

**Перечень вопросов для итоговой аттестации по специальности «терапия»
(профессиональная переподготовка) 2020 г.**

1. Атеросклероз: клиническая картина атеросклероза различных локализаций, факторы риска, виды дислипидемий, диагностика. Современная терапия нарушений липидного обмена (ESC, 2019).

2. ИБС: современная классификация, диагностика стабильной ИБС, подходы к лечению (медикаментозная терапия, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций ESC, 2018).

3. ОКС с подъемом сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций ESC, 2018. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ с подъемом сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов.

4. ОКС без подъема сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций ESC, 2018. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ без подъема сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов.

5. Артериальная гипертензия: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия с позиции Клинических рекомендаций МЗ РФ 2019г.

6. Артериальная гипертензия при беременности: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия в период беременности и лактации с позиции клинических рекомендаций МЗ РФ 2019г. и РКО, 2018г.

7. Гипертонические кризы: классификация, неотложная терапия, показания к госпитализации.

8. ХСН: определение, классификация, диагностика. Современная терапия ХСН с позиции клинических рекомендаций РКО, 2018г. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ХСН.

9. Фибрилляция предсердий: этиология, патогенез, классификация, факторы риска. Фармакологическая кардиоверсия: клиническая фармакология антиаритмических препаратов. Длительная антиаритмическая терапия: мониторируемые критерии эффективности и безопасности. Современные клинические рекомендации 2017г.

10. Фибрилляция предсердий: тромбоэмболические осложнения и их профилактика. Современная антикоагулянтная терапия (клинические рекомендации 2017г.): клиническая фармакология антикоагулянтов, применяемых при ФП, мониторируемые показатели эффективности и безопасности.

11. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника, критерии диагноза с позиции доказательной медицины. Принципы антибактериальной терапии. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, схемы.

12. Синкопальные состояния: причины, группы риска, неотложная помощь, тактика ведения пациентов с синкопе в анамнезе, диагностика, дифференциальная диагностика. (Клинические рекомендации ESC, 2018)

13. ОРВИ: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия с позиции доказательной медицины.

14. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.

15. Тяжелые формы гриппа: клиника, диагностика, тактика ведения пациентов (клинические рекомендации Российского респираторного общества)

16. Внебольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины.

17. Внутрибольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины.

18. ХОБЛ: этиология, патогенез, современная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (GOLD-2019 и МЗ РФ, 2018), реабилитация. Вопросы МСЭ.

19. Обострение ХОБЛ: этиология, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (GOLD, 2019 и МЗ РФ, 2018), реабилитация.

20. БА: этиология, патогенез, понятие о фенотипах, степени контроля над БА, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (GINA, 2019 и МЗ РФ, 2019). Вопросы МСЭ.

21. Легочная гипертензия: этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, подходы к терапии. Вопросы МСЭ.

22. ТЭЛА: факторы риска, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика (первичная в группах риска, вторичная).

23. Функциональная диспепсия: этиология, патогенез, алгоритм диагностики, дифференциальной диагностики, лечения с позиции доказательной медицины.

24. ГЭРБ: понятие, этиология, патогенез, клиника (пищеводные, внепищеводные проявления), диагностика, современная терапия (клинические рекомендации РГА).

25. Пищевод Баррета: этиология, патоморфология, клиника, диагностика, тактика ведения пациентов.

26. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика (современные методы диагностики хеликобактерной инфекции),

лечение (эрадикационная терапия – V Маастрихтское соглашение) – клиническая фармакология антисекреторных, антибактериальных препаратов.

27. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.

28. Нарушение микробиоты кишечника: современный взгляд на проблему, понятие, клиника, диагностика, современная диагностика, вопросы терапии.

29. Антибиотик-ассоциированная диарея: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Лечение *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни

30. Воспалительные заболевания кишечника - болезнь Крона: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

31. Воспалительные заболевания кишечника – неспецифический язвенный колит: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

32. Дивертикулярная болезнь кишечника: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

33. Хронический запор у взрослых: понятие, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

34. НПВП-гастроэнтеропатия: понятие, группы риска, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

35. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство желчного пузыря: патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии.

36. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство сфинктера Одди (билиарной, панкреатической порции): патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии. Показания к хирургическому лечению.

37. Неалкогольная жировая болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины (клинические рекомендации РГА, 2016).

38. Алкогольная болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины.

39. Цирроз печени: этиология, патогенез, патоморфология, клиническая классификация, клинические и лабораторные синдромы, диагностика, синдромная терапия.

40. ЖКБ: факторы риска, клиническая классификация, лечение на стадии билиарного сладжа, ведение пациентов после холецистэктомии (сроки, мониторируемые показатели, медикаментозная терапия).

41. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, современная диагностика, лечение болевого синдрома и внешнесекреторной недостаточности с позиции доказательной медицины (клинические рекомендации РГА, 2016г).

42. Сахарный диабет 2 типа: этиология, критерии диагностики, современная пероральная сахароснижающая терапия (цели, показания, противопоказания, критерии безопасности).

43. Сахарный диабет 2 типа: современная инсулинотерапия (цели, показания, критерии безопасности), вопросы самоконтроля гликемии пациентом.

44. Сахарный диабет 2 типа: микрососудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия), клиника, диагностика, лечение, профилактика.

45. Диабетическая полинейропатия: клиника, диагностика, подходы к терапии.

46. Острые осложнения СД 2 типа: кетоацидотические, гипогликемические состояния – факторы риска, клиника, диагностика, неотложная помощь.

47. Синдром гипотиреоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.

48. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.

49. Анемический синдром в практике врача-терапевта: дифференциальная диагностика. Макроцитарные (В₁₂-дефицитная, фолиеводефицитная) анемии – этиология, группы риска, клиничко-лабораторные синдромы, возможности современной лабораторной диагностики, подходы к терапии.

50. Железодифицитные состояния (ЖДС) и железодифицитная анемия: факторы риска, клиничко-лабораторные синдромы, современная диагностика, лечение, вторичная профилактика. ЖДС при беременности: тактика терапевта в прегравидарной подготовке, в период беременности.

51. Тромбоцитопении: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика терапевта.

52. Синдром лимфаденопатии в практике терапевта: этиология, алгоритм дифференциальной диагностики.

53. Инфекции мочевыводящих путей: этиология, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение в позиции доказательной медицины.

54. Хроническая болезнь почек: определение, факторы риска, диагностика, классификация, подходы к терапии, первичная и вторичная профилактика.

55. Паранеопластические синдромы: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.

56. Лихорадка неясного генеза: понятие, этиология, дифференциальная диагностика, современный алгоритм обследования.

57. Остеоартрит: понятие, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению, показания к хирургическому лечению. Возможности реабилитации.

58. Подагра: диагностические критерии, клинические формы, современный алгоритм диагностики и лечения.

Перечень тестовых заданий для итоговой аттестации по специальности «терапия»

1. Для установления диагноза II стадии гипертонической болезни необходимо:

- А. отсутствие поражения органов-мишеней;
- Б. наличие поражения органов-мишеней;
- В. наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней

2. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- А. коронаролитический;
- Б. снижение уровня мочевой кислоты в крови;
- В. диуретический.

3. Перечислите признаки ЭКГ, наиболее характерные для больных гипертонической болезнью:

- А. остроконечный зубец Р в отведениях II, III;
- Б. гипертрофия левого желудочка;
- В. блокада правой ножки пучка Гиса;
- Г. уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.

4. Причинами вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- А. поражение мелких сосудов коронарных артерий;
- Б. спазм крупной коронарной артерии;
- В. спазм мелких сосудов коронарной артерии;

Г. тромбоз коронарной артерии.

5. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: Абсолютные и относительные противопоказания к назначению различных групп антигипертензивных препаратов (одному вопросу соответствуют один или несколько ответов)

1. тиазидные диуретики	А - подагра
2. ИАПФ	Б - МС
3. БРА II	В - НТГ
4. в-блокаторы	Г - дислипидемии
	Д - беременность
	Е - АВ блокада 2–3 степени
	Ж - заболевания периферических артерий
	З - БА
	И - гиперкалиемия
	К - двусторонний стеноз почечных артерий
	Л - ангионевротический отек

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: стартовые суточные дозы ИАПФ, БРА II и в-АБ при ХСН (одному вопросу соответствует один ответ)

1- эналаприл	А. 1,25 мг;
2- бисопролол	Б. 2 мг;
3- кандесартан	В. 5 мг;
4- валсартан	Г. 12,5 мг;
5- метопролола сукцинат	Д. 40 мг;
6- периндоприл	Е. 4 мг.

7. Для внутриклеточного гемолиза наиболее характерными признаками являются:

- А. повышение прямого билирубина + желтуха
- Б. повышение непрямого билирубина + желтуха
- В. повышение прямого билирубина + свободный гемоглобин
- Г. повышение непрямого билирубина + свободный гемоглобин

8. В₁₂-дефицитная анемия характеризуется:

- А. мегалобластическим типом кроветворения
- Б. снижением числа ретикулоцитов в костном мозге и на периферии
- В. гиперхромией эритроцитов (увеличением MCH, MCV)
- Г. повышением уровня железа в сыворотке крови

9. Наиболее значимое исследование при дифференциальной диагностике микроцитарных анемий:

- А. концентрации ферритина в сыворотке крови;
- Б. пунктата костного мозга;
- В. концентрации витамина В₁₂ в сыворотке крови;
- Г. концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови;
- Д. определение абсолютного количества ретикулоцитов.

10. Установите соответствие между заболеваниями печени и их клиническими признаками:

А. Гемохроматоз	1. Постоянная утомляемость и кожный зуд
Б. Первичный билиарный цирроз	2. Диабет и участки коричневой пигментации (бронзовая кожа)
В. Болезнь Вильсона-Коновалова	3. Неврологические нарушения и коричневая пигментация по периферии радужки (кольцо Кайзера — Флейшера)

11. Установите соответствие между клиничко-лабораторными признаками и заболеваниями печени:

А. кожный зуд и повышение щелочной фосфатазы	1. аутоиммунный гепатит
Б. ревматоидный артрит, спленомегалия, варикозно расширенные вены пищевода, нормальные маркеры цитолиза и холестаза	2. синдром Жильбера
В. гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина, нормальные	3. узловая гиперплазия печени

маркеры цитолиза и холестаза	
Г. потемнение мочи, значительное повышение трансаминаз, высокий титр IgG и антител к гладкой мускулатуре	4. ПБЦ

12. Наиболее значимые диагностические тесты при дифференциальной диагностике макроцитарных анемий:

- А. концентрация ферритина в сыворотке крови;
- Б. определение количества ретикулоцитов;
- В. концентрация витамина В₁₂ в сыворотке крови;
- Г. концентрация фолиевой кислоты в сыворотке крови.

13. Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом являются:

- А. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА)
- Б. β-блокаторы
- В. Тиазидные диуретики
- Г. Антагонисты Са
- Д. α - блокаторы

14. Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как:

- А. Эпидемический зоб
- Б. Эндемический зоб
- В. Спорадический зоб
- Г. Струмит де Кервена
- Д. Диффузный токсический зоб

15. Для нарушений вентиляции легких по обструктивному типу легкой степени тяжести характерно:

- А. Показатель ЖЕЛ < 80% от должной величины.
- Б. Показатель ФЖЕЛ < 80% от должной величины.
- В. Показатель ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%
- Г. Показатель ОФВ1 < 80% от должной величины.

Д. Показатель ОФВ1 < 100% от должной величины.

16. Самые частые причины возникновения идиопатического спонтанного пневмоторакса – это:

- А. пороки развития легкого и плевры
- Б. буллезная дистрофия и эмфизема легкого (первичные, вторичные)
- В. активный и перенесенный туберкулез легких
- Г. бронхоэктатическая болезнь
- Д. бронхиальная астма.

17. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции

- А. дыхательный объем
- Б. остаточный объем дыхания
- В. жизненная емкость легких
- Г. общая емкость легких
- Д. функциональная остаточная емкость

18. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: (одному вопросу соответствует несколько ответов):

Рациональная антибиотикотерапия для амбулаторных пациентов с внебольничной пневмонией

1. Нетяжелая внебольничная пневмония у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес АМП ≥ 2 дней	А. Респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) внутрь
2. Нетяжелая внебольничная пневмония у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес АМП ≥ 2 дней	Б. Амоксициллин/клавуланат \pm макролид
	В. Макролид внутрь
	Г. Амоксициллин/сульбактам внутрь \pm макролид

	Д. Амоксициллин внутрь
--	------------------------

19. Эквивалентные дозы средние суточные дозы ингаляционных глюкокортикостероидов, применяемые для контроля бронхиальной астмы:

1. Беклометазона дипропионат (бесфреоновые ингаляторы)	А. > 250-500 мкг
2. Будесонид	Б. > 400 – 800 мкг
3. Флутиказона пропионат	В. > 250 – 500 мкг
4. Циклесонид	Г. > 400 мкг
5. Мометазона фураат	Д. > 160 – 320 мкг

20. Основные показания к назначению преднизолона при нефрите следующие, кроме:

- А) давность нефрита менее 2-х лет
- Б) наличие нефротического синдрома
- В) лекарственный нефрит
- Г) нефрит с минимальными изменениями
- Д) нефрит в терминальной стадии

21. У больных хронической болезнью почек и диареей происходит потеря главным образом

- А) калия
- Б) натрия
- В) водорода
- Г) кальция
- Д) всех указанных ионов

22. Установите соответствие между заболеванием и теми клиническими признаками, которые для него наиболее характерны

Заболевание	Признаки
А. Миеломная нефропатия	1. протеинурия от следовой до выраженной
Б. Гломерулонефрит	2. гематурия
	3. нефротический синдром
	4. канальцевые нарушения

23. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. Наиболее вероятной причиной дисфагии является:

- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода
- б) гипокинезия нижнего пищеводного сфинктера
- в) рак пищевода
- г) пептическая язва пищевода
- д) аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

24. Показанием для диагностики и лечения инфекции *H. pylori* является:

- а) диспепсия неуточненной этиологии
- б) функциональная диспепсия
- в) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- г) НПВП-гастропатия
- д) все перечисленное верно

25. Какие из перечисленных симптомов НЕ характерны для гипотонической дисфункции билиарного тракта:

- а) тупые боли в правом подреберье
- б) чувство давления, распираания, усиливающиеся при наклоне туловища
- в) коликоподобные боли с иррадиацией в спину, под правую лопатку, правое плечо, усиливающиеся при глубоком вдохе
- г) тошнота, горечь во рту, вздутие живота

26. Признаками пищевода Баррета являются:

- а) язва пищевода
- б) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
- в) врожденный короткий пищевод
- г) отсутствие перистальтики пищевода
- д) щелочной пищевод

27. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером сопровождается:

- а) снижением секреции гастрина
- б) ахлоргидрией
- в) диффузной атрофией главных желез желудка
- г) развитием антрального гастрита
- д) недостаточностью кардии

28. У женщины 44 лет отмечаются: резкое увеличение размера кистей и стоп, укрупнение черт лица, головные боли, сахарный диабет. О каком заболевании идет речь?

- А. Гипоталамический синдром
- Б. Акромегалия
- В. Синдром Фрелиха
- Г. Болезнь Педжета
- Д. Ревматоидный полиартрит

29. Методом выбора лечения диффузного токсического зоба II ст. (объем железы 60 см³) средней тяжести является:

- А. Полугодовой курс терапии мерказолилом в сочетании с левотироксином
- Б. После достижения эутиреоза – предельно-субтотальная резекция щитовидной железы
- В. Полугодовой курс терапии пропилтиоурацилом
- Г. Терапия радиоактивным йодом
- Д. Терапия тиреостатиками (мерказолил, пропилтиоурацил) в сочетании с иммуномодуляторами (тималин, Т-активин, препараты растительного происхождения)

30. Универсальным базовым способом профилактики йоддефицитных заболеваний в России в настоящее время является:

- А. Йодирование хлеба
- Б. Йодирование соли
- В. Йодирование масла
- Г. Йодирование чая
- Д. Йодирование воды

31. Критерием постановки диагноза сахарного диабета является:

- А. Натощак > 5,5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки < 7,8 ммоль/л

- Б. Натощак < 6,7 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л
- В. Натощак > 7,0 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин >6,5%
- Г. Натощак > 6,1 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки > 11,1 ммоль/л
- Д. Ничего из представленного

32. Наиболее достоверными критериями диагностики ГЛЖ по данным ЭКГ являются:

- А. ЭОС нормальная. $R V4 > R V5$
- Б. ЭОС горизонтальная $R V4 = R V5$
- В. ЭОС отклонена влево $R V6 > R V5 > R V4$
- Г. ЭОС вертикальная $R V4 > R V5$
- Д. ЭОС отклонена вправо $R3 > R2 > R1, S1 > R1$

33. К нестабильной стенокардии относятся все, КРОМЕ:

- А. стенокардии напряжения, появившейся 2 недели назад (впервые возникшая)
- Б. стенокардии Принцметалла
- В. прогрессирующей стенокардии
- Г. приступов стенокардии в покое
- Д. стенокардии напряжения, функциональный класс – III

34. Все перечисленные нарушения ритма опасны развитием фибрилляции желудочков, КРОМЕ:

- А. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
- Б. желудочковой тахикардии
- В. частой желудочковой экстрасистолии (более 10 экстрасистол в 1 мин)
- Г. политопных и залповых желудочковых экстрасистол
- Д. желудочковых экстрасистол типа R на T

35. Определите функциональный класс ХСН у больного с одышкой, утомляемостью, тахикардией в покое; физическая нагрузка невозможна.

- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV

36. Для стенокардии 3 ФК характерно:

- А. резко выраженное ограничение физической активности
- Б. подъем на 1 этаж
- В. выраженное ограничение физической активности
- Г. редкие приступы болей в грудной клетке в покое
- Д. боли, возникающие через 100 м

37. Какая группа препаратов абсолютно противопоказана при беременности из-за тератогенного эффекта:

- А. Антагонисты Ca^{2+}
- Б. Бета-адреноблокаторы
- В. Ингибиторы АПФ
- Г. Диуретики

38. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного является:

- А. Коронаролитический
- Б. Снижение уровня мочевой кислоты в крови
- В. Диуретический

39. Наиболее частой причиной вазоренальной гипертензии является:

- А. Неспецифический аортоартериит
- Б. Фибромышечная дисплазия
- В. Аневризмы почечных артерий
- Г. Атеросклероз почечных артерий
- Д. Тромбозы и эмболии почечных артерий

40. В норме давление в легочной артерии:

- А. не более 25 мм.рт.ст
- Б. не более 35 мм.рт.ст.
- В. не более 40 мм.рт.ст.
- Г. не более 15 мм.рт.ст.

41. Что из перечисленного является противопоказанием к проведению ЭКГ-теста с физической нагрузкой:

- А. оценка ФК стенокардии
- Б. оценка прогноза у больных и установленной ИБС
- В. острый период инфаркта миокарда (менее 48-72 часов)
- Г. обследование больного, перенесшего реваскуляризацию, в случае появления симптомов
- Д. необходимость установки параметров работы частотно-адаптивного кардиостимулятора

42. К какому классу антиаритмиков относится соталол?

- А. I классу.
- Б. II классу.
- В. III классу.
- Г. IV классу.

43. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЭКГ признаки (Одному вопросу соответствует один ответ)

1 – WPW синдром 2- синдрома врожденного удлинения интервала QT	А. Продолжительность интервала PQ менее 0,12 сек, наличие дельта волны. Б. Блокада правой ветви пучка Гиса с элевацией сегмента ST в отведениях VI-V2. В. Продолжительность интервала QT (корригированный) более 0,44-0,46 сек. Г. Продолжительность интервала QT менее 0,12 сек, отсутствие дельта волны.
---	---

44. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: между следующими маркерами некроза миокарда пиком их концентрации (Одному вопросу соответствует один ответ).

1. КФК-МВ 2. Тропонин-Т 3. Миоглобин	а) 12ч б) 6ч в) 24ч
--	---------------------------

45. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: между маркерами некроза миокарда и временем их возвращения к норме (Одному вопросу соответствует один ответ).

1. миоглобин	а) 72 часа
2. тропонин Т	б) 7-14 суток
3. КФК-МВ	в) 48 часов

46. Основной вид лечения больных В₁₂-дефицитной анемией:

- А. Инъекции эритропоэтина.
- Б. Введение анаболических стероидов.
- В. Терапия глюкокортикостероидами.
- Г. Трансфузии эритроцитарной массы.
- Д. Инъекции цианокобаламина.

47. Укажите основной ранний критерий эффективности терапии В₁₂-дефицитной анемии:

- А. Повышение концентрации гемоглобина.
- Б. Нормализация содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови.
- В. Полное исчезновение мегалобластов из костного мозга.
- Г. Ретикулоцитарный криз.
- Д. Гемолитический криз.

48. ЖДА средней тяжести соответствует содержанию уровня гемоглобина в крови:

- А. 120-90 г/л.
- Б. 90-70 г/л.
- В. Менее 70 г/л.
- Г. 60-40 г/л.

49. Анемия хронических заболеваний:

- А. анемия, возникающая при любом хроническом заболевании;
- Б. анемия, ассоциированная с заболеванием, в основе которого лежит острое или хроническое воспаление, включая опухолевые заболевания;

В. анемия, возникающая при хронических заболеваниях, сопровождающихся кровотечением.

50. Анемию хронических заболеваний дифференцируют с другими заболеваниями крови:

- А. ЖДА;
- Б. В₁₂-дефицитной анемией;
- В. фолиеводефицитной анемией;
- Г. миелодиспластическим синдромом;
- Д. гемолитической анемией.

51. Симптомы сидеропенического синдрома:

- А. ломкость, истончение, деформация ногтевых пластин (койлонихии);
- Б. диффузная меланодермия (гиперпигментация);
- В. трещины в углах рта (хейлит), ангулярный стоматит;
- Г. *pica Chlorotica*;
- Д. мышечный гипертонус.

52. При ЖДА относительное/абсолютное число ретикулоцитов (до начала терапии препаратами железа):

- А. нормальное
- Б. повышено
- В. снижено

53. Положительный бронходилатационный тест при проведении спирометрии:

- А. Прирост ОФВ₁ > 150 мл
- Б. Прирост ОФВ₁ > 200 мл
- В. Прирост ОФВ₁ > 12% д.в.
- Г. Прирост ОФВ₁ > 15% д.в. и > 150 мл.
- Д. Прирост ОФВ₁ > 12% д.в. и > 200 мл.

54. Какой микроорганизм не может является возбудителем внебольничной пневмонии:

- А. *Mycoplasma pneumoniae*
- Б. *Staphylococcus epidermidis*
- В. *Haemophilus influenzae*
- Г. *Streptococcus pneumoniae*

Д. Legionella pneumonia

55. К жалобам, наиболее характерным у больных с бронхоэктатической болезнью, относятся все перечисленные, кроме

- А. Кашля с выделением мокроты, преимущественно по утрам, нередко "полным ртом"
- Б. Связи приступов кашля с переменной положением тела
- В. Отделения слизисто-гноной мокроты, нередко с неприятным запахом
- Г. Тупых болей в груди соответственно локализации поражения
- Д. Экспираторной одышки

56. Сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление легочного рисунка) после перенесенной пневмонии:

- А. Являются показанием для пролонгирования антибактериальной терапии.
- Б. Являются показанием для повторного курса антибиотикотерапии другого класса.
- В. Могут наблюдаться в течение 1-2 месяцев после перенесенной внебольничной пневмонии.
- Г. Рентгенологические изменения, как правило, разрешаются параллельно с клинической картиной.
- Д. Могут наблюдаться в течение 3-4 месяцев после перенесенной внебольничной пневмонии.

57. Установите соответствие между заболеванием и наиболее адекватным назначаемым лечением

Заболевание	Лечение
А. Диабетическая нефропатия	1. урикостатики (аллопуринол)
Б. Подагрическая нефропатия	2. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	3. цитостатики
	4. высокобелковая диета
	5. низкобелковая диета

58. Установите соответствие между заболеванием и теми клиническими признаками, которые для него наиболее характерны

Заболевание	Признаки
-------------	----------

А. Хронический пиелонефрит	1. часто развивается на фоне системных заболеваний
Б. Хронический гломерулонефрит	2. часто развивается в детском возрасте
	3. возникает на фоне нарушения уродинамики
	4. часто развивается во время беременности
	5. часто двухсторонний

59. Клиника дискинезии толстой кишки выражается:

- а) Запорами
- б) Поносами
- в) Болями
- г) Вздутием живота
- д) Всеми четырьмя признаками

60. Ранним (манифестирующим) признаком первичного билиарного цирроза печени обычно является:

- а) Асцит
- б) Кожный зуд
- в) Варикозно-расширенные вены
- г) Желтуха
- д) Спленомегалия

61. К развитию синдрома Мэллори — Вейсса может привести:

- а) Синдром мальабсорбции
- б) Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- в) Отравление алкоголем
- г) Синдром раздраженной толстой кишки
- д) Прием противовоспалительных нестероидных средств

62. К проявлениям диабетической микроангиопатии относится:

- А. Поражение магистральных сосудов конечностей
- Б. Поражение сосудов глазного дна /ретинопатия/

- В. Поражение церебральных сосудов,
- Г. Поражение коронарных сосудов,
- Д. Все перечисленное

63. Что из перечисленного ниже является характерной причиной незначительного повышения уровня аминотрансфераз (менее чем в пять раз выше верхнего контрольного значения)?

- а) Острый вирусный гепатит
- б) Ишемическое повреждение печени
- в) Передозировка парацетамола
- г) Хронический вирусный гепатит

64. Какое из следующих утверждений о биопсии печени является правильным?

- а) Это единственный доступный метод, позволяющий определить причину заболевания печени.
- б) Она преимущественно используется для определения стадии заболевания печени.
- в) Она связана с высоким риском серьезных осложнений.
- г) Эта процедура позволяет диагностировать цирроз печени у пациентов с хроническими заболеваниями печени при наличии признаков портальной гипертензии.

65. Какие изменения уровней тиреоидных гормонов и ТТГ характерны для субклинического гипотиреоза?

- А. Т₃ – повышен; Т₄ – в норме; ТТГ – в норме.
- Б. Т₃ – в норме; Т₄ – в норме; ТТГ – повышен
- В. Т₃ – повышен; Т₄ – повышен; ТТГ – повышен
- Г. Т₃ – подавлен (снижен); Т₄ – подавлен (понижен); ТТГ – существенно повышен
- Д. Т₃ – в норме; Т₄ – повышен; ТТГ – в норме.

66. Зобом является:

- А. Хорошо пальпируемая щитовидная железа
- Б. Заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
- В. Заболевание щитовидной железы, осложнившееся компрессией трахеи
- Г. Увеличение объема щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
- Д. Пальпируемое узловое образование щитовидной железы

67. При отсутствии клинических симптомов диабета в каких случаях рекомендуется проведение орального глюкозо-толерантного теста?

- А. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 6,1 ммоль/л
- Б. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 5,5 ммоль/л, но не выше 6,1 ммоль/л
- В. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 5,6 ммоль/л, но не выше 6,9 ммоль/л
- Г. При повышении глюкозы венозной плазмы натощак более 6,7 ммоль/л, но не выше 7,8 ммоль/л
- Д. В любом случае

68. Препаратом выбора лечения тучных больных с сахарным диабетом 2 типа без осложнений является:

- А. Инсулин
- Б. Метформин
- В. Гликвидон
- Г. Глибенкламид
- Д. Все перечисленное неверно

69. Ожирение диагностируется при ИМТ равным и более:

- А. 14,9 кг/м²
- Б. 18,1 кг/м²
- В. 25,9 кг/м²
- Г. 30,0 кг/м²
- Д. 40,0 кг/м²

70. Холодный узел в щитовидной железе – это:

- А. узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп ^{99m}Tc
- Б. узел, который поглощает ^{99m}Tc после стимуляции тиреотропным гормоном
- В. узел, который поглощает ^{99m}Tc так же, как и окружающая ткань
- Г. эктопированная ткань щитовидной железы
- Д. узел, который не поглощает изотоп

71. С-пептид является:

- А. Маркером компенсации сахарного диабета,
- Б. Контринсулярным гормоном,
- В. Показателем секреции инсулина,

- Г. Маркером сахарного диабета 2 типа,
- Д. Показателем активности воспалительного процесса

72. Секреция альдостерона при синдроме Конна:

- А. Значительно повышена
- Б. Увеличена незначительно
- В. Не изменена
- Г. Незначительно снижена
- Д. Значительно снижена

73. Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает:

- А. нарушение менструального цикла
- Б. тиреотоксикоз
- В. брадикардию
- Г. бесплодие
- Д. электролитные сдвиги

74. К прямым антикоагулянтам относятся:

- А. гепарин
- Б. эноксапарин
- В. варфарин
- Г. клопидогрель (плавикс)
- Д. аспирин

75. Причины фибрилляции предсердий:

- А. гипотиреоз
- Б. кардиомиопатия
- В. митральный стеноз
- Г. пролапс митрального клапана 1 ст.
- Д. тиреотоксикоз

76. Наиболее характерные ЭКГ-признаки фибрилляции предсердий:

- А. отсутствие зубца "P"
- Б. наличие волн "f"
- В. регулярность желудочковых комплексов (одинаковые "RR")

Г. нерегулярность желудочковых комплексов (разные "RR")

Д. зубцы "P" перед каждым комплексом QRS

77. Хирургическое лечение аритмий используется при:

А. желудочковой тахикардии, связанной с наличием аневризмы ЛЖ

Б. желудочковой экстрасистолии I класса по классификации Lown

В. фибрилляции предсердий, рефрактерной к медикаментозной терапии

Г. бессимптомных суправентрикулярных нарушениях ритма

78. Основными предрасполагающими факторами развития инфекционного эндокардита являются:

А. Изменения клапанного аппарата сердца

Б. Ишемическая болезнь сердца

В. Дефект межжелудочковой перегородки

Г. Гипертоническая болезнь

Д. Дефект межпредсердной перегородки

79. При каких заболеваниях встречаются приступы Морганьи-Эдамса-Стокса?

А. желудочковая экстрасистолия;

Б. фибрилляция желудочков;

Г. мерцательная аритмия;

Д. атриовентрикулярная блокада.

80. Какие признаки характерны для синдрома слабости синусового узла?

А. желудочковые экстрасистолы;

Б. синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;

В. атриовентрикулярная блокада.

81. Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным?

А. кардиогенный шок;

Б. отек легких;

В. фибрилляция желудочков;

Г. разрыв сердца;

Д. асистолия.

82. В настоящее время алкогольная болезнь печени рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, проявляющаяся тремя основными формами – стеатозом печени (А), гепатитом (острый (Б) и хронический) и циррозом печени (В). Установите соответствие между клиническими, лабораторными показателями и формой алкогольного поражения печени.

Форма алкогольного поражения печени	Клинические и лабораторные показатели
А. Стеатоз печени	1. Слабость, анорексия, похудение, желтуха, печень (увеличена, нормальная или уменьшена), спленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода
Б. Острый гепатит	2. \uparrow АСТ $>$ АЛТ, \uparrow ГГТП, гипоальбуминемия, удлинение протромбинового времени, \downarrow К, \uparrow креатенина
В. Цирроз печени	3. Функциональные печеночные тесты нормальные или незначительное \uparrow АСТ $>$ АЛТ, \uparrow ГГТП
	4. Выраженная слабость, анорексия, увеличение печени, лихорадка, асцит, энцефалопатия, полиневропатии, похудение
	5. Обычно бессимптомно, увеличение печени, дискомфорт, боль в правом верхнем квадранте живота
	6. \uparrow Биллирубин, \uparrow АСТ $>$ АЛТ, \uparrow ГГТП, \uparrow ЩФ, удлинение протромбинового времени, тромбоцитопения, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия.

83. Установите соответствие между заболеваниями и их осложнениями:

А. Гемохроматоз	1. Холангиокарцинома
Б. Недостаточность α -1 антитрипсина	2. Цирроз, диабет
В. Первичный склерозирующий холангит	3. Цирроз
Г. Первичный билиарный цирроз	4. Эмфизема

84. Аускультативными признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются:

- А. ослабление I и II тонов сердца;
- Б. четвертый тон;
- В. аортальный тон изгнания;
- Г. систолический и протодиастолический шум;
- Д. все перечисленное.

85. Фуросемид оказывает следующие эффекты:

- А. обладает венодилатирующим свойством;
- Б. увеличивает диурез;
- В. увеличивает хлорурез;
- Г. увеличивает натрийурез;
- Д. все ответы верные.

86. Больной 68 лет госпитализирован с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». Во время осмотра потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца - глухие, ритмичные. ЧСС=180 в мин. АД=80/40 мм.рт.ст. Пульс слабого наполнения. На ЭКГ - широкие желудочковые комплексы по 0, 18 с, неправильной формы. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- А. фибрилляция желудочков;
- Б. желудочковая экстрасистолия;
- В. узловая тахикардия;
- Г. частичная атриовентрикулярная блокада;
- Д. желудочковая тахикардия.

87. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: Эффективные суточные дозы антиаритмических препаратов (Одному вопросу соответствует один ответ):

1 - этацизин	А. 75-150 мг.
2- аллапинин	Б. 150-200мг.
3- соталол	В. 600-800мг.
4 – амиодарон (после периода насыщения)	Г. 1200-1400мг. Д. 160-320 мг
5- пропрафенон	Е. 450-900 мг

88. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: Влияние антиаритмических препаратов на продолжительность интервала QT (Одному вопросу соответствует один ответ или несколько ответов):

1 - увеличивают	А. Амиодарон.
2- уменьшают	Б. Дигоксин. В. Новокаинамид. Г. Соталол.

89. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: форма фибрилляции предсердий и их характеристика. (Одному вопросу соответствует один ответ)

1. Персистирующая	<p>А- предшествующие попытки кардиоверсии или кардиохирургического лечения неэффективны</p> <p>Б - длительность более 7 суток, для устранения необходима кардиоверсия (медикаментозная или электрическая)</p> <p>В- любой впервые установленный эпизод ФП независимо от длительности и тяжести симптомов</p> <p>Д-длительность до 7 суток, самопроизвольное восстановление синусового ритма обычно в сроки до 48 часов</p>
2. Впервые выявленная	
3. Постоянная (перманентная)	
4. Пароксизмальная	

90. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: факторы риска тромбозмболических осложнений и риска кровотечений при фибрилляции предсердий (Одному вопросу соответствуют несколько ответов).

1. риск тромбозмболических осложнений	А- возраст старше 75 лет
2. риск кровотечений	Б – АГ
	В- СД
	Г- ТИА/ОНМК в анамнезе
	Д- женский пол
	Е-нарушение функции почек, печени

91. Наиболее значимые тесты для дифференциальной диагностики нормоцитарной анемии:

- А. содержание железа в сыворотке крови;
- Б. сывороточный ферритин;
- В. концентрация витамина В₁₂ в сыворотке крови;
- Г. концентрация фолиевой кислоты в сыворотке крови;
- Д. определение абсолютного количества ретикулоцитов.

92. Причины возникновения ЖДА:

- А. острая массивная кровопотеря;
- Б. хроническая кровопотеря;
- В. беременность;
- Г. алиментарный дефицит.

93. Клинические проявления ЖДА:

- А. нормо-/макроцитарная анемия различной степени тяжести;
- Б. нормо-/микроцитарная анемия различной степени тяжести;
- В. симптомы сидеропенического синдрома;
- Г. симптомы заболевания, приведшего к абсолютному дефициту железа.

94. Лабораторные показатели, характерные для ЖДА:

- А. Нь 40 г/л, RBC $0,98 \times 10^{12}/л$, Ht 0,11, Rt 24%, MCV 118, MCH 40;
- Б. Нь 100 г/л, RBC $4,9 \times 10^{12}/л$, MCV 66, MCH 20;
- В. ферритин сыворотки крови 5 мкг/л;

Г. общая железосвязывающая способность сыворотки крови 46 мкмоль/л.

95. Причины возникновения В₁₂-дефицитной анемии:

- А. атрофический гастрит;
- Б. гастрэктомия;
- В. дивертикулярная болезнь толстого кишечника;
- Г. алиментарная (пищевой дефицит овощей и фруктов).

96. Клинические проявления В₁₂-дефицитной анемии:

- А. нормо-/макроцитарная анемия различной степени тяжести;
- Б. нормо-/микроцитарная анемия различной степени тяжести;
- В. тромбоцитопения с геморрагическим синдромом;
- Г. глоссит;
- Д. поражение нервной системы по типу полиневрита с присоединением симптомов поражения спинного мозга.

97. Лабораторные проявления В₁₂-дефицитной анемии:

- А. Hb 40 г/л, RBC $0,98 \times 10^{12}/л$, Ht 0,11, Rt 24%, MCV 118 фл, MCH 40;
- Б. Hb 100 г/л, RBC $4,9 \times 10^{12}/л$, MCV 66 фл, MCH 20;
- В. концентрация витамина В₁₂ в сыворотке крови 150 пг/л;
- Г. ферритин сыворотки 35 нг/мл.
- Д. концентрация витамина В₁₂ в сыворотке крови 410 пг/л.

98. Лабораторные проявления фолиеводефицитной анемии:

- А. Hb 57 г/л, RBC $1,6 \times 10^{12}/л$, MCV 108, MCH 34,7;
- Б. Hb 100 г/л, RBC $4,9 \times 10^{12}/л$, MCV 66, MCH 20;
- В. концентрация ферритина в сыворотке 15 нг/мл;
- Г. концентрация витамина В₁₂ в сыворотке 180 нг/мл;
- Д. концентрация фолиевой кислоты в сыворотке крови 0,8 нг/мл.

99. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: наиболее характерные клинические признаки для предложенных нозологий.

(одному вопросу соответствует несколько ответов, ответы могут быть правильны для двух состояний или ни соответствовать ни одному):

1. Внебольничная пневмония	А. очаговая инфильтрация легочной ткани по данным рентгенографии
2. Обострение ХОБЛ	Б. усиление кашля и/или увеличение количества мокроты;
	В. фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного зв;
	Г. ослабленное дыхание, рассеянные сухие, свистящие хрипы
	Д. ОФВ1 < 80% от д.в., ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%

100. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: (одному вопросу соответствует один или несколько ответов):

1. Пациенту с подтвержденной внебольничной пневмонией показано амбулаторное лечение	А. Мужчина – 56 лет, ЧД – 26, АД – 152/90 мм рт.ст, ЧСС – 102 в мин., температура – 39.0°C, сознание ясное
2. Пациенту с подтвержденной внебольничной пневмонией показана госпитализация	Б. Женщина – 43 года, ЧД – 22, АД – 90/60 мм рт.ст., ЧСС – 92 в мин., температура – 38.3°C, сознание ясное.
	В. Мужчина – 31 год, ЧД – 30, АД – 88/66, ЧСС – 120, температура – 39.2°C, сознание ясное
	Г. Женщина – 65 лет, ЧД – 24, АД – 146/78, ЧСС – 78 в мин., температура – 38.4°C, сознание ясное

101. Принципы медикаментозной терапии больных ХОБЛ стабильного течения
УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ: (одному вопросу соответствует один вариант ответа):

1. Тиотропиум	А. Достоверно улучшает ОФВ1, длительность действия 12 часов, время начала через 5-7 мин., снижает частоту обострений, не влияя на смертность при ХОБЛ
---------------	---

2.Формотерол	Б. Достоверно улучшает ОФВ1, длительность действия 12 часов, время начала через 30-45 мин., снижает частоту обострений, не влияя на смертность при ХОБЛ
3.Индакатерол	В. Достоверно улучшает ОФВ1, длительность действия 24 часа, снижает частоту обострений, не влияя на смертность при ХОБЛ
4.Сальметерол	Г. Достоверно улучшает ОФВ1, длительность действия 24 часа, снижает частоту обострений, снижает общую смертность при ХОБЛ

102. В процессе фильтрации крови в почечных клубочках в норме проникновению белков в мочу препятствует:

- А) малый размер фильтрационных пор
- Б) отрицательный заряд эндотелия, базальной мембраны и подоцитов
- В) низкий уровень онкотического давления плазмы
- Г) справедливо А и Б
- Д) справедливо А и В

103. Стойкая гипостенурия отражает:

- А) нарушение способности почек к концентрированию мочи
- Б) нарушение способности почек к разведению мочи
- В) нарушение способности почек к концентрированию и разведению мочи
- Г) все выше перечисленное
- Д) ничего из перечисленного выше

104. Какое из перечисленных заболеваний является наименее вероятной причиной нефротического синдрома?

- А) гломерулонефрит
- Б) поликистоз почек
- В) тромбоз почечных вен
- Г) волчаночный нефрит
- Д) диабетическая нефропатия

105. К развитию синдрома Мэллори — Вейсса может привести:

- а) Синдром мальабсорбции
- б) Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

- в) Отравление алкоголем
- г) Синдром раздраженной толстой кишки
- д) Прием противовоспалительных нестероидных средств

106. Что из перечисленного ниже является характерной причиной незначительного повышения уровня aminotransferaz (менее чем в пять раз выше верхнего контрольного значения)?

- а) Острый вирусный гепатит
- б) Ишемическое повреждение печени
- в) Передозировка парацетамола
- г) Хронический вирусный гепатит

107. Какое из следующих утверждений о биопсии печени является правильным?

- а) Это единственный доступный метод, позволяющий определить причину заболевания печени.
- б) Она преимущественно используется для определения стадии заболевания печени.
- в) Она связана с высоким риском серьезных осложнений.
- г) Эта процедура позволяет диагностировать цирроз печени у пациентов с хроническими заболеваниями печени при наличии признаков портальной гипертензии.

108. К вам направили 55-летнего мужчину из-за отклонения от нормы уровня aminotransferaz (АЛТ выше, чем АСТ, и оба показателя в два-три раза выше верхнего контрольного значения). Его серологический анализ показал следующее: HBsAg — положительная реакция; Anti-HBsAb — отрицательная реакция; HBeAg — отрицательная реакция; Anti-HBeAb — положительная реакция; Anti-HBcAb — положительная реакция; билирубин, ЩФ и ГГТП — в норме. Ультразвуковое исследование печени показало диффузное заболевание печени без признаков портальной гипертензии. Что вам следует предпринять дальше?

- а) Необходимо искать другие причины заболевания печени, поскольку такие серологические показатели сопоставимы с излеченной инфекцией вируса гепатита В.
- б) Пациенту требуется немедленное лечение, поскольку его серологические признаки указывают на острый гепатит В.
- в) Необходимо оценить уровень IgM anti-HBc и ДНК вируса гепатита В.

г) Сделать биопсию печени.

109. Установите соответствие между заболеванием и «золотым стандартом» его диагностики:

А. Хронический панкреатит	1. УЗИ
Б. Желчнокаменная болезнь	2. Компьютерная томография
В. Первичный билиарный цирроз	3. Эндоскопия с морфологическим исследованием
Г. Язвенный колит	4. Биопсия печени

110. Установите соответствие между возможными кожными проявлениями и заболеваниями желудочно-кишечного тракта:

А. Острый панкреатит	1. Узловая эритема
Б. Болезнь Крона	2. Гангренозная пиодермия
В. Аденокарцинома желудка	3. Черный акантоз
Г. Язвенный колит	4. Узловой жировой некроз
Д. Целиакия	5. Герпетиформный дерматит

111. Каким будет Ваше заключение при обнаружении у пациента с помощью УЗИ щитовидной железы гипозоногенной структуры в левой доле диаметром 2 мм (объем щитовидной железы и уровни тиреоидных гормонов в норме)

А. Практически здоров

Б. Эндемический зоб

В. Узловой эутиреоидных зоб

Г. Зоб II

Д. Солитарный узел левой доли щитовидной железы (показана пункционная биопсия узлового образования)

112. Для субклинического тиреотоксикоза характерны следующие изменения уровней тиреоидных гормонов и ТТГ:

А. Т₃ – повышен; Т₄ – в норме; ТТГ – в норме.

Б. Т₃ – в норме; Т₄ – в норме; ТТГ – подавлен (снижен).

В. Т₃ – повышен; Т₄ – повышен; ТТГ – подавлен (снижен).

Г. Т₃ – повышен; Т₄ – повышен; ТТГ – в норме.

Д. Т₃ – в норме; Т₄ – повышен; ТТГ – в норме.

113. Действие какого из сахароснижающих препаратов направлено на снижение инсулинорезистентности?

- А. Манинил
- Б. Сиофор
- В. Глюренорм
- Г. Новонорм
- Д. Диабетон МВ

114. Исследование тироглобулина в крови показано для диагностики:

- А. Диффузного токсического зоба в сомнительных случаях у пожилых
- Б. Дифференциальной диагностики первичного и вторичного гипотироза
- В. Метастазов высокодифференцированных раков щитовидной железы после удаления щитовидной железы
- Г. Аутоиммунного тиреоидита Хашимото у беременных в III триместре
- Д. Эндемического (йоддефицитного) зоба в регионах с медианой йодурии 50 мкг/л

115. Тестом первого уровня в диагностике первичного гипотиреоза является:

- А. Определение уровня свободного тироксина
- Б. Определение уровня общего тироксина
- В. Определение уровня ТТГ
- Г. Определение уровня тироксин-связывающего глобулина
- Д. Определение уровня трийодтиронина

116. Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом?

- А. Направить в санаторий на бальнеологическое лечение
- Б. Начать лечение L-тироксина с малых доз
- В. Начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
- Г. Назначить мочегонные
- Д. Отказаться от лечения гипотиреоза

117. Для стадии начинающейся диабетической нефропатии характерно все, кроме:

- А. Микроальбуминурии

- Б. Гиперфльтрация или нормальная СКФ
- В. Протеинурии
- Г. Нормальное артериальное давление
- Д. Все перечисленное нехарактерно для этой стадии