

Гериатрия (ВО) Высшая категория

1. ГЕРИАТРИЯ — ЭТО НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ

- 1) старение организма
- 2) болезни пожилого возраста
- 3) особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте старческий возрастной период
- 4) болезни старческого возраста

2. GERONTOLOGIA — ЭТО НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ

- 1) старение организма
- 2) болезни пожилого возраста
- 3) особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте старческий возрастной период
- 4) болезни старческого возраста

3. НОМЕР ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 29.01.2016Г "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "ГЕРИАТРИЯ"

- 1) 38н
- 2) 624н
- 3) 173н
- 4) 321н

4. ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ "ГЕРИАТРИЯ" ОКАЗЫВАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

- 1) амбулаторно
- 2) в медико-социальном отделении
- 3) стационарно
- 4) в центре социальной помощи

5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ "ГЕРИАТРИЯ" ОКАЗЫВАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ

- 1) плановая
- 2) стационарная

3) экстренная

4) санаторно-курортная

6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ "ГЕРИАТРИЯ" ОКАЗЫВАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ

1) неотложная

2) стационарная

3) экстренная

4) санаторно-курортная

7. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ "ГЕРИАТРИЯ" ОКАЗЫВАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

1) амбулаторно

2) в медико-социальном отделении

3) стационарно

4) в центре социальной помощи

8. ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОЗДАВАТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЕ СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ) ПРИ ЧИСЛЕННОСТИ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕК И БОЛЕЕ

1) 10000

2) 20000

3) 30000

4) 40000

9. ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОЗДАВАТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЕ СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ) ПРИ ЧИСЛЕННОСТИ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МЕНЕЕ ЧЕЛОВЕК

1) 20 000

2) 50 000

3) 10 000

4) 30 000

10. ПОТРЕБНОСТЬ В ГЕРИАТРИЧЕСКИХ КОЙКАХ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 КОЙКА НА НАСЕЛЕНИЯ

ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

- 1) 1000
- 2) 2000
- 3) 3000
- 4) 4000

11. В КРАТКОЙ БАТАРЕЕ ТЕСТОВ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИЗМЕРЕНИЕ СКОРОСТИ ПОХОДКИ ПРОВОДЯТ НА ДИСТАНЦИИ МЕТРОВ

- 1) 4
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 100

12. ИССЛЕДОВАНИЕ СИЛЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ МЫШЦ МОЖНО ПРОВЕСТИ С ПОМОЩЬЮ

- 1) Биоэмпидансного анализа
- 2) Кистевого динамометра
- 3) Опросников и шкал
- 4) Оценки скорости походки

13. ИССЛЕДОВАНИЕ СИЛЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ МЫШЦ МОЖНО ПРОВЕСТИ С ПОМОЩЬЮ

- 1) Биоэмпидансного анализа
- 2) Опросников и шкал
- 3) Оценки скорости походки
- 4) Теста со стулом «Встань и иди»

14. ПАЦИЕНТЫ, НАБРАВШИЕ ПО ШКАЛЕ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА» 2 БАЛЛА И ИМЕЮЩИЕ СНИЖЕНИЕ СЛУХА И ЗРЕНИЯ, НАПРАВЛЯЮТСЯ К

- 1) Врачу-терапевту участковому для коррекции гериатрических синдромов
- 2) Врачу-гериатру для коррекции гериатрических синдромов
- 3) Врачам-специалистам для коррекции гериатрических синдромов
- 4) В медико-социальное отделение для диспансерного наблюдения

15. ПАЦИЕНТОВ, НАБРАВШИХ ПО ШКАЛЕ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА» 3-4

БАЛЛА, НАПРАВЛЯЮТСЯ К

- 1) Врачу-терапевту участковому для коррекции гериатрических синдромов
- 2) Врачу-гериатру для коррекции гериатрических синдромов
- 3) Врачам-специалистам для коррекции гериатрических синдромов
- 4) Врачу-гериатру для выявления показаний для комплексной гериатрической оценки

16. КАКОЙ ТЕСТ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОВОДЯТ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ОТВЕТЕ НА ВОПРОС ШКАЛЫ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА» О КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ

- 1) Тест рисования часов
- 2) Тест Мини-Ког
- 3) Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA тест)
- 4) Краткую шкалу оценки психического статуса

17. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ – ЭТО СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1) Прием лекарственных препаратов
- 2) Прием пищи
- 3) Манипуляции с зубными протезами
- 4) Подъем по лестнице

18. БАЗОВАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ – ЭТО СПОСОБНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1) Прием лекарственных препаратов
- 2) Пользование телефоном
- 3) Покупки в магазине
- 4) Прием пищи

19. АКТИВНОСТЬ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) Индекс Бартела
- 2) Тест оценки физического функционирования
- 3) Шкала Лоутона
- 4) Теста «Встань и иди»

20. ИНСТРУМЕНТАЛЬНУЮ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ

ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) Индекса Бартела
- 2) Теста оценки физического функционирования
- 3) Шкалы Лоутона
- 4) Теста «Встань и иди»

21. К ГЕРИАТРИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ ОТНОСЯТ

- 1) Делирий
- 2) Деменция
- 3) Катаракта
- 4) Остеоартрит

22. ДЛЯ САРКОПЕНИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Снижение силы мышц и массы
- 2) Снижение силы мышц
- 3) Снижение массы мышц
- 4) Уменьшение количества мышц

23. ПОЛИПРАГМАЗИЯ – ЭТО ОДНОМОМЕНТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПАЦИЕНТУ БОЛЕЕ ПРЕПАРАТОВ И БОЛЕЕ ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 5
- 4) 7

24. СКРИНИНГ СИМПТОМОВ ДЕЛИРИЯ ПРОВОДЯТ ЗА ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- 1) При поступлении
- 2) При выписки
- 3) Каждый день
- 4) При наличии симптомов

25. НАЛИЧИЕ ГЕМАТОМ НА ТЕЛЕ ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) о возрастном изменении сосудистой стенки
- 2) о падениях
- 3) о недостаточности витамина С
- 4) об артериальной гипертензии

26. ПРИ СНИЖЕНИИ СЛУХА ПАЦИЕНТЫ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ЛУЧШЕ СЛЫШАТ

- 1) Низкочастотные звуки
- 2) Высокочастотные звуки
- 3) Медленную речь
- 4) Шепотную речь

27. СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕ ТОЛЬКО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СИНДРОМА, НО И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) Хронических заболеваний
- 2) Нет правильного ответа
- 3) Плеторического синдрома
- 4) Сепсиса

28. СКРИНИНГ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ПРОВОДИТ

- 1) Врач-гериатр
- 2) Врач-реабилитолог
- 3) Врач-терапевт
- 4) Врач-невролог

29. ДЛЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Постепенное прогрессирование симптомов
- 2) Быстрое снижение массы тела
- 3) Резкое изменение сознания
- 4) Быстрое снижение функциональной активности

30. СКРИНИНГ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) Шкалы Лоутона

- 2) опроса по жалобам и объективному обследованию
- 3) шкалы оценки клинического состояния
- 4) шкалы «Возраст не помеха»

31. ЧЕТЫРЕ ПРИНЦИПА ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- 1) Достаточность, сбалансированность, разнообразие, безопасность
- 2) Достаточность, сбалансированность, регулярность, безопасность
- 3) Достаточность, сбалансированность, регулярность, высокая кулинария
- 4) Питательность, сбалансированность, регулярность, безопасность

32. ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ РАБОТЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В РАЦИОН СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ:

- 1) семя льна
- 2) пшеничные отруби
- 3) сок капусты
- 4) чернику

33. ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЛИЯЮТ НА САМООБСЛУЖИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

- 1) Одинокое проживание
- 2) Функциональные возможности кисти
- 3) Умеренные когнитивные нарушения
- 4) Полипрагмазия

34. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) Шкалу Морсе
- 2) Краткую батарею тестов физического функционирования
- 3) Исследование уровня витамина Д
- 4) Опросник SARC-F

35. К ВНУТРЕННИМ МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- 1) Гиподинамия

- 2) Плохое освещение
- 3) Пожилой возраст
- 4) Применение бензодиазепинов

36. К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- 1) Злоупотребление алкоголя
- 2) Неровный пол
- 3) Снижение физической активности
- 4) Снижение зрения

37. К ВНУТРЕННИМ НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- 1) Женский пол
- 2) Нарушение питания
- 3) Снижение физической активности
- 4) Дефицит витамина Д

38. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ВИТАМИНА Д НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ДОЗУ ВИТАМИНА Д МЕ

- 1) 1000 – 2000
- 2) 10000
- 3) 3000
- 4) 5000

39. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЙ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1) Наследственность
- 2) Уровень образования
- 3) Уровень физической активности
- 4) Наличие животных в доме

40. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЙ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1) Наследственность

- 2) Уровень образования
- 3) Смена очков/слухового аппарата
- 4) Наличие животных в доме

41. ОПТИМАЛЬНЫМ УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д НГ/МЛ

- 1) Менее 10
- 2) 10-20
- 3) 20-30
- 4) Более 30

42. К ДОСТОВЕРНЫМ ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1) миокардит
- 2) серозный менингит
- 3) полип носа
- 4) бронхиальную астму

43. ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕТЕРПЕВАЮТ ЯЗВЫ

- 1) малой кривизны желудка
- 2) постбульбарные
- 3) луковицы двенадцатиперстной кишки
- 4) большой кривизны желудка

44. ВОЗРАСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В КИШЕЧНИКЕ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение тонуса стенки
- 2) усиление силы перистальтических сокращений
- 3) улучшение продвижения кишечного содержимого
- 4) ослабление силы перистальтических сокращений

45. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) хромоэндоскопию
- 2) быстрый уреазный тест

3) эндоскопию высокого разрешения

4) бактериоскопию кала

46. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНОГО КУРСА АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОРОТКИМ АНАМНЕЗОМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (МЕНЕЕ 5 ЛЕТ) СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)

1) 4

2) 8-12

3) 2

4) 6

47. ПРИЗНАКОМ ПОДАГРЫ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) боль в лучезапястных суставах

2) острая боль в большом пальце стопы

3) утренняя скованность в суставах кисти

4) хруст в коленных суставах

48. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

1) повышение температуры тела

2) крепитацию

3) скованность в движениях утром в течении 2 часов

4) ночные боли в суставах

49. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) хруст в суставах кисти

2) утренняя скованность суставов более 1 часа

3) боль в большом пальце стопы

4) боль в коленных и тазобедренных суставах

50. ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ НА СТАРТЕ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

1) анализа крови на кальций выпадение зубов

- 2) жалоб пациента на боли в костях
- 3) подсчёта риска переломов
- 4) по алгоритму FRAX

51. ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ В РОССИИ %

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 30-40

52. Мужчина 70 лет обратился с жалобами на припухлость и болезненность в области правой лопатки. При осмотре определяется округлое, в диаметре 2 см, опухолевидное образование, связанное с кожей, имеется пора, пальпация в этой зоне болезненна. Наиболее вероятно, что у больного

- 1) нагноившаяся атерома
- 2) лимфаденит
- 3) липома
- 4) фурункул

53. Больная 82 лет упала с кровати, почувствовала резкую боль в области тазобедренного сустава. Движения в ноге на стороне повреждения вызывают резкую боль в верхней трети бедра, в области большого вертела виден кровоподтек. Наиболее вероятно, что у больной

- 1) чрезшеечный перелом бедра
- 2) чрезвертельный перелом бедра
- 3) перелом верхней трети
- 4) диафиза бедра

54. У больной 62 лет левая молочная железа инфильтрирована, отечна, увеличена в объеме и уплотнена, кожа с участками гиперемии, имеющей неровные, языкообразные края, сосок втянут и деформирован, увеличены подмышечные лимфоузлы. Наиболее вероятно, что у больной

- 1) острый мастит
- 2) рожеподобный рак
- 3) рожистое воспаление

4) рак Педжета

55. ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) на голеньях, стопах на бедрах
- 2) на кистях
- 3) на брюшной стенке
- 4) на спине

56. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) варикозное расширение вен
- 2) диабетическая ангиопатия
- 3) облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей
- 4) диабетическая невропатия

57. ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ, ВОЗНИКШИЕ НА ПОЧВЕ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) на пальцах стоп
- 2) в области лодыжек
- 3) в области голеней
- 4) в области подколенной ямки

58. ЛАКУНАРНЫЙ (МИКРОЦИРКУЛЯРНЫЙ) ИНСУЛЬТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) угнетением сознания
- 2) наличием быстрого восстановления нарушенных функций
- 3) прогредиентным течением
- 4) менингеальным синдромом

59. НАИБОЛЕЕ ВАЖНАЯ РОЛЬ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ИГРАЕТ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- 1) дофаминергическая
- 2) ацетилхолинергическая
- 3) серотонинергическая

4) норадреналинергическая

60. ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС (ЯНИШЕВСКОГО РЕФЛЕКС) ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДОЛИ

- 1) теменной
- 2) затылочной
- 3) височной
- 4) лобной

61. ЗАМЫКАНИЕ ДУГИ РЕФЛЕКСА С СУХОЖИЛИЯ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА ПРОИСХОДИТ НА УРОВНЕ СЕГМЕНТОВ

- 1) C2-C5
- 2) C7-C8
- 3) C1-C4
- 4) C5-C6

62. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОТНОСЯТ

- 1) декомпрессию спинномозговых корешков
- 2) стеноз позвоночного канала, длительный болевой синдром, острая задержка мочеиспускания, наличие парезов и параличей
- 3) длительный болевой синдром
- 4) стеноз позвоночного канала

63. «ТАНЦУЮЩАЯ» ПОХОДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) хореи Гентингтона
- 2) болезни Альцгеймера
- 3) болезни Паркинсона
- 4) прогрессирующего надъядерного паралича

64. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нормотензивная гидроцефалия
- 2) болезнь Паркинсона
- 3) болезнь Альцгеймера

4) дисциркуляторная энцефалопатия

65. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ

1) ультразвуковой диагностики

2) реоэнцефалографии

3) ангиографии

4) компьютерной томографии

66. КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЯМИ ПО

1) передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра

2) задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра

3) медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра

67. ПРИЧИНОЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) новообразование

2) дегенеративный процесс

3) травма

4) воспаление

68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ГРИППЕ

1) пневмония

2) отит

3) острый пиелонефрит

4) острый серозный менингит

69. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

1) введение гриппозных вакцин

2) профилактический прием противовирусных препаратов

3) прием иммуностимуляторов

4) прием поливитаминных препаратов

70. ТАКТИКА ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А (H1N1), ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ МГ ОСЕЛЬТАМИВИРА 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ ДНЕЙ

- 1) 75, 5
- 2) 150, 5
- 3) 150, 10
- 4) 75, 10

71. БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ГРИПП, СЛЕДУЕТ ВЫПИСАТЬ К ТРУДУ

- 1) после исчезновения катаральных явлений гриппа
- 2) через 3 дня после нормализации температуры и исчезновения клинических проявлений через 5-6 дней от начала болезни
- 3) на фоне уменьшения клинических проявлений, через день после нормализации температуры

72. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19

- 1) одышка или затрудненное дыхание
- 2) лихорадка > 38С
- 3) кашель в ночные часы
- 4) головная боль

73. ВЫБЕРИТЕ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

- 1) спирометрия
- 2) рентгенография органов грудной клетки
- 3) пульсоксиметрия
- 4) исследование газового состава крови

74. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПОСЕЩЕНИИ ПАЦИЕНТА С ГРИППОПОДОБНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ УЧАСТКОВЫЙ ТЕРАПЕВТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РЕШАЕТ ВОПРОС

- 1) необходимость госпитализации в стационар
- 2) выбор стартовой терапии
- 3) оценка сопутствующих заболеваний

4) сроки временной нетрудоспособности

75. СРЕДНИЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ БОЛЬНЫХ ОРВИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 7–8 дней
- 2) 10–14 дней
- 3) 3–5 дней
- 4) 7-12 дней

76. ПАЦИЕНТАМ ИЗ ГРУПП РИСКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) занамивира
- 2) умифеновира
- 3) триазаверина
- 4) ингавирина

77. ПАЦИЕНТАМ, НЕ ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППАМ РИСКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА НЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) осельтамивира
- 2) умифеновира
- 3) триазаверина
- 4) ингавирина

78. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ДЕРМАТИТЫ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) мази с антибиотиками
- 2) перекиси водорода
- 3) клеола
- 4) настойки йода

79. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО

- 1) гипозестезия
- 2) эритема

- 3) шелушение
- 4) гипо- или депигментация инфильтрация

80. ПРИ ВИТИЛИГО МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ ЛЮБЫЕ УЧАСТКИ КОЖИ

- 1) правильно
- 2) неправильно

81. ВИТИЛИГО ОБЫЧНО НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, НО МОЖЕТ ЗАТЕМ РАЗВИТЬСЯ В ЛЮБОЙ ПЕРИОД ЖИЗНИ

- 1) правильно
- 2) неправильно

82. ВИТИЛИГО НЕУКЛОННО ПРОГРЕССИРУЕТ, ВПЛОТЬ ДО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС КОЖИ ВСЕГО ТЕЛА

- 1) правильно
- 2) неправильно

83. ЧАЩЕ ВСЕГО БАЗАЛИОМЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА ЛИЦЕ

- 1) правильно
- 2) неправильно

84. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ НА ЛЮБОМ УЧАСТКЕ КОЖНОГО ПОКРОВА

- 1) правильно
- 2) неправильно

85. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПАЦИЕНТУ ДИАГНОЗА «КАРБУНКУЛ» НЕОБХОДИМО

- 1) назначить амбулаторно антибиотики широкого спектра
- 2) госпитализировать больного в хирургический стационар для проведения оперативного лечения
- 3) назначить амбулаторно-местную антибактериальную терапию

86. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОАДЕНИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) противотуберкулезные препараты
- 3) глюкокортикоиды

4) широкое хирургическое иссечение

87. РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ СПИД-ИНДИКАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) правильно
- 2) неправильно

88. ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКИЕ НЕВРАЛГИИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У

- 1) детей ясельного возраста
- 2) детей дошкольного возраста
- 3) школьников
- 4) взрослых

89. ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ В АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ЛИШАЯ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ 3 И БОЛЕЕ МЕСЯЦЕВ, ЯВЛЯЮТСЯ СПИД-ИНДИКАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) правильно
- 2) неправильно

90. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО К. РЕНКЕРУ (1980):

- 1) Непрерывность, комплексность, доступность, гибкость
- 2) Доступность на платной основе
- 3) Значимость в индивидуальных случаях
- 4) Доказательность

91. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

- 1) Амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно
- 2) Только в стационарах
- 3) Только в санаторно-курортных организациях
- 4) Реабилитационных центрах

92. СКОЛЬКО ЭТАПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ:

- 1) Три

2) Четыре

3) Пять

93. В КАКИХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО- САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ:

1) Отделении неотложной помощи

2) Кабинет физиотерапии

3) на дому

4) дневной стационар

94. ПО КАКИМ ОСНОВНЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОФИЛЯМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ:

1) Кардиология, неврология, травматология и ортопедия

2) Нейрохирургический профиль

3) Только терапевтический профили

4) Без профилей

95. КАКОЙ СПЕЦИАЛИСТ ИМЕЕТ ПРАВО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА 3 ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ:

1) Врач, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

2) Только терапевт

3) Только врач стационарного звена

4) Главный врач

96. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА 3 ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1) Наличие ишемической болезни легких

2) Инфекционное заболевание

3) Лихорадка неясного генеза

4) Туберкулез в активной форме

97. СРЕДСТВА ТЕХНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1) для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

2) Только для передвижения пациентов

- 3) Для самообслуживания
- 4) В индивидуальных случаях

98. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ

- 1) при первичном инфаркте миокарда
- 2) только при неосложненном течении болезни
- 3) больным до 50-летнего возраста
- 4) по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

99. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) индивидуальной программы реабилитации инвалида
- 2) программы добровольного медицинского страхования
- 3) полиса обязательного медицинского страхования
- 4) свидетельства об инвалидности

100. НЕДОПУСТИМОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ

- 1) меглитинидов и бигуанидов
- 2) препаратов сульфанилмочевины и бигуанидов
- 3) препаратов сульфанилмочевины и меглитинидов препаратов сульфанилмочевины и тиазолидиндионов

101. К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА, ОТНОСЯТ

- 1) антиагреганты
- 2) противовоспалительные препараты
- 3) статины
- 4) антидепрессанты

102. В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОЖИЛЫХ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1) исключительно антибиотики
- 2) иммуномодуляторы в комплексе с антибиотиками

3) фитопрепараты в комплексе с антибиотиками

4) мочегонные и антибиотики

103. ПРИ ДОРСОПАТИИ ПОКАЗАНЫ ПРЕПАРАТЫ

1) антидепрессанты

2) седативные

3) НПВП

4) анаболические стероиды

104. К СРЕДСТВАМ ВЫБОРА ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

1) антагонисты кальция

2) бета-блокаторы

3) нитраты

4) аспирин

105. РИТУКСИМАБ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

1) цитостатических средств

2) иммуномодулирующих препаратов

3) нестероидных противовоспалительных средств

4) биологических таргетных препаратов

106. ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ

1) диабетической стопы

2) мозговой недостаточности

3) диабетической ретинопатии

4) микроангиопатии

107. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ДЛЯ ЕГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В СВЯЗИ С ЕГО ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И РИСКОМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) бисопролол

2) верошпирон

3) дилтиазем

4) эналаприл

108. ЧТОБЫ СВЕСТИ К МИНИМУМУ РИСК РАЗВИТИЯ ОТЕКА КВИНКЕ ПО ПРИЧИНЕ НАСЛАИВАНИЯ ЭФФЕКТОВ ИАПФ И НЕПРИЛИЗИНА, ИАПФ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТМЕНЕНЫ МИНИМУМ НА ЧАСОВ ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА

1) 36

2) 6

3) 5

4) 10

109. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, БЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮЩИМ НА ВНУТРИЧЕРЕПНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ ЯВЛЯЕТСЯ

1) каптоприл

2) моксонидин

3) спиронолактон

4) гидрохлортиазид

110. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ, НАПРАВЛЕННОМУ НА МСЭ И ПРИЗНАННОМУ ИНВАЛИДОМ, ЗАКРЫВАЕТСЯ

1) днем освидетельствования

2) днем регистрации документов в МСЭ

3) на 3-й день после освидетельствования в Бюро МСЭ

4) днем направления на МСЭ

111. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

1) отделениями реабилитации

2) бюро медико-социальной экспертизы

3) отделениями медицинской профилактики

4) санаторно-курортными учреждениями

112. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1) территориальный фонд ОМС

- 2) Федеральное медико-биологическое агентство министерство здравоохранения
- 3) бюро медико-социальной экспертизы

113. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

- 1) лечащий врач
- 2) врачебная комиссия медицинской организации
- 3) главный врач
- 4) лечащий врач и заведующий отделением

114. ПЕРВОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ В РФ ЗАНИМАЮТ

- 1) болезни нервной системы
- 2) болезни системы кровообращения
- 3) несчастные случаи, отравления и травмы
- 4) болезни органов дыхания

115. НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) тахисистолической форме
- 2) брадисистолической форме
- 3) нормосистолической форме
- 4) сочетании с ХСН

116. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1) врачебная комиссия
- 2) комиссия по трудовым спорам
- 3) заведующий отделением
- 4) главный врач

117. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩИМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ

- 1) не выдается
- 2) выдается на 3 дня

- 3) выдается на 7 дней
- 4) выдается на 10 дней

118. РАЗМЕР ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) тяжести заболевания
- 2) длительности страхового стажа
- 3) членства в профсоюзе
- 4) диагноза

119. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ, ВЫДАЁТСЯ

- 1) листок нетрудоспособности
- 2) листок нетрудоспособности, оформленный через врачебную комиссию
- 3) справка установленного образца
- 4) справка произвольной формы

120. ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ

- 1) гепато- и холангиоцеллюлярном раке
- 2) колоректальном раке
- 3) саркомах костей и мягких тканей
- 4) раке пищевода

121. К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ОТНОСЯТ

- 1) меры по устранению вредных и канцерогенных факторов внешней среды на организм человека выявление на ранних стадиях предракового заболевания и его лечение
- 2) медико-генетическое консультирование новорожденных
- 3) мероприятия, направленные на выявление злокачественных новообразований при первых клинических проявлениях

122. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) выявление и лечение предраковых заболеваний
- 2) выявление и лечение рецидивов злокачественных новообразований
- 3) меры по устранению вредных и канцерогенных факторов внешней среды на организм

человека медико-генетическое консультирование новорожденных

123. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В

- 1) легкие
- 2) кости
- 3) печень
- 4) головной мозг

124. ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сильные опиоиды
- 2) слабые опиоиды
- 3) неопиоидные анальгетики
- 4) нейролептаналгезия

125. ПЕРВИЧНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) онкологические диспансеры
- 2) кабинеты медицинской профилактики
- 3) кабинеты врача-терапевта
- 4) кабинеты раннего выявления заболеваний

126. ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ревматизм, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка, бронхиальная астма
- 2) диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода, множественные полипы желудка ревматизм, диффузный семейный полипоз, лейкоплакия пищевода

127. В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПМП) ОКАЗЫВАЕТСЯ ВО ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, КРОМЕ:

- 1) отделение ПМП при ЛПО
- 2) дома сестринского ухода
- 3) выездной патронажной службы

4) на базе хосписа Хосписа

128. СКОЛЬКО ВЫДЕЛЯЮТ УРОВНЕЙ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1) один

2) два

3) три

4) четыре

129. КТО МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬ ПАЛЛИАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

1) медицинские работники, имеющие среднее медицинское образование

2) медицинские работники любой специальности

3) медицинские работники, прошедшие обучение по оказанию такой помощи

4) медицинские работники, имеющие высшее медицинское образование

130. ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ СТАРЧЕСКАЯ КАТАРАКТА ЛЕТ И СТАРШЕ 50

1) 70

2) 40

3) 60

131. ПРИЗНАКИ НАЧАЛЬНОЙ КАТАРАКТЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1) медленного снижения остроты зрения

2) сероватого оттенка зрачка

3) невозможности очковой коррекции

4) инъекции сосудов конъюнктивы

132. НОРМЫ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ (В ММ РТ СТ)

1) 15-20

2) 16-26

3) 18-25

4) 18-28

133. ВОЗРАСТ, С КОТОРОГО НЕОБХОДИМО ЕЖЕГОДНО КОНТРОЛИРОВАТЬ

ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ЛЕТ)

- 1) 35
- 2) 45
- 3) 40
- 4) 50

134. СПОСОБЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОФТАЛЬМОТОНУСА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) пальпаторного
- 2) офтальмоскопического
- 3) тонометрического
- 4) тонографического

135. НАЧАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) снижения остроты зрения и выпадения полей зрения
- 2) уменьшения глубины передней камеры
- 3) экзофтальма
- 4) расширения и зеленоватого «свечения» зрачка

136. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СЛЕПОТЫ ПРИ ГЛАУКОМЕ

- 1) помутнение хрусталика
- 2) атрофия зрительного нерва
- 3) снижение числа фоторецепторов
- 4) изменение анатомической оси глаза

137. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГЛАУКОМЫ И ОСТРОГО ИРИДОЦИКЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) уровня внутриглазного давления
- 2) пальпаторной картины
- 3) характера нарушения зрения
- 4) характера инъекции сосудов конъюнктивы

138. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ПОВЫШЕННОМ ВНУТРИГЛАЗНОМ ДАВЛЕНИИ

- 1) назначить пилокарпин
- 2) назначить консультацию окулиста
- 3) тактика зависит от уровня внутриглазного давления
- 4) проведение суточной тонометрии

139. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕВРИТА И АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА УЧИТЫВАЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) цвета диска зрительного нерва
- 2) четкости границ диска зрительного нерва
- 3) анамнестических данных
- 4) характера нарушений зрительных функций

140. ПРИЧИНЫ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) сужения слезных точек
- 2) повышенной чувствительности роговицы
- 3) искривления носовой перегородки
- 4) выворота нижнего века

141. Для стадии 4А (вторичных заболеваний) ВИЧ-инфекции характерно:

- 1) Поверхностные бактериальные, вирусные и грибковые поражения кожи
- 2) Поражение кожи слизистых, сопровождающиеся глубокими изъязвлениями
- 3) Диссеминированный опоясывающий лишай
- 4) Обязательное присоединение легочного и внелегочного туберкулеза

142. Как долго ВИЧ сохраняет свои свойства в высушенной капле крови:

- 1) 1 сутки
- 2) 3-4 дня
- 3) До 7 суток
- 4) Более 10 суток

143. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

- 1) 124

- 2) 120
- 3) 125
- 4) 118

144. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

- 1) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА
- 2) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции
- 3) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию
- 4) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

145. Рекомендуется в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

- 1) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ
- 2) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля
- 3) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности
- 4) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

146. При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

- 1) 112
- 2) 114
- 3) 109
- 4) 118

147. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

- 1) 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата
- 2) 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата
- 3) Промыть водой
- 4) Не производить никаких действий и начать прием профилактического лечения

148. Для установления факта инфицированности ВИЧ у взрослого (без уточнения клинической стадии) достаточно:

- 1) Определение CD-4 клеток
- 2) Определение уровня иммуноглобулина
- 3) Наличие полового контакта с ВИЧ-инфицированным
- 4) Обнаружение в крови антител к ВИЧ методом иммунного блотинга

149. Генный материал ВИЧ обнаруживается после заражения:

- 1) На 7 сутки
- 2) Через 3 месяца
- 3) На 15 сутки
- 4) Через 6 месяцев

150. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

- 1) Максимальное подавление репликации ВИЧ
- 2) Полная элиминация вируса из организма
- 3) Стимуляция иммунной системы
- 4) Эффективность не доказана

151. Ведущим признаком пневмоцистной пневмонии у ВИЧ -инфицированных лиц является:

- 1) Одышка
- 2) Острое начало лихорадки
- 3) Продуктивный кашель
- 4) Боли в грудной клетке при дыхании

152. Показанием к антиретровирусной терапии является:

- 1) CD4 менее 350 клеток
- 2) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл
- 3) Наличие клинических показаний
- 4) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

153. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:

- 1) Клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- 2) Давности установленного диагноза
- 3) Уровня CD4
- 4) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

154. Препаратом выбора для лечения и профилактики пневмоцистной пневмонии является:

- 1) Амоксиклав
- 2) Рифампицин
- 3) Амфотерицин – В
- 4) Ко-тримоксазол

155. Основной причиной полной потери зрения у больных СПИДом является:

- 1) ЦМВ-инфекция
- 2) Длительное лихорадящее состояние
- 3) Туберкулез
- 4) Токсоплазмоз

156. В какие сроки рекомендуется назначать постконтактную профилактику после травмы инструментом, контаминированным ВИЧ:

- 1) Желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 48 часов после травмы
- 2) Желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 24 часов после травмы
- 3) Желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 72 часов после травмы
- 4) Назначение профилактического лечения не снижает риск инфицирования

157. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

- 1) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования
- 2) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД
- 3) Довести информацию до руководителя подразделения
- 4) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

158. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

- 1) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- 2) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- 3) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО
- 4) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД

159. Забор крови на антитела к ВИЧ в процедурном кабинете допускается:

- 1) При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность, и направления на исследование
- 2) Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего личность
- 3) При предъявлении направления на исследование
- 4) При предъявлении полиса ОМС

160. Для оценки активности репликации ВИЧ в организме инфицированного человека определяют:

- 1) Спектр антител к антигенам (белкам) ВИЧ 1, 2 типов методом иммунного блота
- 2) Показатели иммунного статуса (СД 4/СД 8 лимфоциты, иммунорегуляторный индекс) методом проточной цитометрии
- 3) Комплементарную ДНК ВИЧ (к ДНК) в лимфоцитах методом ПЦР
- 4) Определяют концентрацию РНК ВИЧ (вирусную нагрузку) методом ПЦР