
172. При хроническом гепатите гепатомегалия, спленомегалия, боли в правом подреберье постоянного и тупого характера, желтуха, лимфаденопатия и лихорадка возникают: а)при переходе в цирроз печени; б)в стадии ремиссии болезни; в)на фоне высокой активности болезни; г)на фоне минимальной и умеренной активности болезни.
173. Геморрагический синдром при хроническом гепатите связан с: а)портальной гипертензией; б)фиброзом печени; в)высокой активностью болезни; г)печеночной недостаточностью.
174. Дисгормональный синдром при хроническом гепатите развивается на фоне: а)портальной гипертензии; б)фиброза печени; в)высокой активности болезни; г)печеночной недостаточности.
175. Дисгормональный синдром при хроническом гепатите проявляется: а)портальной гипертензией; б)«сосудистыми звездочками», пальмарной эритемой, акне, стриями, гинекомастией у мужчин и аменореей у женщин; в)дефицитом инсулина; г)дефицитом тиреоидных гормонов.

176. Геморрагический и дисгормональный синдромы при хроническом гепатите - это проявления: а)печеночно-клеточной недостаточности на фоне высокой активности болезни; б)печеночно-клеточной недостаточности в стадии ремиссии болезни; в)портальной гипертензии, г)снижения функции гипоталамо-гипофизарной системы.
177. При хроническом гепатите геморрагический и дисгормональный синдромы возникают на фоне: а)высокой активности болезни; б)ремиссии болезни; в)минимальной активности болезни, г)умеренной активности болезни.
178. Гепатомегалия, спленомегалия, боли в правом подреберье постоянного и тупого характера, желтуха, лимфаденопатия, лихорадка, геморрагический и дисгормональный синдромы характерны для: а)хронического гепатита в стадии ремиссии; б)хронического гепатита в стадии высокой активности; в)цирроза печени; г)хронического холецистита.
179. Наибольшим диагностическим значением при хроническом гепатите обладает следующий симптом: а)гепатомегалия; б)спленомегалия; в)постоянные, тупые боли в правом подреберье; г)желтуха; д)повышение уровня гепатотропных ферментов крови.
180. При хроническом гепатите лабораторно уровень гепатотропных ферментов крови: а)повышается; б)снижается; в)резко снижается; г)не изменяется.
181. Характерным для хронического гепатита является повышение уровня: а)кардиоспецифических ферментов крови; б)гепатотропных ферментов крови; в)амилазы крови; г)печеночных ферментов в двенадцатиперстной кишке.
182. Уровни АЛТ и АСТ в крови при хроническом гепатите: а)повышаются; б)снижаются; в)резко снижаются; г)не изменяются.
183. Подтверждением синдрома цитолиза при хроническом гепатите является: а)снижение АЛТ и АСТ; б)повышение АЛТ и АСТ; в)повышение непрямого и прямого билирубина; г)гипопротеинемия (гипоальбуминемия) и гипопротромбинемия.

184. Подберите биохимическую характеристику синдрома цитолиза при хроническом гепатите: а)повышение уровня аминотрансминаз (АЛТ и АСТ); б)повышение уровня билирубина; в)повышение уровня холестерина; г)повышение уровня активности щелочной фосфатазы.
185. При хроническом гепатите наиболее специфическим лабораторным признаком является: а)снижение АСТ; б)повышение АСТ; в)снижение АЛТ; г)повышение АЛТ.
186. Для хронического гепатита диагностическим является повышение АЛТ по сравнению с верхним его показателем нормы более чем в: а)1,5 раза; б)2 раза; в)2,5 раза; г)3 раза.
187. При хроническом гепатите повышается в крови уровень: а)только прямой фракции билирубина; б)как прямой, так и непрямой фракции билирубина; в)только прямой фракции билирубина; г)только билирубина не связанного с глюконовой кислотой.
188. Гипербилирубинемия при хроническом гепатите всегда сочетается: а)с повышением уровня АЛТ и АСТ в крови; б)со снижением уровня АЛТ и АСТ крови; в)с повышением уровня СОЭ; г)со снижением уровня СОЭ.
189. Наиболее специфичным лабораторным признаком хронического гепатита является: а)снижение АСТ; б)повышение АСТ; в)снижение АЛТ; г)повышение АЛТ; д)снижение непрямого и прямого билирубина; е)повышение непрямого и прямого билирубина.
190. Для хронического гепатита лабораторно характерно: а)повышение АЛТ, АСТ, прямой и непрямой фракций билирубина; б)снижение АЛТ, АСТ, прямой и непрямой фракций билирубина; в)повышение только прямой фракции билирубина; г)повышение только непрямой фракции билирубина.
191. По какому критерию судят об активности хронического гепатита: а)повышение уровня аминотрансминаз (АЛТ и АСТ) крови; б)гистологическое исследование биоптата печени; в)желтуха; г)гепатомегалия; д)боли в правом подреберье.
192. Гипопротеинемия (гипоальбуминемия) и гипопротромбинемия при хроническом гепатите являются

- признаками: а)портальной гипертензии; б)цитолита гепатоцита; в)воспаления гепатоцита; г)склерозирования гепатоцита; д)печеночно-клеточной недостаточности.
193. Обнаружение иммуноферментным методом в крови маркёров хронического вирусного гепатита: а)подтверждает диагноз хронического гепатита; б)исключает диагноз хронического гепатита; в)подтверждает диагноз рака печени; г)подтверждает диагноз цирроза печени; д)подтверждает серологический вариант хронического вирусного гепатита.
194. Определяемый при серологическом исследовании HBsAg (австралийский антиген) является маркером хронического вирусного гепатита: а)В; б) D; в) E; г)С; д)аутоиммунного гепатита.
195. Во время пункционной или (лапароскопической) биопсии печени характерным для хронического гепатита является: а)дистрофия гепатоцитов; б)некроз гепатоцитов и сохраненная дольковая структура печени; в)фиброз гепатоцитов; г)нарушенная дольковая структура печени.
196. Абсолютным подтверждением хронического гепатита является обнаружение: а)высоких уровней АЛТ и АСТ в крови; б)высокого уровня АЛТ в крови; в)3-х кратного превышение уровня АЛТ в крови по сравнению с верхним показателем нормы; г)некроза гепатоцитов и сохраненной дольковой структуры печени во время гистологического исследования биоптата печени.
197. По какому критерию судят об активности хронического гепатита: а)по степени повышения аминотрансминаз (АЛТ и АСТ) крови; б)по результатам данных гистологического исследования биоптата печени; в)по выраженности желтухи и гепатомегалии; г)по степени болевых ощущений в правом подреберье.
198. Этиологическим лечением хронических вирусных гепатитов является: применение: а)антибиотиков; б)НПВП; в)сульфаниламидных препаратов; г)препаратов интерферона; д)кортикостероидов и цитостатиков.
199. Патогенетической терапией хронического аутоиммунного гепатита является применение: а)антибиотиков; б)НПВП;

- в)сульфаниламидных препаратов; г)препаратов α -интерферона; д)кортикостероидов и цитостатиков.
200. Каким препаратам отдается предпочтение в лечении обострения хронических вирусных гепатитов:
а)глюкокортикостероидам; б)иммунодепрессантам;
в)препаратам α -интерферона; г) антибиотикам.
201. Основным видом лечения хронических вирусных гепатитов является применение:
а)антибиотиков; б)препаратов α -интерферона; в)глюкокортикостероидов; г)цитостатиков; д)гепатопротекторов.
202. При хроническом вирусном гепатите показанием к противовирусной терапии (лечению препаратами α -интерферона) является обнаружение:
а)высоких уровней АЛТ и АСТ в крови; б)высокого уровня АЛТ в крови; в)3-х кратного превышения уровня АЛТ в крови по сравнению с верхним показателем нормы; г)превышения установленного верхнего порога количества живых вирусных клеток.
203. Обнаружение у больного хроническим гепатитом превышения установленного верхнего порога количества живых вирусных клеток при отсутствии специфических признаков активности болезни является основанием для применения:
а)антибиотиков; б)гепатопротекторов; в)препаратов α -интерферона (противовирусной терапии); г)глюкокортикостероидов.
204. Выберите правильную методику лечения хронического вирусного гепатита В (ХВГ-В) препаратами α -интерферона:
а)любой вид α -интерферона интразально 3 раза в день в течение 3 недель; б)реаферон 3 млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение 4 месяцев; в)реаферон 5 млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение 3 месяцев; г)велферон 3-5 млн МЕ в/м или п/к 3 раза в неделю в течение 12 месяцев.
205. Выберите правильную методику лечения хронического вирусного гепатита D (ХВГ- D) препаратами α -интерферона:
а)любой вид α -интерферона интразально 3 раза в день в течение 3 недель; б)реаферон 3 млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение 4 месяцев; в)реаферон 5

- млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение 3 месяцев;
г)велферон 3-5 млн МЕ в/м или п/к 3 раза в неделю в течение 12 месяцев.
206. Выберите правильную методику лечения хронического вирусного гепатита В (ХВГ-В) препаратами α -интерферона: а)любой вид α -интерферона интразально 3 раза в день в течение 3 недель; б)реаферон 3 млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение 4 месяцев; в)реаферон 5 млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение 3 месяцев; г)велферон 3-5 млн МЕ в/м или п/к 3 раза в неделю в течение 12 месяцев.
207. При проведении противовирусной терапии хронического вирусного гепатита В реаферон (препарат α -интерферона) назначается в течение 4 месяцев п/к или в/м 3 раза в неделю в дозе: а)1 млн МЕ; б)2 млн МЕ; в)3 млн МЕ; г)5 млн МЕ.
208. При проведении противовирусной терапии хронического вирусного гепатита В реаферон (препарат α -интерферона) назначается в дозе 3 млн МЕ п/к или в/м 3 раза в неделю в течение: а)1 месяца; б)2 месяцев; в)3 месяцев; г) 4 месяцев.
209. Цирроз печени характеризуется: а)воспалением и некрозом гепатоцитов и сохраненной дольковой структурой печени; б)воспалением и некрозом гепатоцитов и нарушением дольковой структуры печени; в)диффузным разрастанием соединительной ткани и сохраненной дольковой структурой печени; г)диффузным разрастанием соединительной ткани и нарушением дольковой структуры печени.
210. «Диффузный процесс в печени, характеризующийся разрастанием соединительной ткани и нарушением дольковой структуры печени с последующим нарушением внутripеченочной гемодинамики и постепенным развитием портальной гипертензии». Это утверждение характерно для: а)рака печени; б)хронического гепатита; в)цирроза печени; г)острого гепатита.
211. Выделите наиболее частую причину развития цирроза печени: а)тромбоз печеночных вен; б)хронические вирусные гепатиты; в)хронический аутоиммунный гепатит;

- г)хроническое злоупотребление алкоголем.
212. Наиболее специфическим патогенетическим признаком цирроза печени является: а)цитоллиз гепатоцитов; б)воспаление гепатоцитов; в)холестаз; г)портальная гипертензия; д)локальный фиброз печени.
213. При циррозе печени по мере прогрессирования патогенетических механизмов развития болезни размеры и функции печени: а)не изменяются; б)прогрессивно уменьшаются; в)увеличиваются; г)резко увеличиваются.
214. По мере прогрессирования цирроза печени клинически во время пальпации размеры печени: а)уменьшаются; б)увеличиваются; в)резко увеличиваются; г)не изменяются.
215. При циррозе печени во время пальпации нижний край печени: а)каменистой плотности, крупнобугристый и крайне болезненный; б)выраженной плотности, бугристый и безболезненный; в)слегка уплотнен, гладкий и умеренно болезненный; г)мягкий, гладкий и безболезненный
216. В клинической картине цирроза печени преобладают признаки синдрома: а)цитоллиза гепатоцитов; б)желтухи; в)портальной гипертензии и печёночно-клеточной недостаточности; г)гепатомегалии.
217. Из клинических признаков цирроза печени наибольшим диагностическим значением обладает обнаружение синдрома: а)гепатомегалии; б)портальной гипертензии; в)желтухи; г)печёночно-клеточной недостаточности; д)цитоллиза гепатоцитов.
218. К специфическим клиническим признакам синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени относятся: а)гепатомегалия и боли в правом подреберье; б)желтуха, кожный зуд, темная моча и светлый кал; в)геморрагический и дисгормональный синдромы, гипопротейнемические отеки, печёночная энцефалопатия и общетрофические изменения; г)варикозное расширение вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка, наружной трети прямой кишки и подкожных околопупочных вен, спленомегалия и асцит.
219. Ранними клиническими признаками синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени являются:

- а)варикозное расширение вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка и наружной трети прямой кишки; б)варикозное расширение вен подкожных околопупочных вен; в)спленомегалия; г)асцит.
220. Поздними клиническими признаками синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени являются: а)варикозное расширение вен нижней трети пищевода; б)варикозное расширение вен свода и кардиального отдела желудка; в)варикозное расширение вен наружной трети прямой кишки; г)варикозное расширение вен подкожных околопупочных вен, спленомегалия и асцит.
221. Наиболее ранним и достоверным признаком синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени является: а)варикозное расширение вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка; б)варикозное расширение вен наружной трети прямой кишки; в)варикозное расширение вен подкожных околопупочных вен; г)спленомегалия; д)асцит.
222. При циррозе печени варикозное расширение вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка достоверно обнаруживается во время: а)рентгеноскопии пищевода и желудка; б)эзофагогастродуоденоскопии; в)ректороманоскопии; г)УЗИ пищевода и желудка; д)биопсии слизистой пищевода и желудка.
223. Варикозное расширение вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка является: а)ранним и достоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; б)ранним, но недостоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; в)поздним признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; г)осложнением синдрома портальной гипертензии и цирроза печени.
224. Варикозное расширение вен наружной трети прямой кишки является: а)ранним и достоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; б)ранним, но недостоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; в)поздним признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза

- печени; г)осложнением синдрома портальной гипертензии и цирроза печени.
225. Варикозное расширение вен подкожных околопупочных вен является: а)ранним и достоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; б)ранним, но недостоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; в)поздним признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; г)осложнением синдрома портальной гипертензии и цирроза печени.
226. Пищеводное, желудочное и геморроидальное кровотечения являются: а)ранним и достоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; б)ранним, но недостоверным признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; в)поздним признаком синдрома портальной гипертензии и цирроза печени; г)осложнением синдрома портальной гипертензии и цирроза печени.
227. Осложнениями синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени являются: а)варикозное расширение вен нижней трети пищевода; б)варикозное расширение вен свода и кардиального отдела желудка; в)варикозное расширение вен наружной трети прямой кишки; г)варикозное расширение вен подкожных околопупочных вен, спленомегалия и асцит; д)пищеводное, желудочное и геморроидальное кровотечения.
228. Для синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени характерным является: а)спленомегалия и гепатомегалия; б)спленомегалия и уменьшение размеров печени; в)гепатомегалия и уменьшение размеров селезенки; г)нормальные размеры селезенки и печени.
229. Для синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени характерно а)увеличение размеров селезенки на фоне уменьшения размеров печени; б)увеличение размеров селезенки на фоне увеличения размеров печени; в)уменьшение размеров селезенки на фоне уменьшения размеров печени; г)уменьшение размеров селезенки на фоне увеличения размеров печени.

229. Обнаружение у больного циррозом печени во время эзофагогастродуоденоскопии варикозно расширенных вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка подтверждает наличие синдрома: а)портальной гипертензии; б)печёчно-клеточной недостаточности; в)холестаза; г)дисгормонального синдрома.
300. Обнаружение у больного циррозом печени во время ректороманоскопии варикозно расширенных вен наружной трети прямой кишки подтверждает наличие синдрома: а)портальной гипертензии; б)печёчно-клеточной недостаточности; в)холестаза; г)дисгормонального синдрома.
301. Обнаружение у больного циррозом печени во время осмотра варикозно расширенных вен подкожных околопупочных вен подтверждает наличие синдрома: а)портальной гипертензии; б)печёчно-клеточной недостаточности; в)холестаза; г)дисгормонального синдрома.
302. У больного во время обследования выявлено варикозно расширенные вены нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка, прямой кишки и подкожных околопупочных вен, спленомегалии, уменьшение размеров печени и асцита. Ваш диагноз?: а)рак желудка; б)язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; в)цирроз печени; г)хронический гепатит.
303. К специфическим клиническим признакам синдрома печёчно-клеточной недостаточности на фоне цирроза печени относятся: а)гепатомегалия и боли в правом подберье; б)желтуха, кожный зуд, темная моча и светлый кал; в)геморрагический и дисгормональный синдромы, гипопротейнемические отеки, печёночная энцефалопатия и общетрофические изменения; г)варикозное расширение вен нижней трети пищевода, свода и кардиального отдела желудка, наружной трети прямой кишки и подкожных околопупочных вен, спленомегалия и асцит.
304. При циррозе печени геморрагический и дисгормональный синдромы, гипопротейнемические отеки, печёночная энцефалопатия и общетрофические изменения являются

- признаками: а)портальной гипертензии; б)печёчно-клеточной недостаточности; в)холестаза; г)дисгормонального синдрома.
305. Клинические признаки синдрома печёчно-клеточной недостаточности при циррозе печени являются: а)ранним признаком болезни; б)поздним признаком болезни; в)осложнением болезни; г)предвестником болезни.
306. Лабораторные признаки синдрома печёчно-клеточной недостаточности при циррозе печени являются: а)ранним признаком болезни; б)поздним признаком болезни; в)осложнением болезни; г)предвестником болезни.
307. К лабораторным признакам синдрома печёчно-клеточной недостаточности при циррозе печени относятся: а)гипоальбуминемия и гипопротромбинемия; б)повышение уровней альбумина, протромбина и холестерина в крови; в)увеличение АЛТ и АСТ; г)повышение уровня билирубина.
308. Прогрессирующее уменьшение размеров печени с параллельным увеличением размеров селезенки, признаки портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности характерны для: а)хронического гепатита; б)цирроза печени; в)хронического гепатита; г)хронического холецистита
309. Специфическим признаком цирроза печени во время биопсии печени является: а)цитоллиз гепатоцитов; б)сохраненная дольковая структура печени; в)диффузный фиброз; г)псевдодольки или узлы-регенераты диаметром более или менее 3 мм.

Раздел нефрология

1. В патогенезе острого гломерулонефрита наибольшее значение имеют антитела к: а)ДНК; б)агрегированному IgG; в)канальцам почек; г)гликопротеину GP330 эндотелия клубочков; д)базальной мембране клубочков.
2. Наиболее характерным клинико-лабораторным проявлением острого гломерулонефрита является мочевого синдром, включающий в себя: а)лейкоцитурию; б)бактериурию; в)протеинурию, микрогематурию и

- цилиндрурию; г)эритроцитурию.
3. Для моносимптомного варианта острого гломерулонефрита характерно: а)изолированный мочево́й синдром; б)изолированная макро- и микрогематурия; в)нефротический синдром; г)злокачественная гипертензия.
 4. Изолированный мочево́й синдром при моносимптомном варианте острого гломерулонефрита включает: а)умеренную протеинурию, цилиндрурию и микрогематурию; б)массивную протеинурию и макрогематурию; в)гипоальбуминемию и отеки; г)острую почечную недостаточность и злокачественную артериальную гипертензию.
 5. Диагностическим критерием гематурического варианта острого гломерулонефрита является обнаружение: а)массивной протеинурии; б)лейкоцитурии; в)выраженной микрогематурии; г)макрогематурии.
 6. Для гематурического варианта острого гломерулонефрита характерно: а)изолированный мочево́й синдром; б)изолированная макро- и микрогематурия; в)нефротический синдром; г)злокачественная артериальная гипертензия.
 7. Диагностическими признаками нефротического варианта острого гломерулонефрита являются: а)отеки и злокачественная артериальная гипертензия; б)массивная протеинурия, отеки, гипопроteinемия и гиперхолестеринемия; в)умеренная протеинурия и макро- и микрогематурия; г)гиперпротеинемия и гипохолестеринемия.
 8. Снижение какого белка в крови при остром гломерулонефрите приводит к появлению отеков: а)альбуминов; б)β-глобулинов; в)γ-глобулинов; г)α₁-глобулинов; д)α₂-глобулинов.
 9. Развернутый вариант острого гломерулонефрита характеризуется следующей классической триадой признаков: а)боли в пояснице, макро- и микрогематурия; б)нефротический синдром, отеки и артериальная гипертензия; в)отеки, макро- и микрогематурия; г)умеренная протеинурия, микрогематурия и цилиндрурия.

10. Только при остром постстрептококковом гломерулонефрите в качестве этиопатогенетического метода лечения можно использовать: а) нестероидные противовоспалительные препараты; б) антибиотики; в) цитостатические иммунодерессанты; г) антиагреганты; д) глюкокортикостероиды.
11. Нестероидные противовоспалительные препараты являются базисной патогенетической терапией при следующем варианте острого гломерулонефрита: а) моносимптомном; б) гематурическом; в) нефротическом; г) развернутом.
12. Глюкокортикостероиды являются базисной патогенетической терапией при следующем варианте острого гломерулонефрита: а) моносимптомном; б) гематурическом; в) нефротическом; г) развернутом.
13. Цитостатические иммунодепрессанты являются базисной патогенетической терапией при следующем варианте острого гломерулонефрита: а) моносимптомном; б) гематурическом; в) нефротическом; г) развернутом.
14. У ребенка 11 лет через несколько дней после перенесенного острого тонзиллита появились отеки под глазами, моча цвета «мясных помоев», изменения в анализах мочи (белок 3800 мг/сут, эритроциты 20-30 в поле зрения, единичные цилиндры) и крови (общий белок 46 г/л, из них альбумины 38%). Ваш диагноз?: а) острый гломерулонефрит; б) хронический гломерулонефрит; в) острый пиелонефрит; г) хронический пиелонефрит; д) амилоидоз почек.
15. У ребенка 13 лет через несколько дней после проведенной вакцинации появились отеки под глазами, моча цвета «мясных помоев», повышение АД до 190/140 ммртст, изменения в анализах мочи (белок 4200 мг/сут, эритроциты 40-50 в поле зрения, единичные цилиндры) и крови (общий белок 49 г/л, из них альбумины 33%). Ваш диагноз?: а) острый гломерулонефрит; б) хронический гломерулонефрит; в) острый пиелонефрит; г) хронический пиелонефрит; д) амилоидоз почек.
16. О переходе острого гломерулонефрита в хронический

- гломерулонефрит свидетельствует: а)наличие массивной протеинурии; б)наличие почечной недостаточности; в)неэффективность антибиотиков в течение 10-14 дней; г)сохранение макро- и микрогематурии в течение 6 месяцев; д)сохранение протеинурии в течение 1 года.
17. Хронический гломерулонефрит - это хронический иммуновоспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением: а) клубочкового аппарата почек; б) чашечно-лоханочной системы почек; в) канальцев почек; г) интерстициальной ткани почек.
 18. При длительном течении хронического гломерулонефрита: а) возможно развитие нефросклероза; б) возможно развитие хронической почечной недостаточности; в) возможно развитие нефросклероза и хронической почечной недостаточности; г) обязательно развивается нефросклероз и хроническая почечная недостаточность.
 19. Хронический гломерулонефрит развивается чаще: а) после перенесенного острого гломерулонефрита; б) как первично хронический процесс без предшествующего острого гломерулонефрита; в) после вакцинаций; г) после перенесенной острой стрептококковой инфекции.
 20. При хроническом гломерулонефрите развитие ХПН связано с: а) воспалением лоханок почек; б) склерозом лоханок почек; в) воспалением клубочков почек; г) склерозом клубочков почек.
 21. Наиболее специфическим лабораторным признаком хронического гломерулонефрита является: а) глюкозурия; б) протеинурия; в) лейкоцитурия; г) повышение уровня мочевой кислоты в моче; д) бактериурия.
 22. Латентная форма хронического гломерулонефрита проявляется: а) изолированной макро- и микрогематурией; б) изолированным мочевым синдромом; в) нефротическим синдромом; г) злокачественной артериальной гипертензией на фоне умеренной протеинурии.
 23. Гематурическая форма хронического гломерулонефрита проявляется: а) изолированной макро- и микрогематурией; б) изолированным мочевым синдромом; в) нефротическим синдромом; г) злокачественной артериальной гипертензией

- на фоне умеренной протеинурии.
24. Нефротическая форма хронического гломерулонефрита проявляется: а) изолированной макро- и микрогематурией; б) изолированным мочевым синдромом; в) нефротическим синдромом; г) злокачественной артериальной гипертензией на фоне умеренной протеинурии.
 25. Гипертоническая форма хронического гломерулонефрита проявляется: а) изолированной макро- и микрогематурией; б) изолированным мочевым синдромом; в) злокачественной артериальной гипертензией на фоне нефротического синдрома; г) злокачественной артериальной гипертензией на фоне умеренной протеинурии.
 26. Смешанная форма хронического гломерулонефрита проявляется: а) макрогематурией и мочевым синдромом; б) микрогематурией и мочевым синдромом; в) нефротическим синдромом и злокачественной артериальной гипертензией; г) злокачественной артериальной гипертензией и умеренной протеинурией.
 27. Изолированная макро- и микрогематурия является характерным признаком следующей формы хронического гломерулонефрита: а) латентной; б) гематурической; в) гипертонической; г) нефротической; д) смешанной.
 28. Изолированный мочевой синдром является характерным признаком следующей формы хронического гломерулонефрита: а) латентной; б) гематурической; в) гипертонической; г) нефротической; д) смешанной.
 29. Протеинурия более 3,5 г/сут, гиперхолестеринемия, гипопроteinемия (гипоальбуминемия) и отеки характерны для следующей формы хронического гломерулонефрита: а) латентной; б) гематурической; в) гипертонической; г) нефротической; д) смешанной.
 30. Какой симптом является ведущим при нефротической форме хронического гломерулонефрита: а) протеинурия до 1,0 г/сут; б) протеинурия от 1,0 до 3,5 г/сут; в) протеинурия выше 3,5 г/сут; г) злокачественная артериальная гипертензия; д) макро- и микрогематурия.
 31. Макро- и микрогематурия, отсутствие ХПН и минимальная протеинурия характерны для следующей формы

- хронического гломерулонефрита: а) латентной; б) гематурической; в) нефротической; г) смешанной; д) гипертонической.
32. Высокие цифры АД, особенно диастолического АД, протеинурия до 1 г/сут и обязательное развитие ХПН характерны для следующей формы хронического гломерулонефрита: а) латентной; б) гематурической; в) нефротической; г) смешанной; д) гипертонической.
33. Протеинурия до 1 г в сутки, невыраженная микрогематурия, единичная цилиндрурия и редкое развитие ХПН характерны для следующей формы хронического гломерулонефрита: а) латентной; б) гематурической; в) нефротической; г) смешанной; д) гипертонической.
34. Если при хроническом гломерулонефрите клинически отмечается внезапно появление прогрессирующего нефротического синдрома и некорректируемой артериальной гипертензии, то это свидетельствует: а) о переходе болезни в другую клиническую форму; б) об обострении болезни; в) о присоединении хронической почечной недостаточности; г) о переходе в острый гломерулонефрит.
35. Если при хроническом гломерулонефрите лабораторно обнаруживается нарастание протеинурии (особенно суточной), резкое увеличение эритроцитурии и нарастание титров противпочечных антител, то это свидетельствует: а) о переходе болезни в другую клиническую форму; б) об обострении болезни; в) о присоединении хронической почечной недостаточности; г) о переходе в острый гломерулонефрит.
36. Если при хроническом гломерулонефрите обнаруживается быстрое снижение клинических и лабораторных азотовыделительных показателей функций почек, то это свидетельствует: а) о переходе болезни в другую клиническую форму; б) об обострении болезни; в) о присоединении хронической почечной недостаточности; г) о переходе в острый гломерулонефрит.
37. Основным видом патогенетической терапии латентной формы хронического гломерулонефрита является

- применение: а) нестероидных противовоспалительных препаратов; б) глюкокортикостероидов; в) цитостатических иммунодепрессантов; г) антикоагулянтов; д) антиагрегантов.
38. Основным видом патогенетической терапии нефротической формы хронического гломерулонефрита является применение: а) нестероидных противовоспалительных препаратов; б) глюкокортикостероидов; в) цитостатических иммунодепрессантов; г) антикоагулянтов; д) антиагрегантов.
39. Показанием для назначения глюкокортикостероидов при хроническом гломерулонефрите является: а) нефротический синдром; б) артериальная гипертензия; в) почечная недостаточность; г) гематурия; д) развитие хронической почечной недостаточности.
40. Показанием для назначения нестероидных противовоспалительных препаратов в качестве базисной терапии является следующая форма хронического гломерулонефрита: а) латентная; б) гематурическая; в) нефротическая форма; г) гипертоническая; д) смешанная форма.
41. Показанием для назначения глюкокортикостероидов в качестве базисной терапии является следующая форма хронического гломерулонефрита: а) латентная; б) гематурическая; в) нефротическая форма с длительностью болезни не более 2-х лет и латентная форма при неэффективности НПВП; г) нефротическая форма при отсутствии эффекта от глюкокортикостероидов, смешанная и гипертоническая формы.
42. Показанием для назначения цитостатических иммунодепрессантов в качестве базисной терапии является следующая форма хронического гломерулонефрита: а) латентная; б) гематурическая; в) нефротическая форма с длительностью болезни не более 2-х лет и латентная форма при неэффективности НПВП; г) нефротическая форма при отсутствии эффекта от глюкокортикостероидов, смешанная и гипертоническая формы.
43. У мужчины 32 лет при обследовании обнаружено: АД 150/100 мм рт.ст, отсутствие отеков, в моче белок 1,2 г/сут,

- эритроциты 6-10 в п/зр, единичные цилиндры. Из анамнеза: данные изменения отмечаются в течение 3-х лет. Наиболее вероятный диагноз?: а) нефротический форма хронического гломерулонефрита; б) хронический пиелонефрит; в) латентная форма хронического гломерулонефрита; г) гипертоническая форма хронического гломерулонефрита.
44. У больного отмечаются протеинурия 1,9 г/сут, 10-12 эритроцитов и 3-5 цилиндров в поле зрения в моче, АД 145/100 мм. рт. ст. О какой форме хронического гломерулонефрита Вы подумаете?: а) латентной; б) нефротической; в) гипертонической; г) смешанной; д) гематурической.
45. У больного отмечаются отеки под глазами, протеинурия 3,8 г/сут, эритроцитов 15-20 и цилиндров 6-10 в поле зрения в моче, общий белок 48 г/л (из них альбумины 39%), холестерин 7,1 ммоль/л, АД 150/110 мм. рт. ст. О какой форме хронического гломерулонефрита Вы подумаете?: а) латентной; б) нефротической; в) гипертонической; г) смешанной; д) гематурической.
46. У больного отмечается протеинурия 0,8 г/сут., эритроцитурия 5-6 и цилиндрурия 2-5 в поле зрения, АД 200/140 мм. рт. ст. О какой форме хронического гломерулонефрита Вы подумаете?: а) латентной; б) нефротической; в) гипертонической; г) смешанной; д) гематурической.
47. У больного отмечаются отеки под глазами, протеинурия 4,1 г/сут., эритроцитов 20-30 и цилиндров 10-15 в поле зрения в моче, общий белок 42 г/л, холестерин 7,3 ммоль/л, АД 200/140 мм. рт. ст. О какой форме хронического гломерулонефрита Вы подумаете?: а) латентной; б) нефротической; в) гипертонической; г) смешанной; д) гематурической.
48. У больного отмечается красная моча (цвета «мясных помоев»), эритроциты 30-40 в поле зрения в моче. О какой форме хронического гломерулонефрита Вы подумаете?: а) латентной; б) нефротической; в) гипертонической; г) смешанной; д) гематурической.
49. Хронический пиелонефрит - это хронический

- инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением: а) клубочкового аппарата почек; б) чашечно-лоханочной системы и канальцев почек; в) мочевого пузыря; г) интерстициальной ткани почек.
50. При длительном течении хронического пиелонефрита: а) возможно развитие нефросклероза и хронической почечной недостаточности; б) обязательно развивается нефросклероз; в) обязательно развивается хроническая почечная недостаточность; г) обязательно развивается нефросклероз и хроническая почечная недостаточность.
60. Этиологией хронического пиелонефрита является: а) иммуногенетическая предрасположенность; б) лекарства; в) инфекционные агенты; г) дисгормональные нарушения; д) солнечная радиация.
61. Одним из характерных клинических симптомов хронического пиелонефрита является: а) злокачественная артериальная гипертензия; б) макрогематурия; в) боли в поясничной области; г) отеки под глазами.
62. Для хронического пиелонефрита характерна следующая особенность болей в поясничной области: а) по типу почечной колики; б) односторонние тупого, ноющего характера; в) двусторонние тупого, ноющего характера; г) односторонние интенсивного характера; д) двусторонние интенсивного характера.
63. К характерным клиническим признакам хронического пиелонефрита относится: а) полиурия; б) олигоурия; в) дизурия; г) никтурия.
64. Дизурия при хроническом пиелонефрите проявляется: а) обильным мочеиспусканием утром и днем; б) обильным мочеиспусканием ночью; в) выделением мочи цвета «мясных помоев»; г) частым, болезненным мочеиспусканием.
65. Классической клинической триадой хронического пиелонефрита является: а) отеки, артериальная гипертензия, макрогематурия; б) отеки, артериальная гипотензия, микрогематурия; в) лихорадка, боли в поясничной области, дизурия; г) почечная колика, макрогематурия, никтурия.

66. Такая триада клинических симптомов, как лихорадка, боли в поясничной области и дизурия, наблюдаемая в течение многих месяцев и лет характерна для: а) острого гломерулонефрита; б) хронического гломерулонефрита; в) амилоидоза почек; г) острого пиелонефрита; д) хронического пиелонефрита.
67. При хроническом пиелонефрите мочевого синдром включает в себя следующие симптомы: а) бактериурия, выраженная лейкоцитурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия и микрогематурия; б) изолированная макро- и микрогематурия; в) массивная протеинурия; г) урикозурия; д) глюкозурия.
68. Мочевой синдром в виде бактериурии, выраженной лейкоцитурии, умеренной протеинурии, цилиндрурии и микрогематурии характерен для: а) острого гломерулонефрита; б) хронического гломерулонефрита; в) амилоидоза почек; г) острого и хронического пиелонефрита.
69. Из нижеперечисленных лабораторных признаков наиболее характерным для хронического пиелонефрита является: а) микрогематурия; б) протеинурия; в) цилиндрурия; г) лейкоцитурия; д) макрогематурия.
70. Для мочевого синдрома при хроническом пиелонефрите характерно преобладание: а) лейкоцитурии; б) протеинурии; в) микрогематурии; г) микрогематурии.
71. В анализах мочи при хроническом пиелонефрите определяется преобладание: а) микрогематурии над лейкоцитурией; б) лейкоцитурии над гематурией; в) макрогематурии над лейкоцитурией; г) протеинурии над лейкоцитурией.
72. Определение в анализах мочи активных и увеличенных в объеме лейкоцитов (клеток Штернгеймера-Мальбина) характерно для: а) амилоидоза почек; б) рака почек; в) хронического гломерулонефрита; г) хронического пиелонефрита; д) острого гломерулонефрита.
73. Наиболее специфическим лабораторным признаком хронического пиелонефрита является: а) лейкоцитурия; б) протеинурия; в) эритроцитурия; г) цилиндрурия;

- д)бактериурия.
74. Выявление в анализах мочи бактериурии и выраженной лейкоцитурии наблюдается при: а)остром и хроническом пиелонефрите; б)хроническом гломерулонефрите; в)амилоидозе почек; г)остром гломерулонефрите.
 75. Истинной (почечной) бактериурией, характерной для хронического пиелонефрита, является обнаружение в 1,0 мл мочи следующего количества микробных клеток: а)более 1000; б)более 10 000; в)менее 100 000; г)более 100 000.
 76. Обнаружение в 1,0 мл мочи более 100 000 микробных клеток является специфическим признаком: а)острого и хронического пиелонефрита; б)хронического гломерулонефрита; в)амилоидоза почек; г)острого гломерулонефрита; д)острого и хронического цистита.
 77. При подозрении на хронический пиелонефрит УЗИ почек проводится с целью: а)исключения мочекаменной болезни; б)подтверждения хронического пиелонефрита; в)подтверждения активности хронического пиелонефрита; г)выбора вида лечения; д)для решения вопроса о хирургическом лечении.
 78. Характерным признаком хронического пиелонефрита на экскреторной урографии является: а)одностороннее уменьшение размеров почек; б)двустороннее уменьшение размеров почек; в)локальные спазмы чашечно-лоханочной системы; г)деформация чашечно-лоханочной системы.
 79. Характерным признаком хронического пиелонефрита на ретроградной пиелографии является: а)одностороннее уменьшение размеров почек; б)двустороннее уменьшение размеров почек; в)локальные спазмы чашечно-лоханочной системы; г)деформация чашечно-лоханочной системы.
 80. Наиболее специфическим инструментальным признаком хронического пиелонефрита является: а)одностороннее уменьшение размеров почек; б)двустороннее уменьшение размеров почек; в)локальные спазмы чашечно-лоханочной системы; г)деформация чашечно-лоханочной системы.
 81. Обнаружение на ретроградной пиелографии деформации чашечно-лоханочной системы является специфическим

- признаком: а) острого пиелонефрита; б) хронического пиелонефрита; в) хронического гломерулонефрита; г) амилоидоза почек; д) острого гломерулонефрита.
82. Основным (базисным) видом лечения хронического пиелонефрита во время обострения является применение: а) антибактериальных средств; б) НПВП; в) глюкокортикоидов; г) цитостатиков.
83. При хроническом пиелонефрите антибиотики назначаются: а) в период ремиссии болезни; б) во время обострения болезни; в) при появлении на ретроградной пиелографии деформации чашечно-лоханочной системы; г) при болях в поясничной области.
84. У больного отмечается лихорадка, боли в поясничной области справа, дизурия, выраженная лейкоцитурия и бактериурия (120 тыс. клеток в 1,0 мл мочи). Болеет в течение 5 лет с периодическими обострениями и ремиссиями болезни. О каком заболевании Вы подумаете?: а) острый пиелонефрит; б) хронический пиелонефрит; в) острый гломерулонефрит; г) хронический гломерулонефрит; д) цистит.
85. У больного в течение многих лет периодически в анализах мочи обнаруживаются лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроциты 2-5 в поле зрения, протеинурия 120 мг в сутки, бактериурия 150 тыс. микробных клеток в 1,0 мл мочи. Для какого заболевания это характерно?: а) острый гломерулонефрит; б) хронический гломерулонефрит; в) острый пиелонефрит; г) хронический пиелонефрит; д) цистит.
86. У больного в анализах мочи обнаружены единичные лейкоциты и эритроциты в поле зрения, бактериурия 50 тыс. микробных клеток в 1,0 мл мочи и деформация чашечно-лоханочной системы на ретроградной пиелографии. Ваш диагноз?: а) острый гломерулонефрит; б) хронический гломерулонефрит; в) острый пиелонефрит; г) хронический пиелонефрит; д) цистит.
87. У больного имеются достоверные признаки хронического пиелонефрита. Какие изменения в анализе мочи у этого больного можно ожидать?: а) массивная протеинурия;

- б)выраженная цилиндрурия; в)истинная бактериурия и выраженная лейкоцитурия; г)гиперстенурия; д)глюкозурия.
88. У больного с длительным течением хронического пиелонефрита отмечается никтурия, гиперкалиемия, повышение уровня креатинина и мочевины. О каком осложнении хронического пиелонефрита Вы подумаете?: а)абсцесс почек; б)ОПН; в)ХПН; г)сепсис; д)амилоидоз.
89. У больного с длительным течением хронического пиелонефрита развились признаки поздней стадии ХПН. Что Вы ожидаете увидеть на рентгенограмме почек?: а)одностороннее увеличение размеров почек; б)двустороннее увеличение размеров почек; в)одностороннее уменьшение размеров почек; г)двустороннее уменьшение размеров почек.
90. Острая почечная недостаточность – это нарушение экскреторной функции почек: а)потенциально обратимое; б)обязательно обратимое; в)потенциально необратимое; г)обязательно необратимое.
91. Основным патогенетическим механизмом развития острой почечной недостаточности является: а)воспаление клубочков почек; б)воспаление чашечно-лоханочной системы; в)острое повышение клубочковой фильтрации; г)острое снижение, затем прекращение клубочковой фильтрации.
92. При острой почечной недостаточности поражение органов и тканей происходит токсическими продуктами: а)эндогенного происхождения; б)экзогенного происхождения; в)инфекционного происхождения; г)аутоиммунного происхождения.
93. Начальный период острой почечной недостаточности характеризуется: а)отсутствием каких-либо клинико-лабораторных признаков патологии; б)клинико-лабораторными данными болезней и состояний, вызывающих ОПН; в)уменьшением, а затем полным прекращением выделения мочи; г)полиурией, а затем нормализацией диуреза; д)нормальными уровнями азотемии (креатинина в крови).
94. Период разгара при острой почечной недостаточности

- характеризуется: а)отсутствием каких-либо клинико-лабораторных признаков патологии; б)клинико-лабораторными данными болезней и состояний, вызывающих ОПН; в)уменьшением, а затем полным прекращением выделения мочи; г)полиурией, а затем нормализацией диуреза; д)нормальными уровнями азотемии (креатинина в крови).
95. В периоде разгара острой почечной недостаточности суточный диурез: а)в пределах нормы; б)резко уменьшается вплоть до отсутствия; в)увеличен (полиурия); г)резко увеличен (выраженная полиурия).
96. В периоде разгара острой почечной недостаточности отмечается следующее нарушения мочевыделения: а)резко уменьшение вплоть до отсутствия; б)незначительное уменьшение; в)увеличение (полиурия); г)резко увеличение (выраженная полиурия).
97. При острой почечной недостаточности период улучшения характеризуется: а)отсутствием каких-либо клинико-лабораторных признаков патологии; б)клинико-лабораторными данными болезней и состояний, вызывающих ОПН; в)уменьшением, а затем полным прекращением выделения мочи; г)полиурией, а затем нормализацией диуреза; д)нормальными уровнями азотемии (креатинина в крови).
98. Период выздоровления при острой почечной недостаточности характеризуется: а)отсутствием каких-либо клинико-лабораторных признаков патологии; б)клинико-лабораторными данными болезней и состояний, вызывающих ОПН; в)уменьшением, а затем полным прекращением выделения мочи; г)полиурией, а затем нормализацией диуреза; д)нормальными уровнями азотемии (креатинина в крови).
99. Лабораторным подтверждением острой и хронической почечной недостаточности является: а)массивная протеинурия; б)гипопротеинемия; в)гипокалиемия; г)повышение уровня азотистых соединений в крови; д)снижение уровня азотистых соединений в крови.
100. Характерными лабораторными признаками острой и

- хронической почечной недостаточности являются:
а) гиперлипидемия (гиперхолестеринемия);
б) гипокалиемия; в) массивная протеинурия; г) повышение в крови креатинина, мочевины и остаточного азота;
д) снижение в крови креатинина, мочевины и остаточного азота.
101. Для острой и хронической почечной недостаточности характерным является повышение креатинина, мочевины и остаточного азота: а) в крови; б) в моче; в) в мочевых путях; г) в чашечно-лоханочной системе почек.
102. При острой и хронической почечной недостаточности уровни креатинина, мочевины и остаточного азота в крови: а) в пределах нормы; б) повышаются; в) снижаются; г) резко снижаются.
103. Наиболее специфичным лабораторным признаком острой и хронической почечной недостаточности является повышение в крови: а) остаточного азота; б) мочевины; в) креатинина; г) калия.
104. Специфическим видом азотемии при острой и хронической почечной недостаточности является повышение в крови: а) остаточного азота; б) мочевины; в) аммиака; г) креатинина.
105. Какое электролитное нарушение специфично для острой и хронической почечной недостаточности: а) гиперкалиемия; б) гипокалиемия; в) гипокальциемия; г) гиперкальциемия; д) гипонатриемия.
106. Хроническая почечная недостаточность – это нарушение экскреторной функции почек: а) потенциально обратимое; б) обязательно обратимое; в) потенциально необратимое; г) обязательно необратимое.
107. Ранним клиническим признаком хронической почечной недостаточности является: а) олигоурия; б) анурия; в) запах аммиака изо рта; г) никтурия; д) макрогематурия.
108. Одним из ранних клинических признаков хронической почечной недостаточности является: а) олигоурия; б) олигоурия; в) полиурия; г) запах аммиака изо рта; д) макрогематурия.
109. Ранним лабораторным признаком хронической почечной недостаточности является: а) гиперстенурия;

- б) гипостенурия; в) гиперкалиемия; г) гипокалиемия.
110. Для ранней стадии хронической почечной недостаточности характерны следующие симптомы: а) полиурия и никтурия; б) отеки в области верхних век; в) массивная протеинурия; г) поллакиурия и странгурия.
111. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является: а) некроз коркового слоя почек; б) нефросклероз; в) отек мозгового слоя почек; г) артериит мелких ветвей почечной артерии.
112. Причиной анемии при хронической почечной недостаточности является: а) дефицит трансферрина; б) дефицит эритропоэтинов; в) кровопотеря; г) гемолиз эритроцитов; д) дефицит фолиевой кислоты.
113. С чем связано развитие анемии при ХПН: а) снижением синтеза эритропоэтина; б) появлением антиэритроцитарных антител; в) снижением осмотической резистентности эритроцитов; г) шаровидной формой эритроцитов.
114. При развитии хронической почечной недостаточности на фоне хронического гломерулонефрита на обзорной рентгенографии и ультразвуковом исследовании размеры почек: а) уменьшены; б) увеличены; в) резко увеличены; г) не изменены.
115. Какое изменение мочи может свидетельствовать о хронической почечной недостаточности: а) протеинурия более 3 г/л; б) протеинурия менее 1 г/л; в) относительная плотность мочи менее 1005; г) большое количество уратов в моче; д) выраженная лейкоцитурия.
116. Основным (базисным) видом лечения острой почечной недостаточности является: а) применение обычных доз диуретиков; б) применение массивных доз диуретиков; в) введение плазмозаменителей; г) гемодиализ.
117. При острой почечной недостаточности гемодиализ надо проводить: а) постоянно всю жизнь с частотой от 1 до 4 раз в неделю; б) однократно; в) от 1 до 10 раз и более до восстановления диуреза и нормализации уровня креатинина; г) во время обострения болезни; д) при сердечной недостаточности.
118. При хронической почечной недостаточности гемодиализ

- надо проводить: а) постоянно всю жизнь с частотой от 1 до 4 раз в неделю; б) однократно; в) от 1 до 10 раз и более до восстановления диуреза и нормализации уровня креатинина; г) во время обострения болезни; д) при сердечной недостаточности.
119. В каком периоде острой почечной недостаточности применяется гемодиализ: а) начальном; б) разгара или олигоанурии; в) улучшения или восстановления диуреза; г) выздоровления.
120. При острой почечной недостаточности в стадии разгара или олигоанурии применяется: а) петлевой диуретик в обычных дозах; б) петлевой диуретик в больших дозах; в) тиазидный диуретик в обычных дозах; г) тиазидный диуретик в больших дозах.
121. У молодого человека через 2 часа после освобождения из под завала в крови обнаружен высокий уровень креатинина, а затем развилась олигоурия. Ваше заключение: а) острая почечная недостаточность; б) острая сердечная левожелудочковая сердечность; в) острая сердечная правожелудочковая сердечность; г) острая печеночная недостаточность.

Раздел ревматология

1. Ревматоидный артрит – это хроническое ревматическое заболевание, характеризующееся: а) инфекционным поражением периферических суставов; б) аутоиммунным воспалительным поражением периферических суставов; в) дегенеративным поражением крупных суставов; г) аутоиммунным воспалительным поражением суставов позвоночника.
2. Ревматоидным артритом чаще всего страдают: а) девушки и молодые женщины в возрасте 20-30 лет; б) женщины средних лет в возрасте 30-55 лет; в) женщины старого и пожилого возраста; г) молодые мужчины в возрасте 20-30 лет; д) мужчины старого и пожилого возраста.
3. По современной классификации продолжительность ранней стадии ревматоидного артрита: а) менее 6 месяцев; б) менее 1 года; в) менее 2-х лет; г) менее 5 лет.

4. По современной классификации продолжительность поздней стадии ревматоидного артрита: а) более 6 месяцев; б) более 1 года; в) более 2-х лет; г) более 5 лет.
5. Ревматоидный фактор – это: а) антитела к ДНК; б) антитела к агрегированному IgG; в) антитела к GP 330; г) повышение уровня мочевой кислоты в крови.
6. При ревматоидном артрите к патогенетически специфическим аутоантителам относятся: а) антистрептолизин О; б) антинуклеарный фактор; в) антитела к циклическому цитруллиновому пептиду; г) антитела к ДНК.
7. Для ревматоидного артрита характерным является: а) симметричное воспалительное поражение более 3-х периферических суставов; б) асимметричное воспалительное поражение 2-3-х крупных суставов; в) асимметричное воспалительное поражение 1-го крупного сустава; г) симметричное воспалительное поражение крестцово-подвздошных сочленений.
8. При ревматоидном артрите имеет место: а) симметричный полиартрит; б) асимметричный полиартрит; в) асимметричный олигоартрит; г) асимметричный моноартрит.
9. Для ревматоидного артрита характерен следующий характер поражения суставов: а) летучий характер; б) стойкий прогрессирующий характер; в) нестойкий непрогрессирующий характер; г) полностью обратимый характер.
10. Для ревматоидного артрита характерно преимущественное поражение: а) крупных суставов; б) суставов нижних конечностей; в) коленных и мелких суставов кистей и стоп; г) суставов позвоночника; д) плюснефаланговых суставов.
11. При ревматоидном артрите наиболее часто поражаются: а) коленные суставы; б) крестцово-подвздошные сочленения; в) мелкие суставы кистей; г) мелкие суставы стоп; д) плюснефаланговые суставы.
12. При ревматоидном артрите к потенциально обратимым клиническим признакам поражения суставов относятся: а) хондрит; б) синовит; в) анкилоз; г) ахиллит.

13. При ревматоидном артрите к необратимым клиническим признакам поражения суставов относятся: а)хондрит; б)синовит; в)анкилоз; г)ахиллит.
14. В ранней стадии ревматоидного артрита отмечаются следующие признаки симметричного полиартрита: а)потенциально обратимые экссудативные признаки; б)необратимые экссудативные признаки; в)потенциально обратимые пролиферативные (фиброзные, склеротические) признаки; г)необратимые пролиферативные (фиброзные, склеротические) признаки; д)анкилозирование.
15. В поздней стадии ревматоидного артрита отмечаются следующие признаки симметричного полиартрита: а)потенциально обратимые экссудативные признаки; б)необратимые экссудативные признаки; в)потенциально обратимые пролиферативные (фиброзные, склеротические) признаки; г)необратимые пролиферативные (фиброзные, склеротические) признаки и анкилозирование.
16. Для ранней стадии ревматоидного артрита характерна утренняя скованность продолжительностью: а)до 30 минут; б)от 30 мин до 1 часа; в)более 2-х часов; г)в течение дня; д)от 30 сек до 1 мин.
17. Для поздней стадии ревматоидного артрита характерна утренняя скованность продолжительностью: а)до 30 минут; б)от 30 мин до 1 часа; в)более 2-х часов, иногда в течение дня; г)от 30 сек до 1 мин.
18. В ранней стадии ревматоидного артрита во время бокового сжатия пястнофаланговых и плюснефаланговых суставов боли: а)уменьшаются; б)резко уменьшаются; в)исчезают; г)появляются или усиливаются.
19. При ревматоидном артрите внесуставные (системные) признаки могут быть: а)только в ранней стадии болезни; б)только в поздней стадии болезни; в)как в ранней, так и в поздней стадии болезни; г)только при трансформации в системную красную волчанку.
20. При ревматоидном артрите такие симптомы, как ревматоидные узелки, воспаление мышц, лимфоаденопатия, ревматоидный васкулит, висцериты, поражения нервной системы, глаз и системы крови, а также

- лихорадка и похудание свидетельствуют: а) об осложнении болезни; б) о низкой активности болезни; в) о системных проявлениях болезни; г) о трансформации в системную красную волчанку.
21. Наиболее частым видом системных проявлений ревматоидного артрита являются: а) ревматоидные узелки; б) воспаление мышц; в) лимфоаденопатия; г) ревматоидный васкулит; д) висцериты.
 22. Наиболее частым видом поражения мышечной системы при ранней стадии ревматоидного артрита являются миалгии (иногда миоцит): а) межкостных мышц кистей; б) мышц предплечья; в) мышц надплечья; г) мышц бедер; д) мышц голеней.
 23. Наиболее частым видом поражения мышечной системы при поздней стадии ревматоидного артрита является атрофия: а) межкостных мышц кистей; б) мышц предплечья; в) мышц надплечья; г) мышц бедер; д) мышц голеней.
 24. Поражение почек при ревматоидном артрите проявляется чаще всего: а) латентным гломерулонефритом; б) нефротическим гломерулонефритом; в) вторичным амилоидозом почек; г) пиелонефритом; д) мочекаменной болезнью.
 25. Наиболее специфическими лабораторными показателями ревматоидного артрита является обнаружение в крови высокого уровня: а) С-реактивного белка; б) мочевой кислоты; в) антинуклеарного фактора и антител к ДНК; г) ревматоидного фактора и антител к циркулирующему цитруллиновому пептиду.
 26. Для какого заболевания характерны высокие уровни ревматоидного фактора и антител к циркулирующему цитруллиновому пептиду: а) острой ревматической лихорадки; б) остеоартроза; в) подагры; г) ревматоидного артрита; д) анкилозирующего спондилита.
 27. Наиболее специфическим рентгенологическим признаком ревматоидного артрита является: а) околосуставной остеопороз; б) остеофиты и остеосклероз; в) сужение суставной щели; г) краевые эрозии кости; д) «симптом пробойника».

28. Для какого заболевания характерны краевые эрозии костей суставов на рентгенограмме суставов: а) острой ревматической лихорадки; б) остеоартроза; в) подагры; г) ревматоидного артрита; д) анкилозирующего спондилита.
29. Промежуток времени, когда активная терапия может эффективно затормозить прогрессирование поражения суставов (так называемое «окно возможности») при ревматоидном артрите составляет: а) от нескольких часов до 2-х дней; б) от нескольких дней до 2-х недель; в) от нескольких недель до 2-х месяцев; г) от нескольких месяцев до 2-х лет.
30. Выберите «базисный» препарат в лечении ревматоидного артрита: а) бензилпенициллин; б) бисептол; в) метотрексат; г) хондроитин сульфат; д) амоксициллин.
31. Начальная доза метотрексата в лечение ревматоидного артрита составляет: а) 10 мг в день; б) 10 мг в неделю; в) 10 мг в месяц; г) 10 мг в год.
32. Лечебной и поддерживающей дозой метотрексата в лечение ревматоидного артрита является: а) 15-25 мг в день; б) 15-25 мг в неделю; в) 15-25 мг в месяц; г) 15-25 мг в год.
33. Остеоартроз – это хроническое ревматическое заболевание, характеризующееся: а) инфекционным поражением периферических суставов; б) аутоиммунным воспалительным поражением периферических суставов (преимущественно мелких суставов кистей); в) дегенеративным поражением крупных суставов; г) аутоиммунным воспалительным поражением суставов позвоночника.
34. Основным этиофактором остеоартроза является: а) инфекционный агент; б) врожденный дефицит энзимов, участвующих в пуриновом обмене; в) чрезмерная механическая и функциональная перегрузка суставного хряща; г) вирусы; д) инсоляция.
35. Основным патогенетическим механизмом остеоартроза является: а) синовит; б) отложения уратов синовиальной оболочки; в) воспаление хряща; г) уменьшение в размерах суставного хряща; д) разрушение хряща за счет паннуса.
36. При остеоартрозе нарушение метаболизма суставного

- хряща в первую очередь обусловлено: а) аутоиммунным воспалением; б) дистрофией; в) деградацией и уменьшением протеогликанов (хондроитинсульфата); г) некрозом.
37. Первично при остеоартрозе патологические изменения происходят в: а) синовиальной оболочке; б) хряще; в) сухожилиях и их влагалищах; г) синовиальных сумках; д) мышцах.
 38. Остеоартроз в основном наблюдается у лиц: а) молодого возраста; б) детского возраста; в) среднего возраста; г) пожилого возраста.
 39. При остеоартрозе преимущественно поражаются: а) мелкие суставы кистей; б) мелкие суставы стоп; в) позвоночник; г) I плюснефаланговый сустав стопы; д) нагрузочные (коленные и тазобедренные) суставы.
 40. Для остеоартроза характерным является поражение крупных нагрузочных суставов: а) воспалительного характера; б) аутоиммунного воспалительного характера; в) невоспалительного дегенеративного характера; г) инфекционного генеза.
 41. Поражение крупных нагрузочных суставов невоспалительного дегенеративного характера является характерным признаком: а) острой ревматической лихорадки; б) остеоартроза; в) подагры; г) ревматоидного артрита; д) анкилозирующего спондилита.
 42. Для остеоартроза характерно поражение следующих суставов кистей: а) дистальных межфаланговых; б) проксимальных межфаланговых; в) плюснефаланговых; г) лучезапястных.
 43. При остеоартрозе артралгии и ограничения движения в суставах в первую очередь обусловлены: а) образованием краевых остеофитов; б) синовитом; в) паннусом; г) периартритом; д) накоплением уратов в синовиальной оболочке.
 44. При остеоартрозе развитие деформации суставов обусловлено: а) образованием краевых остеофитов; б) синовитом; в) паннусом; г) периартритом; д) накоплением уратов в синовиальной оболочке.
 45. Артралгии механического типа, ограничения движения и

- деформация крупных нагрузочных суставов наблюдаются при: а)остеоартрозе; б)острой ревматической лихорадке; в)подагре; г)ревматоидном артрите; д)анкилозирующем спондилите.
46. Для остеоартроза при пальпации во время пассивного движения в суставе (чаще в коленных суставах) отмечают: а)хруст и крепитацию; б)гиперемию; в)баллотирование жидкости; г)тофусы.
47. Усиление болей в суставах при первых шагах больных («стартовые боли») наблюдается при : а)острой ревматической лихорадке; б)остеоартрозе; в)подагре; г)ревматоидном артрите; д)анкилозирующем спондилите.
48. Хруст и крепитация при пальпации во время пассивного движения в суставе (чаще в коленных суставах) и усиление болей в суставах при первых шагах больных («стартовые боли») наблюдаются при : а)острой ревматической лихорадке; б)ревматоидном артрите; в)подагре; г)остеоартрозе; д)анкилозирующем спондилите.
49. При остеоартрозе во время пальпации дистальных межфаланговых суставов кистей обнаруживаются: а)тофусы; б)подкожные остеофитные узелки в боковых отделах; в)ревматоидные узелки; г)местное повышение температуры тела.
50. Причиной появления подкожных остеофитных узелков в боковых отделах дистальных межфаланговых суставов кистей при остеоартрозе является: а)отложение уратов; б)краевые остеофиты; в)воспаление подкожной клетчатки; г)спонтанный перелом костей.
51. При остеоартрозе во время движения в коленных суставах обнаруживаются: а)положительный «тест поперечного сжатия»; б)резкая болезненность; в)гиперемия; г)хруст и крепитация.
52. У больного отмечаются артралгии механического типа и ограничение движений в коленных и тазобедренных суставах. О каком заболевании подумаете?: а)острой ревматической лихорадке; б)остеоартрозе; в)подагре; г)ревматоидном артрите; д)анкилозирующем спондилите.
53. У больного отмечается симметричное, плотное узловатое

- образование, на боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов. О каком заболевании подумаете?: а)острой ревматической лихорадке; б)ревматоидном артрите; в)подагре; г)остеоартрозе; д)анкилозирующем спондилите.
54. У больного отмечаются «стартовые боли» в коленных суставах, их деформация и ограничение движения в них. О каком заболевании подумаете?: а)острой ревматической лихорадке; б)остеоартрозе; в)подагре; г)ревматоидном артрите; д)анкилозирующем спондилите.
55. У больного во время движения в коленных суставах отмечается хруст и крепитация. О каком заболевании подумаете?: а)острой ревматической лихорадке; б)ревматоидном артрите; в)подагре; г)остеоартрозе; д)анкилозирующем спондилите.
56. К рентгенологическим признакам остеоартроза относятся: а)краевые остеофиты, сужение суставной щели и остеосклероз; б)околосуставной остеопороз и сужение суставной щели; в)околосуставной остеопороз и краевые эрозии костей; г)сужение суставной щели и краевые эрозии костей.
57. Наиболее специфическим рентгенологическим признаком остеоартроза является: а)краевые остеофиты; б)сужение суставной щели; в)остеосклероз; г)остеопороз; д)краевые эрозии костей.
58. Рентгенологическими признаками остеоартроза являются: а)остеопороз, сужение суставной щели и эрозии хряща и кости; б)остеосклероз, сужение суставной щели и остеофиты; в)симптом пробойника и внутрисуставные переломы; г)двусторонний сакроилеит и спондилит.
59. Для какого заболевания характерны остеосклероз и остеофитоз на R-грамме суставов: а)острой ревматической лихорадке; б)ревматоидного артрита; в)подагры; г)анкилозирующего спондилита; д)остеоартроза.
60. Базисной патогенетической терапией остеоартроза является применение: а)НПВП; б)антибиотиков; в)урико-депрессантов; г)глюкокортикоидов; д)хондропротекторов.
61. Хондропротекторы назначаются при следующей стадии

- остеоартроза: а)I; б)II; в)III; г)I и II; д)во всех стадиях.
62. Укажите препарат базисного действия при лечении остеоартроза: а)диклофенак; б)никотиновая кислота и ее аналоги; в)метотрексат; г)аллопуринол; д)хондроитин сульфат.
63. У больного обнаруживаются хруст и крепитация коленных суставов, деформация этих суставов, плотные узловатые образования на боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов. Ваш диагноз?: а)острая ревматическая лихорадка; б)ревматоидный артрит; в)подагра; г)остеоартроз; д)анкилозирующий спондилит.
64. Больная 63 лет. Предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре и пальпации отмечены симметричные узловатые плотные утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. Название узловатых образований: а)тофусы; б)подкожные остеофитные узелки Гебердена; в)ревматоидные узелки; г)ксантомы.
65. Анкилозирующим спондилитом чаще болеют: а)молодые женщины; б)пожилые женщины; в)молодые мужчины; г)пожилые мужчины.
66. Анкилозирующий спондилит чаще всего начинается с поражения: а)крестцово-подвздошных сочленений; б)суставов позвоночника; в)глаз; г)внутренних органов.
67. Наиболее ранним специфическим признаком анкилозирующего спондилита является: а)артрит I плюснефалангового сустава; в)спондилит; в)анкилоз крестцово-подвздошных сочленений; г)односторонний сакроилеит; д)двусторонний сакроилеит.
68. У большинства больных анкилозирующим спондилитом в ранней стадии двусторонний сакроилеит протекает: а)бессимптомно; б)с выраженным болевым синдромом; в)с высокой лихорадкой; г)в виде иррадиации в нижние конечности.
69. Для сакроилеита при анкилозирующем спондилите наиболее часто характерны боли: а)в поясничном отделе позвоночника без иррадиации; б)двусторонние в области ягодиц с двусторонней иррадиацией в нижние конечности;

- в)односторонние в области ягодиц с односторонней иррадиацией в нижние конечности; г)двусторонние в нижних конечностях.
70. Двусторонний сакроилеит является наиболее ранним специфическим признаком: а)острой ревматической лихорадки; б)ревматоидного артрита; в)подагры; г)анкилозирующего спондилита; д)остеоартроза.
71. Ранним специфическим проявлением поражения позвоночника при анкилозирующем спондилите является: а)боли и тугоподвижность в поясничном отделе; б)боли и тугоподвижность в грудном и шейном отделах; в)нарушение осанки по типу «поза просителя» и «поза гордеца»; г)торакодиафрагмальное легочное сердце.
72. Двусторонний сакроилеит, боли и тугоподвижность в поясничном отделе и асимметричные артриты периферических суставов характерны для: а)острой ревматической лихорадки; б)ревматоидного артрита; в)остеоартроза; г)подагры; д)анкилозирующего спондилита.
73. Энтезиты, локализованные в области пяток, локтевых, коленных, плечевых и тазобедренных суставов характерны для: а)анкилозирующего спондилита; б)ревматоидного артрита; в)острой ревматической лихорадки; г)подагры; д)остеоартроза.
74. Двусторонний сакроилеит, боли и тугоподвижность в поясничном отделе и энтезиты, локализованные в области пяток и периферических суставов, характерно для: а)острой ревматической лихорадки; б)ревматоидного артрита; в)анкилозирующего спондилита; г)подагры; д)остеоартроза.
75. Для анкилозирующего спондилита характерно поражение глаз в виде: а)конъюнктивита; б)ирита; в)иридоциклита; г)увеита.
76. При анкилозирующем спондилите чаще всего отмечается следующее поражение сердечно-сосудистой системы: а)склероз почечных артерий; б)атеросклероз начального отрезка аорты с развитием аортального стеноза; в)аортит начального отрезка аорты с относительной

- недостаточностью аортального клапана; г) вальвулит митрального клапана с развитием его недостаточности.
77. В поздних стадиях анкилозирующего спондилита характерно следующее поражение почек: а) пиелонефрит; б) гломерулонефрит с развитием почечной недостаточности; в) мочекаменная болезнь; г) амилоидоз почек с развитием почечной недостаточности; д) рак почек.
78. Характерным признаком анкилозирующего спондилита при иммунологическом анализе крови является обнаружение: а) ревматоидного фактора; б) антинуклеарного фактора; в) антител к ДНК; г) гиперурикемии; д) антигена гистосовместимости HLAB₂₇.
79. У мужчины 22 лет отмечаются двусторонние боли в ягодичной области с иррадиацией в ноги, явления ирита, СОЭ 40 мм/ч и на рентгенограмме картина двустороннего сакроилеита. О каком заболевании Вы подумаете?: а) ревматоидный артрит; б) анкилозирующий спондилит; в) подагра; г) реактивный артрит; д) остеоартроз.
80. У мужчины 27 лет отмечаются боли и тугоподвижность в поясничном отделе позвоночника, двусторонний сакроилеит и в крови определяется HLA-B₂₇. О каком заболевании Вы подумаете?: а) анкилозирующий спондилит; б) ревматоидный артрит; в) подагра; г) реактивный артрит; д) остеоартроз.
81. У мужчины 26 лет были отмечены боли и припухлость правого коленного и левого плечевого суставов и в крови обнаружен HLAB₂₇, а через 3 месяца появились боли и ограничения в поясничном отделе позвоночника. О каком заболевании Вы подумаете?: а) ревматоидный артрит; б) остеоартроз; в) подагра; г) реактивный артрит; д) анкилозирующий спондилит.
82. Базисной терапией анкилозирующего спондилита является длительное применение: а) хондропротекторов; б) глюкокортикоидов; в) цитостатиков; г) препаратов золота; д) НПВП.
83. Наиболее эффективной базисной терапией анкилозирующего спондилита, наряду с НПВП, является применение: а) ингибиторов фактора некроза опухоли- α ;

- б) глюкокортикоидов; в) цитостатиков; г) препаратов золота; д) хондропротекторов.
84. Основным этиологическим фактором подагры является: а) вирусы; б) солнечная радиация; в) генетически обусловленный дефект ферментов, участвующих в обмене пуринов; г) стрептококк группы А; д) наличие HLAB₂₇.
85. Что из перечисленного способствует развитию подагры: а) однообразная мясная пища; б) вегетарианство; в) злоупотребление продуктами, содержащими большое количество холестерина; г) злоупотребление жирной и жареной пищей; д) злоупотребление солью.
86. Злоупотребление каким продуктом способствует развитию подагры: а) солью; б) жирной и жареной пищей; в) продуктами, содержащим большое количество холестерина; г) алкоголя; д) жидкости.
87. Артрит при подагре возникает вследствие откладывания в синовиальной оболочке: а) инфекционного агента; б) токсинов и антигенов инфекционного агента; в) ревматоидного фактора; г) аутоантител к ДНК; д) микрокристаллов мочевой кислоты.
88. При подагрическом артрите наиболее часто поражаются: а) I проксимальные межфаланговые суставы кистей; б) I дистальные межфаланговые суставы кистей; в) I плюснефаланговые суставы стоп; г) крестцово-подвздошное сочленение; д) I пястнофаланговые суставы кистей.
89. Тофусы (подкожные узелки, содержащие ураты) являются специфическим признаком: а) острой ревматической лихорадки; б) ревматоидного артрита; в) анкилозирующего спондилита; г) подагры; д) остеоартроза.
90. При подагре наблюдается поражение почек чаще всего в виде: а) амилоидоза; б) полиурии; в) мочекаменной болезни; г) гломерулонефрита.
91. Специфическим лабораторным признаком подагры является: а) гиперурикемия; б) гиперхолестеринемия; в) гипербилирубинемия; г) HLAB₂₇; д) ревматоидный фактор.
92. При подагре в синовиальной жидкости определяются: а) антигены бактерий; б) антитела к инфекционным агентам; в) кристаллы уратов; г) ревматоидный фактор; д) фагоциты.

93. Базисной патогенетической терапией подагры является применение: а)НПВП; б)глюкокортикоидов; в)цитостатиков; г)антибиотиков; д)урикодепрессивных препаратов.
94. Классическим представителем урикодепрессивных препаратов является: а)аспирин; б)аллопуринол; в)антуран; г)алмагель А; д)анаприлин.
95. У мужчины 34 лет возник приступ острого артрита большого пальца левой стопы. О каком заболевании Вы в первую очередь подумаете?: а)ревматоидный артрит; б)остеоартроз; в)подагра; г)реактивный артрит; д)анкилозирующий спондилит.
96. У мужчины 36 лет после приема в большом количестве мясных блюд и алкоголя возник приступ сильных болей в коленных и мелких суставах стоп, резкое покраснение и припухлость этих суставов. После приема НПВП эти явления на 3 день исчезли. О каком заболевании Вы подумали?: а)ревматоидный артрит; б)подагра; в)остеоартроз; г)реактивный артрит; д)анкилозирующий спондилит.
97. СКВ чаще встречается у: а)мальчиков и молодых мужчин; б)девушек и молодых женщин; в)пожилых мужчин; г)пожилых женщин.
98. Какой природный фактор может приводить к обострению СКВ: а)солнечная радиация; б)туман; в)магнитные бури; г)повышенная влажность.
99. Специфическим видом поражения кожи при СКВ является: а)витилиго; б)гиперпигментация; в)параорбитальный отек; г)эритематозные кожные высыпания на лице по типу «бабочки».
100. Фотосенсибилизация (повышенная чувствительность кожи к солнечному свету) – это специфический признак: а)ревматоидного артрита; б)подагры; в)остеоартроза; г)анкилозирующего спондилита; д)системной красной волчанки.
101. Для системной красной волчанки характерно поражение суставов в виде: а)артрита крупных суставов; б)артроза крупных суставов; в)нестойкого и непрогрессирующего артрита мелких суставов кистей и стоп; г)стойкого и

- прогрессирующего артрита мелких суставов кистей и стоп.
102. Для системной красной волчанки наиболее характерным видом поражения почек является: а) пиелонефрит; б) амилоидоз; в) гематурический вариант гломерулонефрита; г) нефротический вариант гломерулонефрита.
 103. Какой лабораторный признак наиболее характерен для системной красной волчанки: а) антитела к ДНК; б) HLAB₂₇; в) ревматоидный фактор; г) гиперурикемия.
 104. У молодой женщины в анализе крови обнаружен высокий уровень антител к ДНК. Для какого заболевания это характерно: а) ревматоидного артрита; б) системной красной волчанки; в) остеоартроза; г) анкилозирующего спондилита; д) подагры.
 105. Основным патогенетическим механизмом системной склеродермии является: а) инфекционное воспаление органов и тканей; б) аутоиммунное воспаление органов и тканей; в) повышенное фиброобразование органов и тканей; г) некроз органов и тканей.
 106. В патогенезе системной склеродермии ведущее значение имеет: а) снижение активности фибробластов; б) повышение активности фибробластов; в) некроз фибробластов; г) гиперактивность миоцитов.
 107. Наиболее ранним клиническим проявлением системной склеродермии является: а) уплотнение кожи; б) базальный пневмосклероз; в) кардиосклероз; г) синдром Рейно; д) эзофагосклероз.
 108. Ранним видом склеротического поражения кожи при системной склеродермии является: а) склеродактилия; б) плотный отек кожи; в) симптом «кисета»; г) «маскообразное» лицо.
 109. Склеродактилия при системной склеродермии – это уплотнение кожи: а) лица; б) пальцев; в) туловища; г) конечностей.
 110. Характерным видом поражения суставов при склеродермии является: а) артралгии, эквивалентные артритам; б) артрит; в) артроз; г) псевдоартриты со стойкой контрактурой суставов; д) гнойный артрит.
 111. Характерным видом поражения пищевода при системной

- склеродермии является: а)эзофагит; б)эзофагосклероз; в)ахалазия кардии пищевода; г)дивертикул пищевода; д)язва пищевода.
112. Для системной склеродермии характерно следующее поражение легких: а)пневмонит; б)пневмония; в)аспирационная пневмония; г)базальный пневмосклероз; г)ателектаз.
113. Основным клиническим поражением легких при системной склеродермии является: а)кашель со слизистой мокротой; б)кашель с гнойной мокротой; в)постоянная одышка прогрессирующего характера; г)приступы экспираторного удушья; д)боль в грудной клетке.
114. Характерным видом поражения сердца при системной склеродермии является: а)стенокардия напряжения; б)спонтанная стенокардия; в)инфаркт миокарда; г)кардиосклероз; д)тампонада сердца.
115. Основным клиническим видом поражения сердца при системной склеродермии является: а)коронарные боли; б)постоянная инспираторная одышка прогрессирующего характера; в)приступ инспираторного удушья; г)артериальная гипотензия; д)пароксизмальная тахикардия.
116. Истинная склеродермическая почка при системной склеродермии характеризуется: а)массивной протеинурией; б)злокачественной артериальной гипертензией и скудным мочевым осадком; в)нефротическим синдромом; г)макрогематурией.
117. Характерным лабораторным признаком системной склеродермии является: а)обнаружение LE-клетки в крови; б)уменьшение оксипролина в крови и в моче; в)увеличение оксипролина в крови и в моче; г)увеличение мочевой кислоты в крови; д)появление глюкозы в моче.
118. Основным (базисным) видом патогенетической терапии системной склеродермии является применение: а)антибиотиков; б)НПВП; в)глюкокортикоидов; г)цитостатиков; д)Д-пенициллина.
119. При дерматомиозите наиболее специфичным является поражение: а)поперечно-полосатой мускулатуры; б)гладкой мускулатуры; в)кожи; г)внутренних органов.

120. Наиболее специфическим клиническим признаком дерматомиозита является: а)миалгия; б)миастения; в)аспирационная пневмония; д)«дерматомиозитные очки».
121. Прогрессирующая миастения является диагностическим признаком: а)ревматоидного артрита; б)болезни Шегрена; в)болезни Рейтера; г)дерматомиозита; д)узелкового периартрита.
122. Специфическим видом поражения кожи при дерматомиозите является: а)«бабочка»; б)витилиго; в)бронзовая окраска кожи; г)пурпурно-лиловая эритема вокруг глаз; д)плотный отек кожи.
123. Характерным клиническим видом поражения сердца при дерматомиозите является: а)коронарные боли; б)артериальная гипотензия; в)артериальная гипертензия; г)кардиалгии; д)прогрессирующая сердечная недостаточность.
124. Наиболее частым видом поражения легких при дерматомиозите является: а)аспирационная пневмония; б)инфаркт легкого; в)пневмонит; г)базальный пневмосклероз; д)диффузный пневмосклероз.
125. Специфическим лабораторным признаком дерматомиозита является: а)протеинурия; б)обнаружение ревматоидного фактора в крови; в)гиперферментемия; г)гиперлейкоцитоз.
126. Специфическим признаком дерматомиозита на электромиографии является: а)высокая амплитуда мышечных колебаний; б)повышенная мышечная возбудимость; в)сниженная мышечная возбудимость; г)фибрилляция мышц.
127. Специфическим признаком дерматомиозита при биопсии мышц является: а)некроз мышечных волокон и потеря ими поперечно-полосатой исчерченности; б)склероз мышечных волокон; в)воспаление мышц с сохранением поперечно-полосатой исчерченности; г)дистрофия и атрофия мышц.
128. Основным патогенетическим видом лечения при дерматомиозите является применение: а)антибиотиков; б)сульфаниламидов; в)НПВП; г)глюкокортикоидов; д)цитостатиков.

Содержание

Раздел гастроэнтерология.....	3
Раздел нефрология.....	36
Раздел ревматология.....	52

Мамасаидов А.Т., Абдурашитова Д.И.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ

ПО ПРЕДМЕТУ

**«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ. РАЗДЕЛЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ,
НЕФРОЛОГИЯ И РЕВМАТОЛОГИЯ»**
(методическое пособие для студентов IV курса медицинского факультета
по специальности «Лечебное дело»)

Техредактор: А.Тойчубаев

Корректор: Ыкыбал уулу Элдияр

Сдано в набор 25.12.2014. Подписано в печать 15.01.2015

Формат бумаги 60X84 1/16 4,25 п.л. Заказ № 06

Город Ош, ул Курманжан датка 236

0770 13 02 02