

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

Балмусев
« д »

Номер внутриуниверситетского регистрационного документа



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.53

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

на заседании кафедры Терапии №1 специальностей
ПД и СД

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Суранова Г.Ж.

Суранова

«19» сентября 2025 г.

Бишкек 2025

1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	12
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	12
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	20
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	50
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	92

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

(ПК-5) - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

(ПК-8) - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Организационно-управленческая деятельность:

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.53 эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.53 эндокринология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики и в отделении эндокринологии Городской клинической больницы №1, в отделениях эндокринологии.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования больного с эндокринной патологией по следующей схеме:

- Паспортные данные
- Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы.
- Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение, лечение в прошлом, причины, причины госпитализации.
- Анамнез жизни. Заболевания, перенесенные в прошлом.
- Данные объективного обследования, содержащие сводку патологических данных по системам и органам. Клиническое описание эндокринной системы пациента. Данные обследования.
- Дополнительное исследование
- Диагноз и его обоснование
- Дифференциальный диагноз
- Лечение, рецептура
- оценка эффективности лечения.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.53 «эндокринология».

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.53. эндокринология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - эндокринолога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и при необходимости обследование больного (сахар крови, неврологические тесты, функциональные пробы). Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые практические умения и навыки обследования больного;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организует необходимую и адекватную эндокринологическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования эндокринологических больных, методикой экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе эндокринологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций, отлично интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Хорошо выполняет необходимые практические умения и навыки обследования больного;
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические и лечебные манипуляции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организует необходимую и адекватную эндокринологическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования эндокринологических больных, методикой экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе эндокринологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций, хорошо интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые практические умения и навыки обследования больного
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические и лечебные манипуляции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организывает необходимую и адекватную эндокринологическую помощь при эндокринных заболеваниях;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования эндокринологических больных, методикой экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе эндокринологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций, Слабо интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам эндокринологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников,

неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает глубокие и знания ординатора по следующим вопросам, и если при ответе, продемонстрирована логичность и последовательность ответа:

- причины возникновения патологических процессов в железах внутренней секреции,
- современные методы обследования в эндокринологии
- основные группы лекарственных препаратов, применяемых в эндокринологии
- основы рационального питания здорового и больного организма, принципы диетотерапии у эндокринологических больных
- классификацию, этиопатогенез, клинику, диагностику и прогноз всех эндокринных болезней.
- лечение всех эндокринных заболеваний в условиях поликлиники и стационара, показания к госпитализации
- первичную, вторичную и третичную профилактику эндокринных заболеваний. Профилактику рецидивов эндокринных заболеваний.
- основы интенсивной терапии и реанимации в эндокринологии; лечение неотложных состояний и ком в эндокринологии.
- методику обучения больных и их родителей самоконтролю при сахарном диабете и других эндокринных заболеваниях
- принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения эндокринных больных
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, ВТЭ в эндокринологии,

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий хорошие знания в вышеуказанных вопросах.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов, но допускались несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **неудовлетворительно** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Эндокринология”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-эндокринолог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-эндокринолог”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

1. Распространенность эндокринных болезней в Кыргызстане.
2. Наиболее распространенные эндокринные синдромы
3. Методики объективного обследования больного
4. Гормональное исследование при патологии каждой эндокринной железы, правила забора материала на анализы
5. УЗИ эндокринных желез, КТ и МРТ, радиоизотопные методы исследования в эндокринологии
6. Показания и методика проведения фармакологических проб, интерпретация результатов
7. Показания к амбулаторному лечению и госпитализации эндокринных больных.
8. Основные механизмы регуляции тиреоидного обмена, функции гормонов щитовидной железы.
9. Основные клинические синдромы нарушения функции щитовидной железы.
10. Лабораторные, инструментальные методы обследования и их интерпретация.
11. Классификация заболеваний щитовидной железы.
12. Основные группы препаратов в лечении патологии щитовидной железы.
13. Синдром тиреотоксикоза: заболевания, протекающие с синдромом тиреотоксикоза (болезнь Грейвса, многоузловой токсический зоб и др., дифференциальная диагностика, лечение.

14. Заболевания протекающие с деструктивным тиреотоксикозом: подострый, послеродовой, безболевого тиреоидиты, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз.
15. Гипотиреоз: этиология, патогенез, диагностика с учетом основных групп риска, понятие о субклиническом гипотиреозе, дифференцированный подход к заместительной терапии.
16. Тиреоидиты: аутоиммунный, подострый, безболевого, послеродовой, острый гнойный, цитокин-индуцированный; клиническое значение, подходы к диагностике и лечению.
17. Йододефицитные заболевания щитовидной железы: диффузные и узловые формы эутиреоидного зоба, функциональная автономия.
18. Узловой зоб и опухоли щитовидной железы. Основы дифференциальной диагностики, принципы лечения и наблюдения.
19. Эндокринная офтальмопатия: этиология, патогенез, понятие о тяжести и активности, классификация, стадии изменений различных структур глаза; подходы лечения на разных стадиях.
20. Заболевания щитовидной железы во время беременности: особенности диагностики и лечения.
21. Неотложные состояния в тиреологии: тиреотоксический криз и гипотиреозная кома.
22. Определение показаний и противопоказаний к оперативному лечению в эндокринной хирургии (токсический зоб, узловой зоб, опухоли щитовидной железы).
23. Предоперационная подготовка и критерии предоперационной компенсации тиреотоксикоза.
24. Медико-социальное значение сахарного диабета.
25. Лабораторные методы, используемые для диагностики и оценки компенсации СД (гликемия, гликированный гемоглобин, ацетонурия, С-пептид, ИРИ и пр.). Методы оценки инсулинорезистентности.
26. Генетика сахарного диабета, факторы риска всех типов сахарного диабета. Классификация сахарного диабета.
27. Сахарный диабет тип 1. Патогенез, клиника, лечение.
28. Сахарный диабет тип 2. Патогенез, клиника, лечение.
29. Современные технологии введения инсулина. Подбор инсулинотерапии. Клиническая фармакология препаратов инсулина и его аналогов. Дифференцированный выбор варианта инсулинотерапии.
30. Лечение таблетированными ССП и инсулином больных СД2. Обучение и самоконтроль при СД 2 типа.
31. Гестационный сахарный диабет и сахарный диабет у беременных. Влияние сахарного диабета на течение беременности и влияние беременности на течение сахарного диабета. Особенности лечения.
32. Другие типы СД моногенные формы СД. Гетерогенность клинической картины сахарного диабета (LADA, MODY и др.).
33. Сахарный диабет у лиц пожилого и старческого возраста.

34. Микроангиопатии при сахарном диабете. Классификация.
35. Ретинопатия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.
36. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек.
37. Диабетическая нефропатия, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
38. Синдром диабетической стопы, стопа Шарко. Классификация, клиника, лечение, профилактика.
39. Макроангиопатии при сахарном диабете. Классификация, особенности протекания инсульта, инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом.
40. Артериальная гипертензия при сахарном диабете: особенности патогенеза, течения и гипотензивной терапии в зависимости от выраженности поздних осложнений СД.
41. Дислипидемии при сахарном диабете: особенности патогенеза, диагностики и лечения. Индивидуальный выбор гиполипидемической терапии.
42. Нейропатии при сахарном диабете. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
43. Синдром диабетической стопы, диагностика, лечение
44. Патология глаза при сахарном диабете, диабетическая ретинопатия (этиология, патогенез, стадии развития, лечение); катаракта, глаукома.
45. Кетоацидотическая диабетическая кома. Патогенез, клиника, алгоритм лечения.
46. Гиперосмолярная кома при сахарном диабете. Патогенез, провоцирующие факторы, лечение, профилактика. Гипогликемический синдром. Гомеостаз глюкозы в организме. Этиопатогенез гипогликемий, причины.
47. Гипогликемическая кома у больных сахарным диабетом. Алгоритм неотложной помощи.
48. Лактацидотическая кома при сахарном диабете. Состояния и заболевания, которые способствуют молочнокислотному ацидозу. Клиника, профилактика, лечение.
49. Ведение больных СД при хирургических вмешательствах.
50. Инсулома. Диагностика. Лечение.
51. Актуальность и эпидемиология проблемы ожирения.
52. Гормоны участвующие в жировом обмене. Лабораторные методы исследования (нарушение углеводного и липидного обменов).
53. Основные этиологические факторы и критерии метаболического синдрома, лечение.
54. Классификация ожирения, клиника, диагностика, принципы лечения. Осложнения. Морбидное ожирение.
55. Гиперсекреция СТГ. Акремегалия. Гигантизм. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение.
56. Синдром низкорослости, причины, дифференциальная диагностика.

57. Синдром высокорослости, дифференциальная диагностика
58. Соматотропная недостаточность. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Заместительная терапия.
59. Гормонально–неактивные аденомы гипофиза и опухоли гипоталамуса. Диагностика.
60. Несахарный диабет, этиология, клиника, лечение.
61. Болезнь Иценко-Кушинга. Дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
62. АКТГ-эктопированный синдром, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика.
63. Экзогенный гиперкортицизм, причины, диагностика.
64. Синдром «пустого» турецкого седла. Клиника, диагностика, лечение.
65. Синдром Шиена, Этиопатогенез. Клиника. Диагностика, функциональные пробы. Лечение.
66. Гипопитуитарный криз и кома.
67. Гипергидропексичекый синдром (синдром Пархона). Клиника, лечение.
68. Дифференциальный диагноз синдрома полидипсии.
69. Синдром гиперпролактинемии. Синдром персистирующей галактореи – аменореи. Пролактинома. Дифференциальная диагностика.
70. Функциональная и лекарственная гиперпролактинемия.
71. Гипогонадотропный гипогонадизм. Диагностика. Лечение.
72. Недостаточность передней доли гипофиза. Диагностика, лечение.
73. Нейроэндокринные опухоли. Классификация. Диагностика. Лечение
74. Инновационные методы лечения заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы и опухолей аденогипофиза
75. Классификация заболеваний надпочечников
76. Методы исследования функции надпочечников. Общеклинические, гормональные, инструментальные.
77. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез основных клинических проявлений. Лечение.
78. Хроническая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез основных клинических проявлений. Лечение.
79. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
80. Инценденталомы надпочечников. Этиология и патогенез. Дифференциальная диагностика.
81. Синдром Иценко-Кушинга (кортикостерома). Дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
82. Синдромы, обусловленные гиперпродукцией гормонов коры надпочечников.
83. Феохромоцитома. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика, лечение. Катехоламиновый криз, диагностика, лечение.
84. Синдромы МЭН, клиника, диагностика, лечение
85. Гиперальдостеронизм. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

86. Аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа.
87. Аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа.
88. Синдром гиперандрогемии (надпочечникового генеза).

Классификация. Клиника. Лечение.

- Регуляция фосфорно-кальциевого обмена в организме.
 - Первичный гиперпаратиреоз. Этиология, патогенез. клиника, лечение.
 - Вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Клиника, этиология, патогенез, клиника.
 - Принципы лечения гипопаратиреоза.
 - Заболевания щитовидной железы у детей.
 - Заболевания околощитовидных желез.
 - Сахарный диабет у детей. Осложнения сахарного диабета. Неотложная помощь.
 - Нарушения обмена веществ в детском возрасте. Ожирение. Метаболический синдром.
 - Заболевания надпочечников у детей.
 - Заболевания половых желез.
 - Нарушения роста у детей.
 - Нарушение полового развития.
 - Остеопороз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика, лечение.
 - Основные формы остеопороза, дифференциальная диагностика.
 - Синдром резистентных яичников. Синдром истощения яичников.
 - Синдром гипогонадизма у мужчин.
 - Возрастной андрогенный дефицит у мужчин.
89. Климактерический синдром.
 90. Синдром поликистозных яичников.
 91. Синдром гинекомастии
 92. Синдром гиперандрогении
 93. Синдром преждевременного полового развития

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача 1

Больная С. 25 лет, предъявляет жалобы на головные боли, слабость, утомляемость, потливость, изменение внешности (увеличение носа, утолщение губ), огрубение голоса, утолщение конечностей, онемение пальцев рук, боли в суставах. Указанная симптоматика появилась в течение последних трех лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 177 см, вес 70 кг. Черты лица крупные, отмечается наличие диастемы, прогнатизма. Кожные покровы обычного цвета, влажные, множественные acne vulgaris на лице, спине. В легких дыхание везикулярное, ЧСС- 72 уд. в 1 мин, АД – 180 / 100 мм рт ст. Щитовидная железа увеличена до II ст. без узловых образований.

Вопросы: Сформулируйте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Объясните патогенез

клинических проявлений заболевания. Определите дальнейшую тактику обследования и лечения.

Задача 2

Больной 40 лет предъявляет жалобы на головные боли, выраженную слабость, тошноту, рвоту, потемнение кожных покровов, потерю веса на 5 кг за последний год, ухудшение зрения, нарушение обоняния.

Из анамнеза: Три года назад по поводу тяжелого течения болезни Иценко – Кушинга выполнена двусторонняя адреналэктомия. С тех пор находился на заместительной терапии преднизолоном 10 мг в сутки, кортинеффом 0,1 мг. При объективном осмотре: общее состояние тяжелое. Рост 178 см, вес 60 кг. Отмечается выраженная гиперпигментация кожи и слизистых. ЧСС – 96 в 1 мин, АД – 70\40 мм рт ст. В легких хрипов нет. Печень не увеличена. Живот при пальпации болезнен во всех отделах.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Объясните патогенез основных клинических проявлений заболевания 3. Определите тактику обследования и лечения

Задача 3

Больной Ч., 44 лет, поступил в клинику 3 апреля 1998 года, с жалобами на похудание на 15 кг за последние 5 лет, выраженное диффузное потемнение кожных покровов, снижение аппетита, резкую слабость, периодические мышечные и суставные боли, выраженный кожный зуд, усиливающийся во второй половине дня, выпадение волос, склонность к запорам, полную потерю работоспособности. Считает себя больным с 1993 года, когда впервые появился кожный зуд, вначале эпизодический и неинтенсивный, а с 1995 года практически постоянный. С этого же времени стал отмечать очаговое потемнение кожных покровов открытых участков тела. С 1996 года окрашивание стало диффузным. С 1997 года отмечает появление выраженной слабости, снижение аппетита, прогрессивную потерю веса, появление миалгий и артралгий, выпадение волос. Семейный анамнез - без особенностей. Из перенесенных заболеваний - пневмония в 1993 году. При поступлении состояние относительно удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения, умеренного питания, кожные покровы диффузно интенсивно окрашены в бронзово-коричневый цвет с большей выраженностью на открытых участках, места трения и ладонные складки - интенсивного коричневого цвета. Слизистые полости рта с очагами гиперпигментации. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 86 уд в мин, АД 90/60 ммHg. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах, печень у края реберной дуги, край безболезнен, селезенка не пальпируется. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно заподозрить на основании представленных данных? 2. Какие исследования позволят подтвердить или отвергнуть диагноз? 3. Какие исследования позволят выяснить этиологию заболевания? 4. Какое лечение показано пациенту при острой декомпенсации этого заболевания?

Задача 4

Пациентка Г., 43 лет, была направлена на консультацию эндокринолога из клиники общей терапии. Из анамнеза: полгода назад при диспансерном обследовании в поликлинике у пациентки было обнаружено повышение СОЭ до 35 мм/час. Каких-либо других изменений выявлено не было. С предварительным диагнозом: «Синдром повышенной СОЭ неясного генеза» пациентка направлена на обследование в клинику общей терапии. В результате обследования, которое подразумевало расширенный онкопоиск, каких-либо изменений выявлено не было. При КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено округлое образование в левом надпочечнике диаметром 1,8 см. Каких-либо другие изменения обнаружены не были. Спустя месяц СОЭ спонтанно

нормализовалась. Пациентка никогда не страдала артериальной гипертензией и ожирением. Менструации регулярные, последняя беременность 6 лет назад.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Какие эндокринные заболевания необходимо исключить у пациентки? 3. Какие исследования позволят это сделать?

4. Какова будет Ваша тактика в случае, если проведенные исследования исключат гормональную активность образования надпочечника?

5. Будет ли зависеть Ваша тактика от размера образования, в случае отсутствия у него гормональной активности?

Задача 5

Больная Р., 25 лет считает себя больной с августа 1999 года, когда стали беспокоить сердцебиение, раздражительность, отмечалась потеря массы тела на (13 кг за месяц), дрожь в руках. При гормональном исследовании был подтвержден тиреотоксикоз ТТГ – 0,08 МЕ/л, Т4 – 60,7 пмоль/л (11,5 - 23,2). При проведении УЗИ щитовидной железы объем – 18 мл, узлов нет. На фоне терапии тиамазолом (по схеме «блокируй и замещай») в течение 1,5 лет поддерживался стойкий эутиреоз. Четыре месяца назад лечение было отменено, после чего возобновились сердцебиения, раздражительность. Поступила в клинику для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост - 158 см, вес - 57 кг, индекс массы тела = 24 кг/м², кожные покровы чистые, сухие. Тоны сердца ясные, шумов нет, АД - 120/70 ммНг, ЧСС – 95 ударов в минуту. Щитовидная железа II степени увеличения, мягко-эластичная, подвижная, узловые образования не определяются, глазные симптомы – положительный Грефе. Уровень гормонов крови: ТТГ – 0,01 мЕд/л (N: 0,4 - 4,0), Т4 – 250,3 нмоль/л (N: 60 - 160). *УЗИ щитовидной железы:* Щитовидная железа расположена в типичном месте, контуры неровные, волнистые, паренхима повышенной эхогенности, в правой доле слоистая и с зонами более низкой эхогенности. Правая доля: 23 x 23 x 58 мм, левая доля: 21 x 18 x 56 мм. Объем железы: 25,8 мл.

Вопросы: 1. О каком заболевании наиболее вероятно идет речь? 2. С каким другим заболеванием, протекающим с тиреотоксикозом, его наиболее часто приходится дифференцировать? 3. Что подразумевает терапия «блокируй и замещай»? 4. Как часто следует ожидать рецидивов тиреотоксикоза после 1,5 годичного курса лечения у пациентов с диффузным токсическим зобом (болезнь Грейвса-Базедова)? 5. Какие методы лечения могут использоваться для лечения этой пациентки?

Задача 6

Больная К., 24 лет, при поступлении в клинику жаловалась на сухость кожных покровов, выпадение волос на голове. Из анамнеза: С 4 до 6 лет наблюдалась эндокринологом по поводу “узла” в щитовидной железе (УЗИ не проводилось), непродолжительное время принимала тиреоидин. Развивалась в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Менархе - с 12 лет, менструации регулярные до 18 лет, с этого возраста нарушение цикла по типу олигоменореи. Через год выявлена железодефицитная анемия. По назначению гематолога в течение 4 мес. проводилось лечение препаратами железа без эффекта. Ухудшение самочувствия – с 21г., когда стала беспокоить быстрая утомляемость, слабость, появилась сухость кожных покровов, выпадение волос.

Вопросы: 1. Определите план обследования. 2. Чем может быть обусловлена железодефицитная анемия? 3. Сформулируйте предварительный диагноз

4. Определите тактику лечения.

Задача 7

Больная Б., 56 лет, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, сухость кожи, выпадение волос на голове, запоры, постепенную прибавку в весе. Из анамнеза: Отмечает постоянную прибавку в весе с наступлением менопаузы в 44 года (на 15 кг за 10 лет). За последние годы, помимо перечисленных жалоб, стала отмечать ухудшение памяти. К

эндокринологу обратилась 4 мес. назад. После сбора анамнеза и осмотра, врач заподозрил заболевание щитовидной железы, назначил обследование:

Уровень гормонов крови: св.Т4 – 7,79 пмоль / л (11,5 – 23,0), ТТГ – 27, 09 МЕ / л (0,17 – 4,05), АТ-ТПО – 350 (до 50).

УЗИ: щитовидная железа обычно расположена. Правая доля: 2,8 x 3,2 x 6,5 см, левая доля: 2,0 x 7,5 x 5,7 см. Объем железы – 44 мл (9 – 18,0). Контуры ровные, паренхима диффузно-неоднородная, сниженной эхогенности, с участками фиброза в обеих долях.

Вопросы: 1.Сформулируйте диагноз 2. Определите тактику терапии

Задача 8

Больная 28 лет, сахарный диабет выявлен 4 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. 3 недели назад заболела ОРВИ (в течение 10 дней проводился интенсивный самоконтроль, коррекция доз препаратов). 8 дней назад у больной закончились средства самоконтроля. Пациентка вернулась к обычной суточной дозе инсулина, вводимой до болезни. Последние 5-6 дней отмечает ухудшение состояния, появление жажды, сухости, полиурии, сонливости и слабости, в связи с отсутствием средств самоконтроля менять схему вводимого инсулина отказалась. В день поступления в стационар тошнота, выраженная слабость, рвота, потеря сознания в приемном покое стационара. Объективно - сумеречное сознание, выраженная сухость кожи и слизистых, дыхание 30 в мин., шумное. Пульс – 109 в минуту, АД=75/40 мм рт ст. рН крови – 7,3; гликемия- 21 ммоль/л, калий – 3,2 ммоль/л, в моче – ацетонурия.

Вопросы: 1.Сформулируйте предположительный клинический диагноз

2.Чем обусловлена декомпенсация заболевания ? 3.Чем обусловлено изменение рН крови ? 4.Ваша тактика в первый час лечения больного

Задача 9

Больная 79 лет поступила в стационар в 13.30 в бессознательном состоянии. Из опроса родственников установлено, что болеет СД в теч. 10 лет, постоянно самостоятельно принимает манинил 5 мг, контроль гликемии проводит в поликлинике по месту учета 1 раз в 2-3 месяца, гликемия натощак от 4-9 ммоль/л., периодически определяется глюкозурия. Самостоятельно увеличила прием препарата до 4 т/день (по 2тх2 раза в день) из-за постоянной положительной глюкозурии в течение последних 6 месяцев . На протяжении последнего года отмечала значительное ухудшение памяти, часто пропускала приемы лекарств. За неделю до госпитализации начала жаловаться на слабость, приступы чувства голода, дрожь после завтрака, однако приступы были непродолжительными и проходили самостоятельно. В день поступления в стационар принимала стандартную сахароснижающую терапию, после завтрака возникло двигательное и эмоциональное возбуждение, тахикардия, больная побледнела, а затем потеряла сознание. Экстренно доставлена в стационар. Объективно: кожа влажная, тонус глазных яблок в норме, тонус мышц конечностей повышен. Дыхание 26 в минуту, ровное, АД 110/70 мм рт ст., менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы: 1.Сформулируйте предварительный клинический диагноз 2.Объясните причину потери сознания больной 3.Тактика лечения больной в отделении интенсивной терапии

Задача 10

Пациентка Д., 60 лет, предъявляет жалобы на выраженную слабость, сухость во рту, полиурию, полидипсию, повышение цифр АД до 200/100 мм рт.ст., периодически – боли в сердце давящего характера в покое и при физической нагрузке с иррадиацией в левую руку, лопатку; головокружение, снижение массы тела на 8 кг за 6 мес. Из анамнеза: сахарным диабетом страдает в течение 12 лет., на протяжении 10 лет принимает манинил 15 мг в день. Амбулаторно наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Гликемию определяла 1 раз в 2 – 3 месяца. Последняя госпитализация в стационар – 5 лет назад. При обследовании выявлено: Нв – 88г%, Эр. – 3 млн., СОЭ – 46 мм/час, креатинин – 3,6 мг/дл

(0,7-1,4), проба Реберга: фильтрация – 48 мл/мин. (88-137), реабсорбция – 70% (98-99), азот мочевины – 28 мг/дл (10-20), гликемия натощак 10 ммоль/л.

Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Определите тактику терапии.

Задача 11

У 45-ти летней женщины с приступами тахикардии, дрожи и потливости, сопровождающимися чувством голода, с головными и эпигастральными болями, при обследовании выявлена гиперкалициемия (общий кальций 15 мг/дцл при норме до 12), гликемия 2,9 ммоль/л, сужение полей зрения.

Какой диагноз из нижеперечисленных наиболее вероятен?

- А) сахарный диабет типа 2 (ранняя фаза)
- Б) синдром Вермера
- В) синдром Сиппла
- Г) язвенная болезнь

Задача 12

У 28-летней женщины бесплодие, регулярные месячные и нормальная лапароскопическая картина. Анализ спермы мужа нормальный. На 25 день менструального цикла при гормональном исследовании выявлен низкий уровень сывороточного прогестерона –2,3 нг/мл (норма 2,5-28) и задержка развития эндометрия (соответствует 20 дню цикла).

Какой вероятный диагноз?

- А) гипогонадотропный гипогонадизм
- Б) резистентность эндометрия
- В) недостаточность желтого тела

Задача 13.

Девочка 8 лет, 4 месяца.

Данные анамнеза: ребенок от 2-й, нормально протекавшей беременности и нормальных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 50 см. Росла и развивалась удовлетворительно. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раза в год, ветряная оспа в 6 лет. Прививки сделаны по возрасту. У бабушки по матери сахарный диабет 2 типа.

Больна 2 месяца. После перенесенного ОРВИ девочка стала жаловаться на жажду, повышенный аппетит, похудание, учащенное мочеиспускание. За 5 дней до госпитализации состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, рвота, сонливость, запах ацетона изо рта. Накануне госпитализации появилась одышка, многократная рвота с болями в животе, сопорозное состояние. Данные объективного осмотра. При поступлении состояние тяжелое: резкая слабость, спит, но при обращении отвечает на односложные вопросы и тут же засыпает. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Одышка. При аускультации жестковатое дыхание. Тахикардия, тоны сердца приглушены. АД 90/50 мм рт. Столба. Живот при пальпации болезненный. Печень + 1.5 см из под реберной дуги. Мочеиспускание частое, вульва гиперемирована. Данные проведенного обследования: Сахар крови 30 ммоль/л, Сахар в моче (300 мл) 5%, ацетон +++++, КОС: PH 7.1, BE – (-20).

Вопросы: 1. Поставить диагноз. 2. Продолжить обследование.

3. Назначить лечение. 4. Обосновать фазу заболевания. 5. Дать оценку показателей КОС.

Задача 14.

Девочка 12 дней. Данные анамнеза: ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности, от срочных родов. Масса тела при рождении 3600, длина 52 см. Закричала сразу, приложили к груди через 12 часов, сосала активно. Родители молодые, здоровые. Наследственность не отягощена.

При рождении обратили внимание на неправильное строение наружных половых органов: большие половые губы напоминали мошонку, клитор гипертрофирован. После выписки с 8 дня жизни у ребенка появилась рвота, которая в последние дни усилилась, девочка стала отказываться от кормления, заметно похудела. Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, вялый, продолжается рвота, тургор тканей снижен, Кожа суховата, пигментация в области сосков. Большой родничок запавший. Дыхание жестковатое. Тоны сердца умеренно приглушены. Живот мягкий, небольшая болезненность в эпигастрии. Стул 1 раз разжиженный.

Мочеиспускание редкое. Данные проведенного обследования:

Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, мочевины 6.4 ммоль/л, холестерин 4.2 ммоль/л, билирубин общий 4 мкмоль/л, калий 6.8 ммоль/л, натрий 129.0 ммоль/л, Са 2.4 ммоль/л, АлТ – 20 Ед/л.

Вопросы: 1.О каком заболевании можно думать? 2.Какой показатель подтверждает диагноз? 3.Назначить лечение. 4.С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? 5.Прогноз при неправильной диагностики этого заболевания.

Задача 15

Женщина, 65 лет, весом 55 кг, обратилась к врачу терапевту по поводу болей в поясничном отделе позвоночника, не проходящих после отдыха, снижение роста на 5 см., периодические судороги в икроножных мышцах. Из анамнеза: перелом правой лучевой кости в 55 лет при низкой энергетической травме. Хирургическая менопауза в 42 года, ЗГТ не получала. Наследственность: у матери перелом шейки бедра в 82 года.

Вопросы: Предварительный диагноз. Дополнительные методы обследования. План лечения

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной:

1. Психогенная полидипсия
2. Несахарный диабет
3. Сахарный диабет
4. Хронический пиелонефрит
5. Острый пиелонефрит

End

С дефицитом какого гормона связано развитие несахарного диабета:

1. АКТГ
2. ЛГ
3. Вазопрессин
4. Пролактин
5. ТТГ

End;

При лечении нейрогенного несахарного диабета назначают:

1. Тиазидные диуретики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)
2. Лечение, как правило, не требуется
3. Назначается консультация психиатра
4. Десмопрессин
5. Назначают глюкокортикостероиды

End;

Где вырабатывается антидиуретический гормон:

1. Передняя доля гипофиза
2. Надпочечники
3. Гипоталамус
4. Почки
5. Печень

End;

Ранним симптомом несахарного диабета является:

1. Полиурия
2. Боли и чувство онемения в ногах
3. Повышение массы тела
4. Повышенное слюноотделение
5. Боли в мышцах

End;

Заболевание, обусловленное недостаточностью продукции вазопрессина называется:

1. Сахарный диабет
2. Несахарный диабет
3. Акромегалия
4. Гипотиреоз
5. Болезнь Кушинга

End;

Вазопрессин накапливается в:

1. Почках
2. Задней доле гипофиза
3. Печени
4. Надпочечниках
5. Передней доле гипофиза

End;

Несахарный диабет центрального генеза возникает:

1. Если в почках нарушается чувствительность к вазопрессину, при нормальном его количестве в крови.
2. При нарушении продукции вазопрессина клетками гипоталамуса
3. При беременности
4. При панкреатите
5. При хроническом пиелонефрите

Для лечения нефрогенного несахарного диабета используют:

1. Тиазидные диуретики и НПВС
2. Ингибиторы АПФ
3. Метформин
4. Глюкокортикостероиды
5. Все ответы неправильные

End;

Для лечения несахарного диабета в качестве заместительной терапии применяется:

1. Десмопрессин

2. Преднизолон
3. Ингибиторы АПФ
4. Петлевые диуретики
5. Инсулин

End;

Гипопитуитаризм – это снижение функции:

1. Щитовидной железы
2. Гипоталамуса
3. Надпочечников
4. Гипофиза
5. Яичников

End

Дефицит всех гормонов аденогипофиза называется:

1. Гипокортицизм
2. Гипогонадизм
3. Гипертиреоз
4. Болезнь Иценко-Кушинга
5. Пангипопитуитаризм

End

При гипопитуитаризме нарушается функция желез, кроме?

1. Щитовидной железы
2. Надпочечников
3. Поджелудочной железы
4. Половых желез

End

При недостаточности тиреотропного гормона развивается:

1. Вторичный гипотиреоз
2. Гипогонадизм
3. Синдром Иценко-Кушинга
4. Гипертиреоз
5. Аменорея

End

Как изменятся тиреоидный статус при вторичном гипотиреозе?

1. ТТГ ↑, Т4 свободный ↑, Т3 ↑
2. ТТГ ↑, Т4 свободный ↓, Т3 ↓
3. ТТГ ↓, Т4 свободный ↓, Т3 ↓
4. ТТГ ↓, Т4 свободный ↑, Т3 ↑
5. Никак не изменится

End

Для диагностики недостаточности половых желез проводят исследование?

1. АКТГ, кортизол
2. СТГ
3. ЛГ/ФСГ, эстрадиол и свободного тестостерона
4. ТТГ, Т4 свободный, Т3
5. Большая и малая дексаметазоновая пробы

End

Причинами развития гипофизарной недостаточности являются:

1. Опухоли, врожденные аномалии гипоталамо-гипофизарной области
2. Черепно-мозговые травмы
3. Инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис, сепсис)
4. Сосудистые нарушения во время беременности, родов
5. Все верно

End

Гипофизарный нанизм проявляется:

1. Отставанием в росте и физическом развитии
2. Гипофизарной комой
3. Острой надпочечниковой недостаточностью
4. Гастритом
5. Гипокортицизмом

End

Клинические проявления гипофизарного нанизма с какого возраста начинают быть заметным?

1

1. С 2 – 4 летнего возраста
2. С 1-2 мес возраста
3. С 10- летнего возраста
4. С 18 лет
5. В период полового созревания

End

Гипофизарный нанизм характеризуется ростом:

1. Женщины ниже 120 см, мужчины ниже 130 см
2. Женщины ниже 150 см, мужчины ниже 160 см
3. Женщины и мужчины ниже 80 см
4. Мужчины ниже 180 см, женщины ниже 160 см
5. Мужчины выше 180 см, женщины выше 170 см

End

Для чего проводится рентгенография кистей и лучезапястных суставов при гипофизарном нанизме?

1. Для определения вывихов
2. Для определения остеопороза
3. Для определения переломов
4. Для определения костного возраста
5. Для определения костных аномалий

End

Что лежит в основе патогенетического лечения гипофизарного нанизма?

1. Заместительная терапия препаратами генно-инженерного человеческого гормона роста
2. Глюкокортикоиды
3. Препараты левотироксина
4. Препараты половых гормонов
5. Лечение не требуется

End

Какие синдромы обнаруживаются при пангипопитуитаризме (Шиена Симмондса) в типичном случае?

1. Аменорея, старообразность, кукольное лицо, микропенис, гипергликемия
2. Аменорея, алактация, потеря аксиллярного оволосения, депигментация ареол, алебастровая бледность и гипотрофия кожи, апатия, адинамия.
3. Гирсутизм, кушингоидное ожирение, повышение либидо.
4. Снижение памяти, депигментация кожных покровов, снижение либидо, бесплодие, ановуляция, гиперкалиемия, гипотония.
5. Алактация, апатия, адинамия, ановуляция, гипотония, акромегалия, анорексия.

End

Дефицит гормона роста можно подтвердить:

1. Пробой с сухоедением
2. Пробой с инсулиновой гипогликемией
3. Проба с тестостероном
4. Большая дексаметазоновая проба
5. Малая дексаметазоновая проба

End

Заместительная гормональная терапия при гипопитуитаризме включает назначение:

1. Только препаратов левотироксина
2. Только препараты половых гормонов
3. Только кортикостероидов
4. Только препараты генно-инженерного человеческого гормона роста
5. Всех перечисленных

End

Синдром Симмондса-Шихана это:

1. Некроз гипофиза, возникающий при массивном кровотечении во время родов.
2. Симптомокомплекс, развивающийся у детей, страдающих сахарным диабетом, при хронической декомпенсации заболевания и проявляется гепатомегалией, задержкой роста и полового развития, ожирением
3. Токсическая аденома щитовидной железы.
4. Симптомокомплекс с ожирением, сахарным диабетом, низким ростом, гипогонадизмом и миотонией.
5. Синдром внутриутробной задержки роста с асимметрией туловища

End

Для синдрома гиперкортицизма характерно:

1. артериальная гипертензия
2. диспластическое ожирение
3. остеопороз
4. гипергликемия
5. все вышеперечисленное

End

При болезни Аддисона снижается продукция:

1. глюкокортикоидов
2. тиреоидных гормонов
3. инсулина
4. АКТГ
5. Тестостерона

End

Основной симптом феохромоцитомы - это:

1. артериальная гипертония
2. гиперпигментация
3. гипогликемия
4. гипертрихоз
5. ожирение

End

Как по-другому называется гиноидный тип ожирения?

1. верхний тип, абдоминальное
2. верхний тип, висцеральное
3. нижний тип, ягодично-бедренное
4. нижний тип, висцеральное
5. Нет правильного ответа

End

Укажите компоненты метаболического синдрома?

1. верхний тип ожирения, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипотензия, остеопороз
 2. верхний тип ожирения, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия, гиперлипидемия
 3. гиноидное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипотензия, гиперлипидемия
 4. висцеральное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия, остеопороз, аменорея
- End

Как рассчитать ИМТ(индекс массы тела)?

1. $\text{рост} / \text{вес}^2$
2. $\text{вес} / \text{рост}^2$
3. $\text{рост}^2 / \text{вес}$
4. $\text{вес}^2 / \text{рост}$
5. нет правильного ответа

End

В каких единицах измеряется ИМТ?

1. м²/кг
2. м/кг²
3. кг/м²
4. кг²/м
5. нет правильного ответа

End

Какова норма объёма талии у мужчин?

1. не более 94 см
2. не более 106 см
3. не более 86 см
4. менее 60 см
5. более 102 см

End

Какова норма объёма талии у женщин?

1. не более 70 см
2. не более 78 см
3. не более 80 см
4. менее 60 см
5. более 88 см

End

Пациент с объемом талии 98 см, с глюкозой крови натощак 6,0 ммоль/л, после проведения ОГТТ – 9,8 ммоль/л и артериальным давлением 145/90 ммртст имеет диагноз?

1. метаболический синдром
2. гипертоническая болезнь I степени очень высокого риска осложнений
3. сахарный диабет 2 типа
4. сахарный диабет 1 типа
5. нет правильного ответа

End

Для какого эндокринного заболевания характерен абдоминальный тип ожирения?

1. болезнь Грейвса
2. болезнь Аддисона
3. болезнь Иценко-Кушинга
4. болезнь Пламмера
5. несахарный диабет

End

На приём к эндокринологу пришел пациент. При подсчёте ИМТ оказался 29,8 кг/м².
Определите степень нарушения жирового обмена?

1. избыточная масса тела
2. ожирение II степени
3. ожирение I степени
4. нарушения жирового обмена нет – нормальная масса тела
5. нет правильного ответа

End

Какими видами представлена в организме жировая ткань?

1. бурая, белая жировая ткань
2. бурая, красная жировая ткань
3. белая, красная жировая ткань
4. бурая, белая, розовая жировая ткань
5. нет правильного ответа

End

У лиц какого возраста преобладает бурая жировая ткань?

1. среднего возраста
2. новорождённых
3. пожилого возраста
4. старческого возраста
5. нет правильного ответа

End

Андроидное ожирение иначе называют?

1. «в виде груши»
2. «в виде дыни»
3. «в виде персика»
4. «в виде яблока»
5. «в виде арбуза»

End

Гиноидное ожирение иначе называют?

1. «в виде груши»
2. «в виде дыни»
3. «в виде персика»
4. «в виде яблока»
5. «в виде арбуза»

End

В отделение эндокринологии находится пациент с ожирением, апноэ во сне вследствие гиповентиляции, нарушением чувствительности дыхательного центра к гипоксии, гиперкапнией, легочной гипертензией. Для какого синдрома это характерно?

1. синдром бронхообструкции
2. синдром Дауна
3. синдром Пиквика
4. синдром Желино
5. Синдром Золлингера-Элиссона

End

Какую диету необходимо соблюдать при ожирении?

1. гиперкалорийную
2. гипокалорийную
3. эукалорийную
4. нормокалорийную
5. нет правильного ответа

End

Что входит в понятие гипокалорийной диеты?

1. снижение суточного количества углеводов, жиров животного происхождения, при достаточном поступлении белков, пищевых волокон
2. снижение суточного количества углеводов, повышение потребления жиров (преимущественно, животного происхождения) при достаточном поступлении белков, пищевых волокон
3. снижение суточного количества углеводов, жиров (преимущественно, растительного происхождения) при недостаточном поступлении белков, пищевых волокон
4. снижение суточного количества углеводов, повышение потребления жиров (преимущественно, животного происхождения) при недостаточном поступлении белков, пищевых волокон
5. нет правильного ответа

End

Какой препарат снижает всасывание жиров в кишечнике, ингибируя панкреатическую и кишечную липазу?

1. мазиндол
2. сибутрамин
3. дезопимон
4. орлистат
5. метформин

End

Акромегалия – это заболевание, обусловленное:

1. Повышением СТГ
2. Повышением ТТГ
3. Повышением АКТГ
4. Повышение пролактина
5. Повышением ФСГ

End;

Где вырабатывается СТГ?

1. В гипофизе
2. В гипоталамусе
3. В оптическом ядре гипоталамуса
4. В щитовидной железе
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Какова основная функция СТГ?

1. Поддержание уровня глюкозы крови
2. Поддержание нормального АД
3. Влияние на синтез гормонов щитовидной железы
4. Обеспечение роста и развития организма
5. Влияние на сердечно-сосудистую систему

End;

Какая проба используется для подтверждения диагноза акромегалии?

1. Большая дексаметазоновая проба
2. Малая дексаметазоновая проба
3. Проба с кортизолом
4. Проба с инсулином
5. Проба с фуросемидом

End;

С чем связаны суставные боли при акромегалии?

1. С разрастание хрящевой и соединительной ткани в суставах

2. С метаэпифизарными переломами костей
3. С переломами костей по типу “зеленой веточки”
4. Анкилоз костей
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Причина гигантизм – это:

1. Повышение СТГ
2. Повышение ТТГ
3. Повышение АКТГ
4. Повышение пролактина
5. Повышение ФСГ

End;

2

Когда чаще развивается гигантизм?

1. У пожилых
2. У детей
3. У больных СД
4. Не зависит от возраста
5. Все вышеперечисленное

End;

Каковы наиболее характерные изменения при акромегалии?

1. Уменьшение кистей рук, стоп
2. Увеличение веса, ожирение
3. Увеличение носа, языка, нижней челюсти
4. Снижение сахара крови
5. Изменение походки

End;

Когда у мужчины можно заподозрить гигантизм?

1. Рост выше 190 см
2. Рост выше 200 см
3. Рост ниже 180 см
4. Рост ниже 200 см
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Когда у женщин можно заподозрить гигантизм?

1. Рост выше 180 см
2. Рост ниже 195 см
3. Рост выше 190 см
4. Рост выше 170 см
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Акромегалия и гигантизм чаще связаны с заболеванием:

1. Щитовидной железы
2. Поджелудочной железы
3. Надпочечников
4. Половых желез
5. Гипофиза

End;

Симптомы акромегалия развиваются:

1. Внезапно за несколько дней
2. В течении нескольких месяцев
3. После инфекционных заболеваний

4. На фоне гипотиреоза
5. Медленное, постепенное начало в течении нескольких лет с нарастание клинической симптоматики

End;

Какова основная причина акромегалии?

1. Опухоль поджелудочной железы
2. Опухоль гипофиза
3. Опухоль щитовидной железы
4. Опухоль надпочечника
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Каковы возможные причины акромегалии, не связанные с опухолью гипофиза?

1. Рак желудка
2. Рак легкого
3. Рак яичника
4. Рак печени
5. Все вышеперечисленное

End;

Клинические проявления акромегалии:

1. ожирение
2. задержка роста
3. тетания
4. гипогликемия
5. гипертрофия мягких тканей

End;

Клинические проявления церебрально-гипофизарного нанизма все, кроме:

1. задержка роста
2. гипогонадизм
3. микрофалус
4. костный возраст соответствует паспортному
5. гипогликемии

End;

Препаратом выбора при гипофизарном нанизме являются:

1. соматотропный гормон
2. анаболики
3. паратгормон
4. половые гормоны
5. преднизолон

End;

Определяющим при диагностике гипофизарного нанизма является:

1. уровень Са в крови
2. уровень Р в крови
3. уровень сахара в крови
4. выделение 17-кетостероидов с мочой
5. уровень СТГ в крови

End;

При гипофизарном нанизме задержка роста становится заметной:

1. с рождения
2. на первом году жизни
3. в пубертатном периоде
4. в постпубертатном периоде
5. на 2-3 году жизни

End;

Дефицит гормона роста у взрослых сопровождается следующей клинической симптоматикой:

1. снижением массы и силы скелетной мускулатуры
2. абдоминальным ожирением
3. гиперхолестеринемией
4. снижением минеральной плотности кости
5. всё вышеперечисленное

End;

Церебрально-гипофизарный нанизм необходимо дифференцировать с:

1. задержкой роста при тяжёлых соматических заболеваниях
2. психосоциальным нанизмом
3. первичным гипотиреозом
4. патологией костно-суставной системы
5. всё вышеперечисленное

End;

Какую пробу можно применить для диагностики гигантизма?

1. Большая дексаметазоновая проба
2. Малая дексаметазоновая проба
3. Проба с кортизолом
4. Оральный глюкозотолерантный тест
5. Проба с фуросемидом

End;

Лекарственные средства, используемые в лечении гигантизма:

1. сандостатин
2. достинекс
3. ралоксифен
4. бромкриптин
5. всё вышеперечисленное

End;

Клинические проявления акромегалии:

1. гипертрофическая артропатия
2. прогнатизм
3. периферическая нейропатия
4. отеки и гипертрофия мягких тканей
5. всё вышеперечисленное

End;

Основные методы лечения опухоли, секретирующей гормон роста:

1. трансфеноидальная операция
2. применение хлодитана
3. удаление надпочечников
4. применение инсулина
5. ничего из вышеперечисленного

End;

На основании чего ставится диагноз акромегалии?

1. понижение содержания СТГ после пробы на толерантность к глюкозе
2. повышения СТГ натощак
3. повышения АКТГ
4. повышение ТТГ натощак
5. снижение СТГ в ночное время

End;

Какие методы обследования при акромегалии наиболее информативны:

1. ЭГД-скопия
2. ЯМР надпочечников
3. определение уровня СТГ крови
4. УЗИ малого таза
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Какой тест можно применить для диагностики акромегалии?

1. Большая дексаметазоновая проба
2. Малая дексаметазоновая проба
3. Проба с кортизолом
4. Оральный глюкозотолерантный тест
5. Проба с фуросемидом

End;

Изменение опорно-двигательного аппарата при акромегалии, что неверно:

1. утолщение ребер
2. гиперостоз костей черепа
3. увеличение поперечных размеров кистей, стоп
4. образование фиброзных кист в костях
5. деформация позвоночника (кифоз, сколиоз)

End;

Основные причины смерти больных акромегалией все, кроме:

1. сердечно-сосудистые заболевания
2. гипертензия
3. диабет
4. острая надпочечниковая недостаточность
5. рак толстой кишки

End;

Изменение внешности при акромегалии:

1. округлое, красное лицо (матронизм)
2. увеличение надбровных и скуловых дуг
3. заплывшее лицо с отечными веками, прогнатизм
4. гиперпигментация кожи
5. выражение испуга, гнева

End;

Механизмы развития СД при акромегалии и гигантизме:

1. торможение гормоном роста липогенеза
2. торможение окисления глюкозы
3. стимуляция α – клеток поджелудочной железы
4. все перечисленные
5. нет правильного ответа

End;

Какой метод лечения применим при акромегалии?

1. Радиотерапия
2. Лечение инсулином
3. Лечение глюкагоном
4. Адреналэктомия
5. Тиреоидэктомия

End;

Какую пробу можно применить для диагностики гигантизма?

1. Большая дексаметазоновая проба
2. Малая дексаметазоновая проба
3. Проба с кортизолом

4. Проба с инсулином
5. Проба с фуросемидом

End;

Какой основной гормон обеспечивает рост ребенка?

1. кортизол
2. АКТГ
3. СТГ
4. ФСГ
5. ЛГ

End;

Какое изменение не характерно для гипофизарного нанизма?

1. Птичье лицо
2. Прогнатизм
3. Гипогонадизм
4. Низкий рост
5. Высокий голос

End;

Какое изменение характерно для акромегалии?

1. Птичье лицо
2. Прогнатизм
3. Гипогликемия
4. Низкий рост
5. Высокий голос

End;

Какое осложнение может развиваться при акромегалии?

1. Сахарный диабет
2. Надпочечниковая недостаточность
3. Гипертиреоз
4. Гиперкортицизм
5. Гипокортицизм

End;

При какой болезни может развиваться кардиомегалия?

1. Надпочечниковая недостаточность
2. Синдром Шихана
3. Несахарный диабет
4. Акромегалия
5. Синдром Штейна – Левенталья

End;

При какой болезни может развиваться спланхомегалия?

1. Надпочечниковая недостаточность
2. Несахарный диабет
3. Акромегалия
4. Синдром Шихана
5. Синдром пустого турецкого седла

End;

Какова причина нейропатий при акромегалии?

1. Поражение нервов токсинами
2. Усиление проводимости по нервным волокнам
3. Разрастание соединительной и мышечной ткани и возникновение “туннельных” синдромов
4. Увеличение количества нервных волокон
5. Нейропатия при данном заболевании не возникает

End;

К какому типу относится сахарный диабет при акромегалии по классификации ВОЗ?

1. Сахарный диабет 1 типа
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Другие типы диабета
4. Гестационный диабет
5. Несахарный диабет

End;

При каком заболевании не может развиваться артериальная гипертензия?

1. Болезнь Аддисона
2. Акромегалия
3. Сахарный диабет
4. Болезнь Грейвса
5. Феохромоцитома

End;

Какой метод лечения не применяется для лечения акромегалии и гигантизма?

1. Препараты соматостатина
2. Блокаторы рецепторов СТГ
3. Радиотеропия
4. Удаление опухоли гипофиза
5. Радиоактивный йод

End;

Мужчина 40 лет, стал отмечать изменение во внешности, увеличение носа, надбровных дуг, увеличение кистей рук? Какое заболевание можно предположить у больного?

1. Сахарный диабет
2. Акромегалия
3. Гипотиреоз
4. Гипертиреоз
5. Несахарный диабет

End;

С чем связано нарушение зрения при акромегалии?

1. Сдавление опухолью зрительного нерва
2. Сдавление опухолью слухового нерва
3. Сдавление опухолью тройничного нерва
4. Сдавление опухолью ствола головного мозга
5. Все из вышеперечисленного

End;

Больная 50 лет, стала замечать постепенно возникшую асимметрию кистей рук, правая стала заметно больше левой, при покупке новой обуви отметила увеличение размера ноги с 38 до 40. Какую болезнь можно предположить у больной?

1. Сахарный диабет
2. Гипотиреоз
3. Акромегалия
4. Гипертиреоз
5. Несахарный диабет

End;

Какой синдром может развиваться при акромегалии?

1. Синдром раздраженной кишки
2. Синдром гиперкортицизма
3. Туннельный синдром
4. Синдром Шихана
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Где вырабатывается СТГ?

1. В передней зоне гипофиза
2. В средней зоне гипофиза
3. В задней зоне гипофиза
4. В гипоталамусе
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Когда желательно делать забор крови для измерения гормона роста?

1. С 8 до 10 часов утра
2. Перед обедом
3. С 16 до 18 часов вечера
4. Желательно определять суточный ритм секреции СТГ
5. Не имеет значения

End;

Где лучше измерять гормон роста?

1. В плазме крови
2. В моче
3. В спинномозговой жидкости
4. Во всех средах
5. Гормон роста не определяется в данных средах

End;

В каких случаях у взрослого человека может развиваться недостаточность гормона роста?

1. После тиреоидэктомии
2. После адреналэктомии
3. После удаления аденомы гипофиза
4. После панкреатэктомии
5. Во всех вариантах

End;

Как долго следует проводить терапию рекомбинантным человеческим гормоном роста при его недостаточности?

1. 6 мес
2. 1 год
3. 5 лет
4. 2 года и более
5. Пожизненно

End;

Как следует вводить гормон роста?

1. в/м
2. в/в
3. п/к
4. интраназально
5. перорально

End;

Назовите возможные местные эффекты опухоли при акромегалии?

1. Паралич черепных нервов
2. Головная боль
3. Увеличение размеров гипофиза
4. Дефекты полей зрения
5. Все вышеперечисленное

End;

Какие изменения возникают в сердечно-сосудистой системе при акромегалии?

1. Кардиомегалия
2. Застойная сердечная недостаточность
3. Артериальная гипертензия
4. Гипертрофия левого желудочка
5. Все вышеперечисленное

End;

Какие изменения возникают в опорно - двигательной системе при акромегалии?

1. Артралгии
2. Гигантизм
3. Гипертрофия лобных костей
4. Запястный туннельный синдром
5. Все вышеперечисленное

End;

Какое изменение возникает в дыхательной системе при акромегалии наиболее часто?

1. Обструкция бронхов
2. Апноэ во время сна
3. Нарколепсия
4. Нарушение сна
5. Все вышеперечисленное

End;

Какие изменения возникают в коже при акромегалии?

1. Гипергидроз
2. Повышенная продукция кожного сала
3. Мягкие бородавки
4. Утолщение мягких тканей стоп и кистей
5. Все вышеперечисленное

End;

Какие органы подвергаются изменениям при акромегалии и гигантизме?

1. Почки
2. Простата
3. Сердце
4. Слюнные железы
5. Все вышеперечисленное

End;

Какие изменения возникают в репродуктивной системе при акромегалии?

1. Снижение либидо
2. Эректильная дисфункция
3. Галакторея
4. Дисменорея
5. Все вышеперечисленное

End;

Какие метаболические изменения возникают при акромегалии и гигантизме?

1. Сахарный диабет
2. Повышенная концентрация альдостерона
3. Гипертриглицеридемия
4. Гиперкальциурия
5. Все вышеперечисленное

End;

Какое осложнение не развивается при акромегалии?

1. Гипотиреоз
2. Гипокортицизм
3. Аменорея

4. Эректильная дисфункция

5. Гипогликемия

End;

Какой побочный эффект не развивается после лучевой терапии гипофиза при акромегалии?

1. Гипопанпитуитаризм
2. Парез черепных нервов
3. Некроз опухоли с кровотечением
4. Потеря зрения
5. Гиперкортицизм

end

При участии какого микроэлемента синтезируются гормоны Т3, Т4:

1. При участии магния
2. При участии калия
3. При участии кальция
4. При участии йода
5. При участии фосфора

end

Основным источником йода служат следующие продукты:

1. Фруктовые и овощные консервы
2. Морские продукты, мясо, молоко
3. Продукты содержащие большое кол-во углеводов
4. Продукты содержащие большое кол-во жиров
5. Продукты содержащие большое кол-во сои

end

Начало функционирования щитовидной железы у плода:

- 1) Начинает функционировать с 12-й недели
- 2) Начинает функционировать с 7-й недели
- 3) Начинает функционировать с 5-й недели
- 4) начинает функционировать с 17-й недели
- 5) начинает функционировать с 20-й недели

end

Оценка функционального состояния щитовидной железы осуществляется путем определения следующих гормонов:

- 1) Определение гормонов ФСГ, ЛГ
- 2) Определение гормонов кортизол, АКТГ
- 3) Определение гормонов ТТГ, Т4, Т3
- 4) Определение гормона тестостерона
- 5) Определение гормона пролактина

end

Рекомендуемые дозы йода для ежедневного потребления у взрослых

- 1) 120 мкг/сут
- 2) 200 мкг/сут
- 3) 150 мкг/сут
- 4) 90 мкг/сут
- 5) 50 мкг/сут

end

Рекомендуемая норма йода для ежедневного применения беременным и кормящим:

- 1) 100 мкг/сут
- 2) 50 мкг/сут
- 3) 250 мкг/сут

- 4) 75 мкг/сут
- 5) 120 мкг/сут

end

Субклинический гипотиреоз характеризуется:

- 1) наличием зоба
- 2) повышенным уровнем Т3,Т4
- 3) повышенным уровнем ТТГ, при нормальном значении Т3,Т4
- 4) повышением ТТГ, Т3, Т4
- 5) снижением ТТГ,Т3, Т4

end

Основные клинические признаки тиреотоксикоза:

- 1) Сухость кожных покровов, сонливость
- 2) Похудание, слабость, тахикардия, гипергидроз
- 3) Снижение памяти, выпадение волос
- 4) Снижение аппетита
- 5) Снижение интеллектуальных способностей

end

Основные лабораторно-диагностические критерии синдрома тиреотоксикоза:

- 1) Снижение ТТГ
- 2) Повышение ТТГ
- 3) Снижение всех гормонов ТТГ, Т4, Т3
- 4) Снижение гормона ТТГ, повышение свободного Т4,Т3
- 5) Повышение ТТГ, снижение свободного Т4, Т3

End

Основные клинические признаки при синдроме тиреотоксикоза у пожилых лиц:

- 1) Поражение желудочно-кишечного тракта
- 2) Эндокринная офтальмопатия, потливость, нарушение стула
- 3) Выступают на передний план жалобы связанные с нарушением сердечнососудистой системы
- 4) Поражение мочевыделительной системы
- 5) Выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожных покровов

End

Лабораторно-диагностические критерии адекватной заместительной терапии при первичном гипотиреозе у взрослых:

- 1) нормальный уровень глюкозы крови
- 2) нормальный уровень ТТГ в крови
- 3) сниженный уровень ТТГ
- 4) сниженный уровень св Т4 в крови
- 5) ничего из ниже перечисленного

End

Препаратом выбора для лечения гипотиреоза является:

- 1) тирозол
- 2) глюкокортикоиды
- 3) препараты йода
- 4) L-тироксин
- 5) мерказолил

End

Препараты выбора для консервативного лечения синдрома тиреотоксикоза:

- 1) Мочегонные средства
- 2) Тиреостатические препараты

- 3) Препараты L-тироксина
 - 4) Кортикостероиды
 - 5) Противомикробные средства
- End

Основные клинические симптомы при синдроме гипотиреоза:

- 1) Снижение массы тела
- 2) Суставной синдром
- 3) Повышенный аппетит, повышенная потливость
- 4) Сонливость, отечность, сухость кожных покровов
- 5) Ничего из вышеперечисленного

End

Препараты выбора для лечения подострого тиреоидита в большинстве случаев:

- 1) препараты йода
- 2) препараты L-тироксина
- 3) глюкокортикоиды, НПВС
- 4) тиреостатики
- 5) В-адреноблокаторы

end

В основе этиологии врожденного гипотиреоза у детей лежит:

- 1) избыток тиреоидных гормонов
- 2) избыток йода
- 3) недостаток железа
- 4) дефицит тиреоидных гормонов
- 5) дефицит кальция

end

В стрессовых ситуациях выделение кортизола

- 1) Кортизола усиливается
- 2) Кортизола снижается
- 3) Кортизол не меняется
- 4) Катехоламинов снижается
- 5) Катехоламинов не изменяется

End

Кортизол синтезируется

- 1) В сетчатой зоне коры надпочечников
- 2) в клубочковой зоне коры надпочечников
- 3) в пучковой зоне коры надпочечников
- 4) в мозговом слое надпочечников
- 5) в печени

End

Кортизол вызывает

- 1) Противовоспалительное действие
- 2) Увеличение капиллярной проницаемости
- 3) Усиление экссудации
- 4) Повышение фагоцитоза
- 5) Повышение пролиферации гистиоцитов

end

При введении 1 мг дексаметазона в 12 часов ночи снижение кортизола на 50% и более на следующее утро свидетельствует

- 1) О гипокортицизме
- 2) О нормальной функции коры надпочечников
- 3) О гиперкортицизме
- 4) О вторичном гипокортицизме

5) О повышенной секреции АКТГ

end

Андрогены секретируются надпочечниками

- 1) В сетчатой зоне
- 2) В клубочковой зоне
- 3) В пучковой зоне
- 4) В параганглиях
- 5) В мозговом слое

end

В паренхиматозных клетках мозгового вещества надпочечников синтезируется

- 1) Кортизол
- 2) Тестостерон
- 3) Альдостерон
- 4) Катехоламины
- 5) Инсулин

End

На синтез АКТГ влияет

- 1) Мелатонин
- 2) Кортиколиберин
- 3) Тиреолиберин
- 4) Люлиберин
- 5) Соматолиберин

End

Основные клинические признаки острой надпочечниковой недостаточности

- 1) боли в животе, тошнота, диарея
- 2) артериальная гипертензия
- 3) полиурия
- 4) тремор
- 5) гипергликемия

End

Развитию острой надпочечниковой недостаточности способствуют:

- 1) острые инфекции
- 2) генетическая предрасположенность
- 3) избыточная масса тела
- 4) передозировка сахароснижающими препаратами
- 5) передозировка кортикостероидов

End

Развитию острой надпочечниковой недостаточности способствуют

- 1) передозировка сахароснижающими препаратами
- 2) генетическая предрасположенность
- 3) избыточная масса тела
- 4) неадекватная терапия заболевания
- 5) передозировка кортикостероидов

end

Синдром отмены кортикостероидной терапии приводит к развитию аддисонического криза, который характеризуется следующим

- 1) резким снижением артериального давления вплоть до коллапса или кардиоваскулярного шока, резистентного к противошоковой терапии
- 2) желтушность кожных покровов, тошнота, рвота
- 3) нервно-психическими проявлениями (сонливость, заторможенность)
- 4) нормальной температурой тела
- 5) отсутствием болей в животе

End

Синдром гиперпаратиреоза связан с нарушением синтеза гормона

- 1) Тироксина
- 2) Кальцитонина
- 3) Паратгормона
- 4) Трийодтиронина
- 5) Альдостерона

End

Характерные симптомы при гиперпаратиреозе

1. Спонтанные переломы костей
2. Нарушение роста волос, раннее их поседение, поредение
3. Судороги различных групп мышц
4. Эмоциональные нарушения (депрессивного характера)
5. Вегетативные нарушения (потливость, озноб, чувство жара)

End

Какое исследование нужно провести в первую очередь при гиперпаратиреозе

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Глюкозы в крови
4. Уровень кальция и фосфора крови
5. Уровень калия и натрия в крови

End

Радикальный метод лечения при гиперпаратиреозе

1. Лучевая терапия
2. Заместительная терапия
3. Оперативное лечение
4. Симптоматическое лечение
5. Антибиотикотерапия

End

Первичный гиперпаратиреоз обусловлен:

1. Удалением паращитовидных желез
2. Аутоиммунными поражениями паращитовидных желез
3. Аденомой, гиперплазией паращитовидных желез
4. Травмой паращитовидных желез
5. Врожденной аплазией паращитовидных желез

End

Что характерно для гиперпаратиреоза?

1. Низкий фосфор и нормальный кальций в крови
2. Низкий фосфор, высокий кальций
3. Нормальный фосфор, низкий кальций
4. Нормальный фосфор, нормальный кальций
5. Высокий фосфор, низкий кальций

End

Лабораторные критерии гипопаратиреоза

1. Повышение уровня калия крови
2. Повышение уровня паратгормона крови
3. Снижение уровня кальция крови
4. Снижение уровня натрия крови
5. Повышение уровня глюкозы крови

End

Основной метод лечения гипопаратиреоза

1. Введение препаратов кальция

2. Введение глюкозы
3. Введение инсулина
4. Введение антибиотиков
5. Введение витаминов

End

Пробы Хвостека, Труссо, Вейса, Гофмана, Шлезингера проводят для диагностики латентных форм

1. Гипопаратиреоза
2. Гипотиреоза
3. Гипогликемии
4. Гиперпаратиреоза
5. Гиперкортицизме

End

Что характерно для гипопаратиреоза

1. Частые патологические переломы костей
2. Боли в эпигастрии, диспепсия
3. Появление камней в почках
4. Выраженная жажда
5. Повышение нервно-мышечной возбудимости с приступами тетании

End

У пациента после тиреоидэктомии появились судороги мышц конечностей, какая патология имеет место

1. Гипотериозе
2. Гипокортицизм
3. Тиреотоксикоз
4. Гипопаратиреоз
5. Гиперпаратиреоз

End

Паращитовидные железы регулируют обмен

1. Кальция
2. Калия
3. Натрия
4. Йода
5. хлора

End

Функциональная активность ЩЖ определяется:

- 1.УЗИ
- 2.пальпацией
- 3.радиоизотопным сканированием
- 4.исследованием гормонов ЩЖ
- 5.биопсией ЩЖ.

End

Какие осложнения могут быть при остром гнойном тиреоидите?

1. Сепсис, гнойный медиастинит, флегмона шеи
2. Нарушение функций щитовидной железы
3. Анемия, геморрагический шок
4. Тиреотоксический криз
5. Синдром Иценго-Кушинга

End.

Что играет роль в патогенезе подострого тиреоидита?

1. Аутоиммунные механизмы
2. Нарушение гормонального фона

3. Генетическая предрасположенность
4. Наличие в анамнезе травм щитовидной железы
5. Наличие в анамнезе сахарного диабета

End.

Через какой промежуток времени возникают симптомы подострого тиреоидита?

1. 3—6 недель после перенесенной вирусной инфекции
2. 2-4 дня после перенесенной вирусной инфекции
3. Через 24 часа после перенесенной вирусной инфекции
4. Через 10 недель после перенесенной вирусной инфекции
5. 7 дней после перенесенной вирусной инфекции

End.

К чему чаще приводит хронический аутоиммунный тиреоидит?

1. Первичному гипотиреозу
2. Гипертиреозу
3. Тиреотоксическому кризу
4. Синдрому Иценго-Кушинга
5. Нет правильного ответа

End

Для каких заболеваний ожирение не является фактором риска:

1. сахарный диабет
2. токсический зоб
3. деформирующий артроз
4. гипертоническая болезнь
5. желчнокаменная болезнь

end

Основные жалобы больных токсическим зобом:

1. раздражительность
2. сердцебиение
3. похудание
4. тремор
5. все вышеперечисленное

end

Нарушения сердечнососудистой системы при болезни Грейвса проявляются в виде:

1. постоянной тахикардии, артериальной гипертензии
2. ортостатической гипотонии
3. сердечной астмы
4. брадикардии
5. гиповолемии

end

При токсическом зобе встречаются следующие глазные симптомы, все кроме:

1. Грефе
2. Кохера
3. Штельвага
4. косоглазие
5. Дельримпля

End

Эндемический зоб может протекать с явлениями:

1. гипотиреоза
2. тиреотоксикоза
3. гипокортицизма
4. гипогонадизма
5. гипогликемии

end

При развитии диффузного токсического зоба имеют значение следующие факторы:

1. стрессы
2. наследственная предрасположенность
3. курение
4. женский пол
5. все вышеперечисленные факторы

End

Диффузный токсический зоб не характеризуется:

1. субфебрилитетом
2. похуданием, повышенным аппетитом
3. тремором
4. тахикардией
5. плотными отеками кожи

end

Укажите патогномичный симптом, характерный для диффузного токсического зоба:

1. сердцебиение
2. брадикардия
3. плотные отеки
4. изменение голоса
5. сухость кожи

End

Для диффузного токсического зоба не характерно:

1. похудание, несмотря на хороший аппетит
2. повышение ТТГ
3. непереносимость жары, сердцебиение
4. отставание верхнего века при взгляде вниз
5. мерцательная аритмия

end

Что не характерно для гипотиреоза?

1. заторможенность, вялость
2. запоры
3. увеличение массы тела
4. изменение голоса, сухость кожи
5. тахикардия

End

Для диффузного токсического зоба не характерны следующие симптомы?

1. тахикардия
2. запоры
3. похудание
4. экзофтальм
5. частый неустойчивый стул

end

Что не характерно для диффузного токсического зоба?

1. субфебрилитет
2. похудание при повышенном аппетите
3. тремор
4. брадикардия
5. потливость кожи

end

Характерным осложнением после применения мерказолила в лечении тиреотоксикоза является:

- 1 Гипокалиемия
 - 2 Повышение уровня креатинина и мочевины в крови
 - 3 Снижение числа нейтрофилов и развитие агранулоцитоза
 - 4 Гипергликемия
 - 5 Гипокальциемия
- end

Какой синдром проявляется увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, исхуданием, тахикардией, повышением АД?

1. гипотиреоз;
2. тиреотоксикоз;
3. гипокортицизм;
4. гиперкортицизм.
5. гипопаратиреоз

end

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

1. нарушение менструального цикла
2. тиреотоксикоз
3. брадикардию
4. бесплодие
5. электролитные сдвиги.

end

К группе тиреостатических препаратов относится:

1. пропранолол
2. метотрексат
3. тиамазол
4. преднизолон
5. циклофосфан

end

Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом:

1. направить в санаторий на бальнеологическое лечение
2. назначить лечение L-тироксином с малых доз
3. назначить лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
4. назначить мочегонные
5. отказаться от лечения гипотиреоза.

end

При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается:

1. повышенный уровень ТТГ
2. нормальный уровень ТТГ
3. исследование ТТГ не имеет диагностической важности
4. пониженный уровень ТТГ
5. ТТГ отсутствует

end

У больного диффузный токсический зоб средней тяжести. Начато лечение мерказолилом по 10 мг 3 раза в день, обзиданом по 20 мг 3 раза в день, фенозепамом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, однако развилась выраженная лейкопения.

Назовите причину лейкопении:

1. прием фенозепама
2. высокая доза обзидана
3. применение мерказолила
4. дальнейшее прогрессирование заболевания
5. ни одна из указанных причин.

end

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

1. подострый тиреоидит
2. эндемический зоб
3. спорадический зоб
4. струмит де Кервена
5. диффузный токсический зоб.

end

Уровень какого из перечисленных гормонов повышается при первичном некомпенсированном гипотиреозе:

1. кортизол
2. АКТГ
3. Инсулин
3. пролактин
4. Вазопрессин
5. ТТГ

end

В фолликулярных клетках щитовидной железы синтезируется:

1. тироксин и трийодтиронин
2. тиреотропный
3. кальцитонин
4. глюкогон
5. кортизол

End

В норме объем щитовидной железы (по данным УЗИ) у женщин составляет

1. до 16 мл
2. до 18 мл
3. более 20 мл
4. до 25 мл
5. до 30 мл

End

В норме объем щитовидной железы (по данным УЗИ) у мужчин составляет

1. до 16 мл
2. до 18 мл
3. до 20 мл
4. до 25 мл
5. более 30 мл

End

Тиреотропный гормон вызывает усиление синтеза

1. тироксина
2. адреналина
3. норадреналина
4. кортизола
5. тестостерона

End

Тиреотропный гормон выделяется:

1. В передней доле гипофиза
2. В средней доле гипофиза
3. В супраоптическом ядре гипофиза
4. В вентролатеральном ядре гипофиза
5. В лимбической системе

End

Синтез тиреотропного гормона усиливается:

1. тиреолиберином
2. избытком тироксина
3. 3)избытком трийодтиронина
4. дийодтиронином
5. монойодтиронином

End

Основной препарат для лечения гипотиреоза:

1. антиструмин
2. перхлорат калия
3. карбонат лития
4. мерказолил
5. левотироксин

End

Способ массовой йодной профилактики:

1. йодирование хлеба
2. йодирование соли
3. йодирование масла
4. йодирование чая
5. йодирование воды

End

Для диагностики первичного гипотиреоза наиболее информативно определение:

1. свободного тироксина
2. основного обмена
3. холестерина крови
4. тиреотропного гормона
5. трийодтиронина

End

Основная тактика лечения гипотиреоза-

1. назначение трийодтиронина 2-3 раза в день
2. постепенное повышение дозы тироксина до достижения оптимальной
3. лечение тиреотропным гормоном
4. первоначально переносимая доза тироксина с постепенным снижением
5. назначение тироксина в дозе 1 таблетка ежедневно курсами 4-6 месяцев

End

Основные клинические проявления гипотиреоза

1. сухость кожи, поносы
2. гипергидроз, склонность к запорам
3. тахикардия, гипергидроз
4. экзофтальм
5. гипотермия, склонность к запорам

End

При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается

- 1) повышенный уровень ТТГ
- 2) пониженный уровень ТТГ
- 3) нормальный уровень ТТГ
- 4) ТТГ отсутствует
- 5) исследование ТТГ не имеет диагностической ценности

End

Укажите причину, приводящую к развитию вторичного гипотиреоза

- 1) струмэктомия
- 2) наследственные дефекты в биосинтезе тиреоидных гормонов

- 3) аутоиммунный процесс
- 4) хромофобная аденома гипофиза
- 5) гипоплазия или аплазия щитовидной железы

End

В основе отеков при гипотиреозе лежит

- 1) диспротеинемия
- 2) накопление гиалуроновой и хондроэтиновой кислот
- 3) увеличение катехоламинов
- 4) повышение креатинина
- 5) задержка натрия

End

Для гипотиреоза характерны следующие изменения на ЭКГ

- 1) снижение вольтажа зубцов, брадикардия
- 2) тахикардия, снижение сегмента ST
- 3) мерцательная аритмия
- 4) патологический зубец Q
- 5) AV- блокада

End

Содержание паратгормона в крови повышено

- 1) при гиперпаратиреозе
- 2) при тиреотоксикозе
- 3) при гипотиреозе
- 4) при сахарном диабете
- 5) при надпочечниковой недостаточности

End

В поддержании гомеостаза кальция принимают участие

- 1) паратгормон, тирекальцитонин
- 2) тиретропный гормон
- 3) инсулин
- 4) АКТГ
- 5) витамин В1

End

Зобом является

- 1) хорошо пальпируемая щитовидная железа
- 2) заболевание щитовидной железы, протекающее с нарушением ее функции
- 3) заболевание щитовидной железы, осложнившееся компрессией трахеи
- 4) увеличение щитовидной железы более 18 мл у женщин и более 25 мл у мужчин
- 5) увеличение объема более 10 мл у женщин и более 12 мл у мужчин

End

Какой из нижеперечисленных гормонов гипофиза непосредственно участвует в регуляции функции щитовидной железы:

- 1.ФСГ
- 2.ЛГ
- 3.СТГ
- 4.ТТГ
- 5.ЛГ

End

Нормальный размер каждой доли щитовидной железы не превышает размер:

- 1.большого пальца кисти
- 2.концевой фаланги большого пальца кисти
- 3.указательного пальца
- 4.концевой фаланги указательного пальца

5. мизинца

End

Уровень ТТГ в сыворотке крови при болезни Грейвса:

1. высокий

2. очень высокий

3. не изменен

4. диагностического значения не имеет

5. низкий

End

Характеристика стула при тяжелом течении тиреотоксикоза:

1. запор

2. частый

3. нормальный

4. стул с примесью крови

5. стеаторея

End

Ятрогенный тиреотоксикоз является:

1. осложнением субтотальной струмэктомии

2. следствием нерациональной антибактериальной терапии

3. следствием заместительной терапии низкими дозами тиреоидных гормонов

4. следствием заместительной терапии высокими дозами тиреоидных гормонов

5. ни одним из вышеперечисленных

End

Уровень ТТГ в сыворотке крови при первичном гипотиреозе:

1. высокий

2. нормальный

3. низкий

4. крайне низкий

5. не имеет диагностического значения

End

Вторичный гипотиреоз возникает:

1. после лечения радиоактивным йодом

2. вследствие недостаточной выработки гипофизом ТТГ

3. в исходе аутоиммунных тиреоидитов

4. как следствие врожденного дефекта в синтезе тиреоидных гормонов

5. из-за недостаточного содержания йода в рационе питания

End

Что играет главную роль в патогенезе феохромоцитомы?

1. Недостаточная выработка катехоламинов

2. Избыточная выработка катехоламинов

3. Избыточная выработка минералокортикоидов

4. Избыточная выработка половых гормонов

5. Дефицит минералокортикоидов

End.

Чем сопровождается болезнь Иценко-Кушинга?

1. гиперфункцией коры надпочечников

2. гипофункция коры надпочечников

3. дефицит катехоламином

4. гиперпродукция катехоламинов

5. гиперпродукция гормонов щитовидной железы

End

При острой надпочечниковой недостаточности больным необходимо вводить прежде всего:

1. раствор хлорида натрия
2. витамины группы В
3. гидрокортизон
4. норадреналин
5. аскорбиновую кислоту

End

Адаптация организма к внешним воздействиям по Селье зависит от адекватной коррекции:

1. кортизола
2. АКТГ
3. адреналина
4. пролактина
5. альдостерона

end

При болезни Аддисона поражается:

1. пучковый слой коры надпочечников
2. клубочковый слой коры надпочечников
3. сетчатый слой коры надпочечников
4. все слои коры надпочечников

End

Кортизол синтезируется:

1. в пучковой зоне коры надпочечников
2. в сетчатой зоне коры надпочечников
3. в клубочковой зоне коры надпочечников
4. в мозговом слое надпочечников
5. в печени

End

Бронзовая окраска кожи характерна для:

1. СД
2. болезнь Аддисона
3. гипотиреоз
4. гипертиреоз
5. акромегалия

End

Какие гормоны продуцирует феохромоцитома?

1. адреналин, норадреналин
2. эстрогены
3. глюкокортикоиды
4. альдестерон
5. андроген

End

Наиболее частая локализация феохромоцитомы:

1. полость черепа
2. мочевого пузыря
3. надпочечники
4. симпатические ганглии по ходу аорты
5. средостение

End

Основные препараты для лечения аддисоновой болезни:

1. гидрокортизон, преднизолон, флудрокортизон

- 2.сиофор, диабетон
- 3.мерказолил, анаприлин
4. цефтриаксон
- 5.левотриксин, препараты йода

End

При вторичной надпочечниковой недостаточности уровень АКТГ:

- 1.не изменен
2. повышен на 100%
3. повышен на 50%
- 4.снижен
- 5.повышен на 10%

End

Основные клинические проявления надпочечниковой недостаточности:

- 1.гиперпигментация, тяга к соленной пище, потеря веса и гипотония
- 2.ожирение ,парестезии, сухость во рту
- 3.сухость кожи, брадикардия
- 4.тремор, экзофтальм
- 5.полиурия,полидипсия, полифагия

End

Для болезни Иценко-Кушинга характерно:

- 1.избыточное отложение жира на животе, лице, груди, шее
- 2.влажная, тонкая кожа
- 3.равномерное отложение подкожно-жировой клетчатки
4. отложение подкожно-жировой клетчатки на животе, бедрах
- 5.никаких изменений на коже.

End

Наиболее частой причиной надпочечниковой недостаточности является:

- 1.инфекции
- 2.аутоимунное поражение надпочечников
- 3.туберкулез
- 4.сифилис
- 5.ХПН

End

Патогномоничные симптомы первичной надпочечниковой недостаточности:

1. гиперпигментация кожи и слизистых
2. полинейропатия
3. ожирение
4. муцинозные отеки
5. гипертония

end

Основной симптом феохромоцитомы:

1. артериальная гипертония
2. гиперпигментация
3. гипогликемия
4. кахексия
5. гипертрихоз

end

При обследовании больного с болезнью Иценко-Кушинга выявляется все, кроме:

1. гипертрихоз на лице, спине, груди у женщин
2. кахексия
3. центральное ожирение

4. багово-цианотичные стрии
 5. гипертония
 6. остеопороз
- end

Для синдрома гиперкортицизма характерно:

1. артериальная гипертензия
 2. диспластическое ожирение
 3. остеопороз
 4. гипергликемия
 5. все вышеперечисленное
- end

При болезни Аддисона снижается продукция:

1. глюкокортикоидов
 2. тиреоидных гормонов
 3. инсулина
 4. АКТГ
 5. ФСГ
- End

Что не характерно для Аддисоновой болезни?

1. гиперпигментация кожи
 2. артериальная гипотония
 3. снижение массы тела
 4. уменьшение суточной экскреции с мочой 17-оксикортикоидов и 17-кетостероидов
 5. артериальная гипертензия
- End

Что не характерно для болезни Иценко-Кушинга?

1. ожирение
 2. лунообразное лицо
 3. артериальная гипотония
 4. гирсутизм
 5. аменорея
- end

Какой препарат используется для купирования феохромоцитомного криза?

1. фуросемид
 2. актовегин
 3. фенталамин
 4. бензогексоний
 5. нанипрус
- End

Какие вещества определяют патогенез феохромоцитомы:

1. ренин
 2. ангиотензин
 3. гипернатриемия
 4. катехоламины
 5. только дофамин
- End

Рациональной терапией при феохромоцитоме является применение:

1. в-адреноблокаторов
2. апрессина
3. хирургического лечения
4. диуретиков
5. ингибиторов АПФ

End

Какое исследование не позволяет диагностировать феохромоцитому:

1. определение суточной экскреции катехоламинов в моче
 2. определение ванилил-миндальной кислоты в моче
 3. экскреторная урография
 4. компьютерная томография почек и надпочечников
 5. определение катехоламинов в крови из системы полых вен при катетеризации
- end

Острая надпочечниковая недостаточность не характеризуется:

1. лихорадкой
2. болью в животе
3. тошнотой
4. артериальной гипертензией
5. тахикардией

end

На синтез АКТГ влияет:

- 1) мелатонин
- 2) кортиколиберин
- 3) тиреолиберин
- 4) люлиберин
- 5) соматолиберин

End

Дифференциальную диагностику первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности определяют по уровню

- 1) АКТГ
- 2) кортизола
- 3) 17ОКС
- 4) 17КС
- 5) 17ОКС и 17КС

End

Патогенез вторичной надпочечниковой недостаточности обусловлен:

- 1) первичным поражением гипофиза с недостаточной секрецией АКТГ
- 2) первичным поражением гипофиза с недостаточной секрецией гонадотропинов
- 3) первичным поражением гипофиза с недостаточной секрецией тиреотропного гормона
- 4) первичным поражением гипофиза с недостаточной секрецией соматотропного гормона
- 5) сохранением секреции АКТГ

End

Сахарный диабет 2 типа характеризуется наличием всего перечисленного, кроме:

1. Инсулинорезистентности
2. Нарушения первой фазы секреции инсулина
3. Раннего выявления макро - и микроангиопатий
4. Абсолютной недостаточности инсулина
5. Ожирения

End;

При сахарном диабете физические нагрузки способствуют всему, кроме

1. Гипогликемизирующему действию ПССП
2. Улучшению компенсации сахарного диабета
3. Увеличению чувствительности к экзогенному инсулину
4. Увеличению частоты ретинопатии
5. Увеличению чувствительности к эндогенному инсулину

End;

Для подтверждения диагноза сахарного диабета 1 типа важны все перечисленные данные, кроме данных:

1. о гипербилирубинемии
2. о гипергликемии
3. о глюкозурии
4. о наличии ацетона в моче
5. о гликозилированном гемоглобине

end;

У мальчика 8 лет отмечена потеря сознания 1 час назад. При осмотре: бессознательное состояние; дыхание Куссмауля; гиперемия щек; сухость кожи; язык малиновый, сухой; глазные яблоки мягкие; в легких прослушиваются рассеянные сухие хрипы; печень на 3 см выступает из-под реберного края; остальные органы без явных отклонений от нормы. От больного исходит отчетливый запах ацетона. В анамнезе: перенесенный грипп, в течение 2-3 недель жалобы на жажду, частые мочеиспускания; похудание при удовлетворительном аппетите; вялость, заторможенность, потеря аппетита в течение последних 2 дней, накануне появление тошноты и рвоты. Ваш предварительный диагноз:

1. почечный диабет
2. несахарный диабет
3. диабетическая кетоацидотическая кома
4. нарушенная толерантность к углеводам
5. гипогликемическая кома

end;

Для больного сахарным диабетом характерны все перечисленные признаки, кроме

1. жажды
2. учащенного мочеиспускания
3. общей слабости
4. похудения
5. плаксивости

End;

У мальчика 7 лет отмечается жажда, полиурия, потеря массы тела, общая слабость, сниженный аппетит. При обследовании: гликемия натощак — 3.5 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки глюкозой — 4.5 ммоль/л. Ацетон в моче отсутствует. Суточный диурез — 3000 мл. Удельный вес мочи в пробе по Зимницкому — 1000-1002. Ваш предполагаемый диагноз.

1. почечная глюкозурия
2. сахарный диабет 1 типа
3. несахарный диабет
4. нарушенная толерантность к углеводам
5. нарушение гликемии натощак

end;

К факторам риска синдрома диабетической стопы относится:

1. Атеросклероз артерий ног
2. Деформации стопы, например плоскостопие.
3. Гиперкератоз, мозоли, бурситы больших пальцев.
4. Тесная, неудобная обувь
5. Все вышеперечисленное

end;

Офтальмологом при осмотре глазного дна пациента с сахарным диабетом выявил следующие изменения: мягкие экссудативные очаги, неравномерный калибр сосудов, интратинальные микрососудистые аномалии. Какая стадия ретинопатии у пациента?

1. Непролиферативная

2. Препролиферативная
3. Пропролиферативная
4. У пациента нет ретинопатии
5. Невозможно установить стадию ретинопатии

end;

Офтальмологом при осмотре глазного дна пациента с сахарным диабетом выявил следующие изменения: единичные микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудаты.

Какая стадия ретинопатии у пациента?

1. Непролиферативная
2. Препролиферативная
3. Пропролиферативная
4. У пациента нет ретинопатии
5. Невозможно установить стадию ретинопатии

end;

Офтальмологом при осмотре глазного дна пациента с сахарным диабетом (стаж диабета-15 лет) выявил следующие изменения: неоваскуляризация области диска зрительного нерва, кровоизлияния в стекловидное тело, преретинальные кровоизлияния. Какая стадия ретинопатии у пациента?

1. Непролиферативная
2. Препролиферативная
3. Пропролиферативная
4. У пациента нет ретинопатии
5. Невозможно установить стадию ретинопатии

end;

При объективном обследовании пациентов с синдромом гипогликемии можно выявить:

1. Мидриаз
2. Тахикардия
3. Дрожь
4. Бледность кожи
5. Все вышеперечисленное

end;

К нейрогликопеническим симптомам при гипогликемии относится:

1. нарушение концентрации
2. головная боль
3. головокружение
4. чувство страха
5. все вышеперечисленное

end;

Механизм действия сахароснижающих сульфаниламидных препаратов состоит, главным образом:

1. в усилении секреции инсулина поджелудочной железой
2. в восстановлении физиологической чувствительности В-клеток к глюкозе
3. в снижении образования НЭЖК и глицерина
4. в повышении утилизации глюкозы в печени и мышцах
5. нет правильного ответа

end;

Прохождение глюкозы через мембрану клетки без участия инсулина происходит в:

1. мозговом слое почек
2. эритроцитах
3. хрусталике
4. коже

5. во всех вышеперечисленных

end;

Какой из гормонов стимулирует липогенез?

1. соматотропный гормон
2. адреналин
3. глюкагон
4. инсулин
5. тироксин

end;

К характерным признакам синдрома гипергликемии относится:

1. Желтуха
2. Боли за грудиной
3. Полиурия
4. Дискомфорт в правом подреберье
5. Болезненное мочеиспускание

end;

К характерным признакам синдрома гипергликемии не относится:

1. Жажда
2. Полифагия
3. Полиурия
4. Похудание
5. Сухой кашель

end;

К продуктам, содержащим большое количество клетчатки, относится:

1. Сливочное масло
2. Капуста
3. Сухари
4. Яйцо
5. Картофель

end;

В патогенезе поздних осложнений сахарного диабета участвуют:

1. Активация полиолового пути метаболизма глюкозы
2. Неферментативное гликозилирование белков
3. Нарушения липидного обмена
4. Гемодинамические нарушения
5. Все вышеперечисленное

end;

Для диагностики диабетической нефропатии используются:

1. Исследование микроальбуминурии (МАУ)
2. Исследование протеинурии в суточной
3. Исследование креатинина и мочевины сыворотки крови
4. Исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ)
5. Все вышеперечисленное

end;

Антитела к островковым клеткам поджелудочной железы определяются при:

1. сахарном диабете 1 типа
2. сахарном диабете 2 типа
3. идиопатическом диабете
4. стероидном диабете
5. диабете при тиреотоксикозе

end;

Ожирение диагностируется при:

1. Индексе массы тела более 18 кг/м²
2. Индексе массы тела более 30 кг/м²
3. Индексе массы тела менее 25 кг/м²
4. Индексе массы тела более 23 кг/м²
5. Нет правильного ответа

end;

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

1. Масса тела (кг)/ рост(см)
2. Масса тела(кг)+ рост(см)
3. Масса тела(кг)/рост в квадрате(м)
4. Рост (см)- масса тела (кг)
5. Объем талии/объем бедер

end;

Абдоминальным ожирением считается:

1. Объем талии у женщин >80 см, у мужчин>94 см
2. Объем талии у женщин <80 см, у мужчин<90 см
3. Объем талии у женщин >60 см, у мужчин>70 см
4. Объем талии у женщин >100 см, у мужчин>110 см
5. Нет правильного ответа.

end;

Клинические особенности ИБС при сахарном диабете: а) одинаковая частота развития ИБС у мужчин и у женщин; б) высокая частота безболевых форм инфаркта миокарда; в) низкий риск «внезапной смерти»; г) невысокая частота развития постинфарктных осложнений. Выберите правильный ответ по схеме.

1. Верно а, в, г
2. Верно а, б
3. Верно в, г
4. Верно б,в,г
5. Верно а, в

end;

Синдром диабетической стопы - это:

1. Патологическое состояние стопы при диабете, проявляющееся трофическими язвами, кожно-суставными изменениями и гнойно-некротическими процессами
2. Язвенное поражение стопы при сахарном диабете
3. Острое осложнение сахарного диабета 1 типа
4. Флегмона стопы, развивающаяся при сахарном диабете
5. остеоаропатия стопы при сахарном диабете

end;

Для введения инсулина нельзя использовать:

1. Инсулиновые шприцы
2. Инсулиновые шприц-ручки
3. Туберкулиновые шприцы
4. Инсулиновую помпу
5. Нет правильного ответа

end;

К поздним осложнениям диабета не относится:

1. Феномен Сомоджи
2. Диабетическая нефропатия
3. Диабетическая нефропатия
4. Синдром диабетической стопы
5. Эректильная дисфункция

end;

К поздним осложнениям сахарного диабета относится:

1. Диабетическая кетоацидотическая кома
2. Гипогликемия
3. Постинъекционные липодистрофии
4. Диабетическая ретинопатия
5. Феномен Сомоджи

end;

Сахарный диабет следует дифференцировать с:

1. Несахарным диабетом
2. Ацетонемической рвотой
3. Почечным диабетом
4. Гиперпаратиреозом
5. Всем вышеперечисленным

end;

Уровень глюкозы крови через 2 часа после еды называется:

1. базальной гликемией
2. постпрандиальной гликемией
3. среднесуточной гликемией
4. стрессовой гликемией
5. болюсной гликемией

end;

У больной Д., 32 лет, находившейся в стационаре по поводу сахарного диабета 1 типа, в 2 часа ночи появились дрожь в теле, потливость. В 22 часа медсестра вводила Протафан НМ 12 ЕД по назначению врача. Выделите ведущий синдром.

1. синдром гипогликемии
2. синдром тиреотоксикоза
3. синдром гипотиреоза
4. синдром гипергликемии
5. синдром хронической надпочечниковой недостаточности

end;

Для лактацидотической комы характерно:

1. Стойкие боли в мышцах, не купирующиеся приемом анальгетиков
2. Боли в сердце, не купирующиеся приемом антиангинальных препаратов
3. Боли в животе
4. Слабость, адинамия
5. Все вышеперечисленное

end;

К легкоусваиваемым углеводам, используемых для купирования легкой гипогликемии, относятся:

1. Мед, варенье
2. Хлеб, каша
3. Сыр, молоко
4. Сливочное масло, маргарин
5. Нет правильного ответа

End;

Для купирования легкой гипогликемии лучше использовать:

1. 4-5 чайных ложек сахара, растворенных в воде
2. Яйцо
3. 1 кусок хлеба грубого помола
4. стакан молока
5. Лимон

end;

Для дифференциального диагноза острого аппендицита и абдоминального синдрома у больного с кетоацидотической прекомой сахарного диабета имеет значение наличие всех перечисленных признаков, кроме

1. слабости
2. гипертермии
3. высокого уровня гликемии
4. высокого уровня глюкозурии
5. гипертензии

end;

Влияние инсулина на углеводный обмен

1. стимуляция проникновения глюкозы в ткани
2. стимуляция липолиза
3. ингибирование биосинтеза гликогена
4. угнетение гликолиза и пентозного цикла
5. стимуляция глюконеогенеза

end;

Сахарный диабет 1-го типа следует лечить

1. только диетотерапией
2. сульфаниламидными препаратами
3. инсулином на фоне диетотерапии
4. голоданием
5. бигуанидами

end;

У мужчины 58 лет, обследовавшегося по поводу ожирения, случайно выявлена гликемия натощак 8,7 ммоль/л, из анамнеза удалось выяснить, что незначительная жажда и сухость во рту беспокоят в течение года, родная сестра пациента страдает сахарным диабетом.

Определите тип диабета у данного пациента.

1. Сахарный диабет 1 типа
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Стероидный диабет
4. Гестационный диабет
5. Аутоиммунный диабет

end;

У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость. Уровень сахара в крови 16 ммоль/л, мочи 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного:

1. сахарный диабет 1-го типа
2. сахарный диабет 2-го типа
3. сахарный диабет 2-го типа, инсулинопотребный
4. гестационный диабет
5. стероидный диабет

end;

У полной женщины 45 лет случайно при диспансерном обследовании выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной:

1. сахарный диабет 1-го типа
2. сахарный диабет 2-го типа
3. аутоиммунный диабет
4. гестационный диабет
5. стероидный диабет

end;

Гестационный диабет – это:

1. сахарный диабет 1 типа, возникший после беременности
2. сахарный диабет 2 типа, возникший после беременности
3. сахарный диабет, впервые возникший во время беременности
4. сахарный диабет 1 и 2 типа, возникший непосредственно перед беременностью
5. осложненный сахарный диабет

end;

Диабет, впервые возникший во время беременности, называют:

1. сахарный диабет 1 типа
2. гестационный диабет
3. сахарный диабет 2 типа
4. стероидный диабет
5. идиопатический диабет

end;

Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения

1. строфангина
2. изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
3. солей кальция
4. норадреналина
5. солей калия

end;

Резистентность к инсулину может быть вызвана:

1. инфекционным заболеванием
2. патологией инсулиновых рецепторов
3. антителами к инсулину
4. длительностью диабета свыше одного года
5. всеми указанными факторами

end;

Если у больного сахарным диабетом 1-го типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, то следует

1. отменить инсулин
2. применить пероральные сахароснижающие средства
3. уменьшить суточную дозу инсулина
4. уменьшить содержание углеводов в пище
5. увеличить получаемую суточную дозу инсулина

end;

Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)?

1. усиление полиурии
2. кетоацидоз
3. лактацидоз
4. агранулоцитоз
5. холестатическая желтуха

end;

Самым активным стимулятором секреции инсулина является

1. аминокислоты
2. свободные жирные кислоты
3. глюкоза
4. фруктоза
5. электролиты

end;

Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего в

1. миокарде
2. периферической нервной системе
3. центральной нервной системе
4. гепатоцитах
5. поперечно-полосатой мускулатуре

end;

Рациональное соотношение белков, углеводов и жиров в диете больных сахарным диабетом 1-го типа

1. белки 15-20%, углеводы 55-60%, жиры 20-25%
2. белки 25-30%, углеводы 30-40%, жиры 30-35%
3. белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%
4. белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%
5. белки 40%, углеводы 30%, жиры 30%

end;

Уровень гликозилированного гемоглобина для оценки компенсации определяют:

1. 1 раз в месяц
2. 2 раза в месяц
3. 1 раз в 3 месяца
4. 1 раз в год
5. При каждом посещении эндокринолога

end;

В диете больного сахарным диабетом можно в неограниченном количестве использовать

1. картофель
2. огурцы
3. сливочное масло
4. рис
5. молоко

end;

3

В диете больного сахарным диабетом 2 типа без ограничений можно использовать:

1. черный хлеб
2. мед
3. капусту
4. картофель
5. рис

end;

Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании?

1. С-пептид
2. средняя суточная гликемия
3. гликолизированный гемоглобин
4. средняя амплитуда гликемических колебаний
5. уровень контринсулярных гормонов в крови

end;

Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей патологией почек?

1. глибенкламид
2. глюренорм
3. хлорпропамид
4. манинил
5. эналаприл

end;

К осложнениям инсулинотерапии не относят:

1. диабетическую ретинопатию
2. инсулиновые отеки
3. постинсулиновые липодистрофии
4. гипогликемии
5. феномен Сомоджи

end;

К осложнениям инсулинотерапии относится

1. гипергликемия
2. кетоацидоз
3. постинсулиновые липодистрофии
4. синдром Мориака
5. нефропатия

end;

Возможная причина гипогликемии-

1. низкая доза инсулина
2. в рационе избыточное количество хлебных единиц
3. недостаточная доза таблетированных сахароснижающих препаратов
4. гиподинамия
5. незапланированная физическая нагрузка

end;

Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является

1. бикарбонат натрия вводится всем больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, с целью борьбы с ацидозом
2. снижение рН крови ниже 8,36
3. начинающийся отек мозга
4. снижение рН крови ниже 7,0 или уровень стандартного бикарбоната менее 5 ммоль/л
5. остановка дыхания

end;

Инсулин Актрапид, введенный подкожно, начинает действовать через:

1. 5 минут
2. 1 час
3. 30 мин
4. 2,5 часа
5. сразу после введения

end;

К провоцирующим факторам развития гипогликемии относят все перечисленные, кроме:

1. недостаточное содержание углеводов в пище
2. передозировка инсулина
3. физические нагрузки
4. недостаточное введение инсулина
5. массаж места инъекции

end;

Укажите ориентировочную дозу инсулина (ед/кг/сут) при сахарном диабете 1 типа в период «медового месяца»:

1. 0,6-0,8
2. < 0,5
3. 1,0-2,0
4. 0,6-1,0
5. 1,0-1,5

end;

При каком уровне гликемии необходимо в/в введение глюкозы при выведении больных из диабетической комы?

1. 24 ммоль/л
2. 14 ммоль/л
3. 10 ммоль/л
4. 8 ммоль/л
5. 5 ммоль/л

end;

К факторам риска сахарного диабета 2 типа относятся все, кроме:

1. нарушенная толерантность к глюкозе
2. гипергликемия натощак
3. гестационный сахарный диабет в анамнезе
4. рождение ребенка весом более 4,5 кг
5. проживание в высокогорных районах

end;

Важнейший фактор риска сахарного диабета 2 типа:

1. раннее искусственное вскармливание
2. детский возраст
3. ожирение
4. проживание в высокогорных регионах
5. употребление продуктов, содержащих большое количество клетчатки

end;

Для диабетического кетоацидоза характерно все перечисленное, кроме:

1. болей в животе
2. гипергидроза
3. рвоты
4. сонливости
5. запаха ацетона в выдыхаемом воздухе

end;

Лабораторный контроль состояния больного при кетоацидотической коме включает все перечисленное, кроме:

1. креатинин сыворотки
2. проба Реберга
3. газоанализ и pH крови
4. электролиты плазмы крови
5. уровень гликемии

end;

Методы лечения гипогликемической комы включают все перечисленные, кроме:

1. в/в введение 40% глюкозы струйно
2. в/в введение 5% глюкозы капельно
3. в/в введение 10% глюкозы капельно
4. введение глюкагона подкожно
5. в/в введение бикарбоната натрия

end;

К признакам, подтверждающим диагноз «диабетическая кетоацидотическая кома» относятся все перечисленные, кроме

1. бессознательного состояния
2. шумного дыхания Куссмауля
3. сухой кожи
4. кашля
5. запаха ацетона в выдыхаемом воздухе

end;

При диабетической кетоацидотической коме наблюдается все перечисленное, кроме

1. болей в животе
2. потери сознания
3. запаха ацетона в помещении
4. расстройства дыхания
5. желтушности кожи

end;

Факторы риска развития СД 2 типа все, кроме:

1. ожирение
2. возраст 40 и старше
3. наследственность
4. 1 группа крови
5. нарушение толерантности к глюкозе

end;

Основным механизмом действия препаратов сульфонилмочевины является:

1. снижение инсулинорезистентности в печени
2. стимуляция секреции инсулина
3. снижение всасывания глюкозы в кишечнике
4. снижение секреции глюкагона
5. снижение инсулинорезистентности в мышечной ткани

end;

Какой препарат уменьшает инсулинорезистентность при СД?

1. глибенкламид
2. акарбоза
3. метформин
4. глюренорм
5. гликлазид

end;

Количество продукта, содержащее 10-12 г. углеводов называется:

1. гликемический индекс
2. индекс атерогенности
3. хлебная единица
4. крахмальная единица
5. ничего из вышеперечисленного

end;

В 1 хлебной единице содержится

1. 8 г углеводов
2. 8 г белков
3. 14 г углеводов
4. 10-12 г углеводов
5. все ответы неверные

end;

Какой препарат относится к инсулинам ультракороткого действия:

1. Актрапид
2. Новорапид
3. Протофан
4. Левемир
5. Лантус

end;

СД может выявляться при следующих эндокринопатиях:

1. акромегалии

2. болезни Иценко – Кушинга
3. синдроме Иценко-Кушинга
4. тиреотоксикозе
5. все вышеперечисленное

end;

В регуляции углеводного обмена участвуют следующие гормоны: а) вазопрессин; б) окситоцин; в) инсулин; г) глюкагон. Выберите правильный ответ по схеме.

1. Верно а, б
2. Верно б, в
3. Верно б,в,г
4. Верно в, г
5. Верно а, в

end;

Углеводный обмен регулируют гормоны:

1. вазопрессин
2. пролактин, прогестерон
3. инсулин, глюкагон
4. глюкокортикоиды
5. окситоцин

end;

Контринсулярный гормон глюкагон вырабатывается:

1. в бета-клетках островков Лангерганса
2. в альфа-клетках островков Лангерганса
3. в гипофизе
4. в надпочечниках
5. в печени и почках

end;

Бета-клетки поджелудочной железы вырабатывают:

1. инсулин
2. глюкагон
3. соматостатин
4. с-пептид
5. трипсин

end;

Гормон инсулин вырабатывают:

1. альфа клетки островков Лангерганса
2. бета -клетки островков Лангерганса
3. ацидофильные клетки гипофиза
4. К – клетки кишечника
5. дельта-клетки островков Лангерганса

end;

Препаратами выбора для лечения диабетической нефропатии являются:

1. ингибиторы АПФ
2. актовегин
3. агонисты имидазолиновых рецепторов
4. антагонисты кальция
5. витамины группы В

end;

Препаратом 1-го выбора у больных СД с артериальной гипертензией является:

1. бета - блокаторы
2. ингибиторы АПФ
3. антагонисты кальция

4. агонисты имидазолиновых рецепторов
5. препараты раувольфии

end;

Суточная доза инсулина у больного СД 1 типа в дебюте заболевания:

1. 0,3-0,5 ед/кг
2. 0,6-0,7 ед/кг
3. 0,1-0,2 ед/кг
4. 1-2 ед/кг
5. 3-4 ед/кг

end;

К диабетическим макроангиопатиям относятся:

1. диабетическая ретинопатия
2. диабетическая нефропатия
3. атеросклероз мозговых сосудов
4. все вышеперечисленное
5. нет верного ответа

end;

Больной СД получает: Актрапид в 8.30 – 16 ЕД, 13.00 – 16 ЕД, 18.30 – 18 ЕД; Протофан в 8.30 – 20 ЕД, 18.30 – 20 ЕД. Жалобы на беспокойный сон, кошмарные сновидения, разбитость по утрам. При определении сахара крови в 3 ч. ночи – 3,1 ммоль/л, утром натощак – 21 ммоль/л, С чем это связано?

1. феноменом «утренней зари»
2. недостатком инсулина продленного действия перед сном
3. феноменом Сомоджи
4. инсулиновыми отеками
5. всем вышеперечисленным

end;

Исследование глюкозотолерантного теста для диагностики сахарного диабета не проводится:

1. на фоне острого заболевания
2. на фоне травмы или хирургического вмешательства
3. на фоне кратковременного приема препаратов, повышающих уровень гликемии
4. у больных с циррозом печени
5. верно все вышеперечисленное

Выделяют следующие основные формы диабетической стопы:

1. ишемическая и нейропатическая
2. ишемическая и гангренозная
3. гангренозная и инфильтративная
4. инфильтративная и нейропатическая
5. инфильтративная и ишемическая

end;

Что такое гликированный гемоглобин?

1. это усредненный уровень сахара за день
2. это усредненный уровень сахара за 1 месяц
3. это усредненный уровень сахара за 3-4 месяца
4. это усредненный уровень сахара за 6 месяцев
5. это усредненный уровень сахара за 12 месяцев

end;

Для III стадии диабетической нефропатии (Дедов И.И, 2003) характерна:

1. ХПН
2. Микроальбуминурия
3. Протеинурия

4. Микроальбуминурия и повышение артериального давления

5. Нет правильного ответа

end;

У больного с сахарным диабетом 1 типа на фоне острой вирусной инфекции появился запах ацетона изо рта, по кетотесту - положительная реакция мочи на ацетон. Какую доврачебную помощь нужно оказать больному?

1. увеличить дозу инсулина за счет введения дополнительных подкожных инъекций инсулина короткого действия и дать щелочное питье
2. перевести больного на одну инъекцию инсулина в день
3. дать дополнительно сливочное масло
4. хорошо проветрить комнату
5. перевести на таблетированные сахароснижающие препараты

end;

Клиническими критериями диагностики сахарного диабета являются все, кроме:

1. олигурия
2. полиурия
3. похудание
4. повышенный аппетит
5. жажда

end;

Какое количество глюкозы необходимо для проведения орального глюкозотолерантного теста у взрослых?

1. 3 г
2. 35 г
3. 75 г
4. 50 мг
5. 100 мг

end;

Полиурия при сахарном диабете является следствием повышенного содержания в крови:

1. Ацетона
2. Ацетоуксусной кислоты
3. Глюкозы
4. бетаоксимасляной кислоты
5. молочной кислоты

end;

Оральный глюкозотолерантный тест проводится:

1. всем пациентам с выявленной гипергликемией
2. проводится в случае сомнительных значений гликемии для уточнения диагноза
3. пациентам с гликемией натощак больше 20 ммоль/л
4. только пациентам с нормальными показателями гликемии натощак
5. лицам в кетоацидотической коме

end;

Какие из нижеперечисленных продуктов больной СД может употреблять в неограниченном количестве:

1. картофель, кукуруза
2. капуста, зелень
3. макаронные изделия, злаки
4. сыр
5. растительное масло

end;

При СД 2 типа:

1. начало заболевания постепенное

2. аутоантитела к бета – клеткам отсутствуют
3. имеется отягощенная наследственность
4. чаще наблюдается ожирение
5. все вышеперечисленное

end;

В классификации диабетической нефропатии (Дедов,2003) имеются следующие стадии, кроме:

1. Стадия микроальбуминурии
2. Стадия протеинурии, с сохранной азотовыделительной функцией почек
3. Стадия хронической почечной недостаточности
4. Стадия гиперфльтрации
5. Нет правильного ответа

end;

К препаратам сульфонилмочевины относят все, кроме:

1. глибенкламид
2. глимепирид
3. глюренорм
4. метформин
5. глипизид

end;

Относительно СД 1 типа справедливо все, кроме:

1. диабет требует постоянного лечения инсулином
2. диабет чаще возникает в молодом возрасте
3. течение диабета сопровождается склонностью к кетоацидозу
4. диабет обычно возникает на фоне ожирения
5. присутствуют антитела к бета клеткам

end;

Уровень С-пептида при СД 1-го типа чаще всего:

1. повышен
2. снижен
3. не изменен
4. повышен или в норме
5. снижен или повышен

end;

К диабетическим микроангиопатиям относится:

1. окклюзия сосудов нижних конечностей
2. ИБС
3. диабетическая нефропатия
4. цереброваскулярные заболевания
5. периферические ангиопатии

end;

К диабетическим микроангиопатиям относят: а) диабетическая ретинопатия; б)диабетическая нефропатия; в) диабетическая кетоацидотическая кома; г) атеросклероз сосудов головного мозга.

Выберите правильный ответ по схеме.

1. Верно а, б
2. Верно в, г
3. Верно а, г
4. Верно б, г
5. Верно а, б, в

end;

У больного СД 1 типа после физической нагрузки возникла дрожь, сердцебиение, сильный голод, слабость, беспокойство. Ваша тактика:

1. подождать самостоятельного прекращения симптомов
2. дать больному легкоусвояемые углеводы в количестве 1,5 – 2 ХЕ
3. в/в ввести 40% раствор глюкозы 100 мл
4. срочно госпитализировать больного
5. в/в ввести 5% раствор глюкозы 60 мл

end;

Укажите препарат, относящийся к инсулинам длительного действия:

1. НовоРapid
2. Actrapid
3. Левемир
4. Хумалог
5. Протафан

end;

Укажите препарат, относящийся к инсулинам ультракороткого действия:

1. Левемир
2. Хумалог
3. Лантус
4. Протафан
5. Все вышеперечисленное

end;

К симптомам кетоацидоза относятся все, кроме

1. слабость, сонливость
2. тошнота, рвота
3. запах ацетона изо рта
4. учащенное дыхание
5. гематурия

end;

Физические нагрузки при сахарном диабете:

1. повышают чувствительность к инсулину и снижают уровень гликемии
2. всегда повышают гликемию
3. не влияют на уровень гликемии
4. строго запрещены
5. нет правильного ответа

end;

Препаратами выбора в лечении сахарного диабета 1 типа являются:

1. генноинженерные инсулины человека
2. свиные инсулины
3. человеческие полусинтетические, полученные из свиней
4. бычьи инсулины
5. инсулины не применяются для лечения сахарного диабета 1 типа

end;

Гипогликемический синдром развивается при уровне сахара в крови ниже:

1. 3 ммоль/л
2. 7 ммоль/л
3. 10 ммоль/л
4. 20 ммоль/л
5. 30 ммоль/л

end;

Неоваскуляризация области диска зрительного нерва характерна для:

1. пролиферативной ретинопатии

2. препролиферативной ретинопатии
3. непролиферативной ретинопатии
4. любой стадии ретинопатии
5. препролиферативной или непролиферативной стадии ретинопатии

end;

Гликирование гемоглобина происходит в одной из перечисленных клеток:

1. гепатоцит
2. нервная клетка
3. эритроцит
4. жировая клетка
5. кардиальная клетка

end;

Лабораторными критериями диагностики СД являются все, кроме:

1. повышенный удельный вес мочи
2. гипергликемия
3. глюкозурия
4. ацетонурия
5. высокий уровень тироксина

end;

Какие рекомендации по диетотерапии вы дадите пациенту с СД 2 типа и ожирением?

1. гипокалорийная диета
2. ограничение алкоголя
3. исключение легкоусвояемых углеводов
4. ограничение употребления соли до 3 г/сутки при артериальной гипертонии
5. все вышеперечисленное

end;

При назначении диеты больному СД 1 типа следует учитывать

1. возраст больного
2. данные физического развития
3. характер питания до заболевания
4. особенности клинического течения болезни
5. все вышеперечисленное

end;

У больного сахарным диабетом 1 типа, принимающего инсулинотерапию, появились постинъекционные липодистрофии. Ваша дальнейшая тактика:

1. продолжать инъекции инсулина в прежние места
2. увеличить дозу инсулина
3. назначить массаж, физиотерапию на места липодистрофий и часто менять места инъекций
4. отменить инсулинотерапию, назначить пероральные сахароснижающие препараты
5. все вышеперечисленное

end;

В основе развития сахарного диабета 1 типа лежит?

1. инсулинорезистентность
2. гиперинсулинемия
3. атеросклероз
4. деструкция β - клеток, абсолютная инсулиновая недостаточность
5. все перечисленное неверно

end;

Для ишемической формы синдрома диабетической стопы характерно:

1. отсутствие пульсации периферических артерий

2. перемежающаяся хромота
3. язвенный дефект
4. бледная, холодная на ощупь кожа
5. Всё вышеперечисленное

end;

Для пролиферативной диабетической ретинопатии характерно:

1. неоваскуляризация сетчатки
2. сохранность остроты зрения
3. миопия
4. катаракта
5. конъюнктивит

end;

В лечении сахарного диабета 2 типа используют следующие препараты из группы бигуанидов:

1. ситаглиптин
2. глибенкламид
3. репаглинид
4. метформин
5. эксенатид

end;

Среднесуточная доза инсулина при сахарном диабете зависит:

1. уровня гликемии в течение суток
2. пищевого рациона больного
3. физической активности
4. наличия интеркуррентного заболевания
5. всё вышеперечисленное

end;

Что является проявлением дистальной полинейропатии?

1. снижение вибрационной и тактильной чувствительности
2. ретинальные геморрагии
3. ограничение подвижности мелких суставов (хайропатия)
4. инфекции мочевой системы
5. ничего из вышеперечисленного

end;

Инсулин короткого действия Актрапид при сахарном диабете 1 типа обычно вводится:

1. до приема пищи за 30-40 минут
2. до приема пищи за 10-15 минут
3. за 1 час до еды
4. непосредственно до или сразу после приема пищи
5. ни одно из перечисленных утверждений неверно

end;

Какие группы сахароснижающих препаратов стимулируют секрецию инсулина:

1. производные сульфонилмочевины
2. бигуаниды
3. ингибиторы α -глюкозидазы
4. глитазоны
5. ничего из вышеперечисленного

end;

В первый час лечения взрослого больного с кетоацидозом должен быть обязательно введен:

1. инсулин короткого действия парентерально
2. хлорид калия 1,5-2.0 г.

3. коллоидные плазмозаменители
4. 2% раствор гидрокарбоната натрия
5. ничего из вышеперечисленного

end;

С-пептид является:

1. маркером компенсации сахарного диабета,
2. контринсулярным гормоном,
3. показателем секреции инсулина,
4. маркером сахарного диабета 2 типа,
5. показателем активности воспалительного процесса

end;

Какие из перечисленных утверждений характеризуют сахарный диабет 1 типа?

1. молодой возраст во время клинической манифестации
2. у большей части больных неотягощен наследственный анамнез
3. наличие аутоантител к В-клеткам поджелудочной железы
4. склонность к развитию кетоацидоза
5. все вышеперечисленное

end;

Диагностический критерий сахарного диабета по уровню глюкозы плазмы венозной крови натощак:

1. $\geq 5,6$ ммоль/л
2. $\geq 6,0$ ммоль/л
3. $\geq 7,1$ ммоль/л
4. $\geq 11,1$ ммоль/л
5. 15 ммоль/л

end;

Гены главного комплекса гистосовместимости относят к патогенетически значимым в отношении:

1. Сахарного диабета 2 типа
2. Сахарного диабета беременных
3. Сахарного диабета 1 типа
4. Несахарного диабета
5. Сахарного диабета при акромегалии

end;

Укажите симптом не характерный для диабетической нефропатии на стадии протеинурии:

1. Отечный синдром,
2. Протеинурия
3. Гипоальбуминемия,
4. Повышение скорости клубочковой фильтрации,
5. Артериальная гипертензия

end;

Лечебным мероприятием по выводу больных из кетоацидоза не является:

1. инсулинотерапия
2. восстановление электролитного баланса
3. восстановление кислотно-щелочного баланса
4. регидратация
5. дегидратация

end;

Какой из ниже перечисленных препаратов является препаратом выбора при лечении сахарного диабета 1 типа?

1. метформин
2. глибенкламид

3. акарбоза
4. хумулин
5. глимепирид

end;

Критерием постановки диагноза сахарного диабета по капиллярной крови является:

1. Натощак $> 3,5$ ммоль/л, через 2 часа после нагрузки $< 7,8$ ммоль/л
2. Натощак $< 5,7$ ммоль/л, через 2 часа после нагрузки $> 11,1$ ммоль/л
3. Натощак > 8 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки $> 11,1$ ммоль/л
4. Натощак $> 6,1$ ммоль/л, через 2 часа после нагрузки $> 11,1$ ммоль/л
5. Ничего из представленного

end;

Инсулин ультракороткого действия при сахарном диабете обычно вводится:

1. до приема пищи за 30-40 минут
2. через 30 минут после еды
3. за 1 час до еды
4. непосредственно до или сразу после приема пищи
5. ни одно из перечисленных утверждений неверно

end;

В основе развития сахарного диабета типа 1 лежит?

1. повреждение бета-клеток, инсулинодефицит
2. инсулинорезистентность
3. гиперинсулинемия
4. атеросклероз
5. все вышеперечисленное

end;

При выведении из диабетического кетоацидоза инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:

1. 5% раствора глюкозы,
2. гипотонического раствора (0,45%) хлорида натрия,
3. реополиглюкина
4. гемодеза
5. изотонического раствора (0,9%) хлорида натрия

end;

К препаратам, блокирующим действие альфа-глюкозидаз относится:

1. Акарбоза
2. Метформин
3. Глюренорм
4. Глибенкламид
5. Инсулин

end;

К препаратам сульфонилмочевины относится:

1. Метформин
2. Эналаприл
3. Акарбоза
4. Глибенкламид
5. Актрапид

end;

К препаратам из группы бигуанидов относится:

1. Метформин
2. Эналаприл
3. Акарбоза
4. Глибенкламид

5. Актрапид

end;

К диабетическим микроангиопатиям относится:

1. Гломерулосклероз (нефропатия)
2. Поражение коронарных артерий
3. Поражение аорты
4. Варикозное расширение вен голени
5. Поражение церебральных сосудов

end;

К факторам риска развития диабетической макроангиопатии относятся:

1. Гипертриглицеридемия
2. Кетоацидотическая кома
3. Лечение инсулином
4. Значение гликоцилированного гемоглобина $< 5\%$
5. Диабетическая ретинопатия

End;

К проявлениям диабетической микроангиопатии относится:

1. поражение магистральных сосудов конечностей
2. поражение сосудов глазного дна /ретинопатия/
3. поражение церебральных сосудов,
4. поражение коронарных сосудов,
5. все перечисленное

end;

Укажите значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:

1. Менее 5,6 ммоль/л
2. 6,7 ммоль/л
3. 9,7 ммоль/л
4. 11,3 ммоль/л
5. 10,1 ммоль/л

end;

Для стадии начинающейся диабетической нефропатии (I стадии, Дедов, 2003г) характерно все, кроме:

1. Микроальбуминурии
2. Гиперфльтрация или нормальная СКФ
3. Протеинурии
4. Нормальное артериальное давление
5. Все перечисленное нехарактерно для этой стадии

end;

Какие симптомы, из перечисленных ниже, развиваются у больных с кетоацидотической комой?

1. Сухость кожи и слизистых
2. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе
3. Тахикардия
4. Дыхание типа Куссмауля
5. Всё вышеперечисленное

end;

Нормальный базальный уровень глюкозы капиллярной крови составляет:

1. 8,3-10,1 ммоль/л;
2. 6,2-9,3 ммоль/л;
3. 2,7-5,5 ммоль/л;

4. 3,8-6,7 ммоль/л;

5. 3,3-5,5 ммоль/л.

end;

Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

1. 8,43 ммоль/л;

2. 7,22 ммоль/л;

3. 9,6 ммоль/л;

4. 10,1 ммоль/л;

5. 7,8 ммоль/л.

end;

Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

1. Снять ЭКГ

2. Ввести 5%-ный раствор глюкозы

3. Ввести инсулин (10-20 ЕД)

4. Исследовать уровень креатинина, электролитов и глюкозы в крови

5. Ввести 20 мл 40%-ного раствора глюкозы

end;

Наиболее эффективным методом лечения диабетической ретинопатии является:

1. использование ангиопротекторов (трентал, дицинон)

2. использование витаминотерапии

3. ретиналамин - препарат, улучшающий функциональное состояние сетчатки

4. ретробульбарное введение глюкокортикоидов

5. лазерная фотокоагуляция

end;

Симптомы характерные для гипогликемии, все кроме:

1. чувство голода

2. слабость

3. наличия судорог

4. тошнота, рвота, боли в животе

5. повышенная потливость

end;

Для гипергликемической кетоацидотической комы характерно:

1. потеря сознания

2. гипорефлексия

3. тахикардия

4. дыхание Куссмауля

5. все ответы верные

end;

Какова длительность действия гларгина?

1. 24 часа

2. 16 часов

3. 12 часов

4. 3 часа

5. 6 часов

end;

В самоконтроль для больного сахарным диабетом входят:

1. овладение навыками определения уровня гликемии

2. самостоятельное определение HbA_{1c}

3. уход за ногами
4. самостоятельное определение глюкозурии
5. все вышеперечисленное

end;

Клинические особенности коронарной болезни сердца у больных сахарным диабетом:

1. высокая частота безболевых форм КБС
2. высокий риск внезапной смерти
3. высокая частота постинфарктных осложнений
4. одинаковая частота развития ИБС у мужчин и у женщин
5. все вышеперечисленное

end;

Патогенез гипергликемии при СД 2 типа обусловлен:

1. гиперпродукция глюкозы печенью
2. инсулинорезистентность
3. относительный дефицит инсулина
4. все вышеперечисленное

end;

Какой препарат усиливает секрецию инсулина?

1. метформин
2. пиоглитазон
3. глибенкламид
4. акарбоза
5. ни один из вышеперечисленных

end;

К симптомам гипогликемии не относится:

1. дрожь в теле
2. желтушность кожных покровов, дискомфорт в правом подреберье
3. потливость
4. судороги
5. чувство голода

end;

В схему лечения кетоацидотической комы входит все, кроме:

1. регидратация
2. коррекция кислотно-щелочного равновесия
3. дренирование грудного лимфатического протока
4. инсулинотерапия
5. восполнение дефицита калия

end;

Причина развития «стероидного диабета» у больных болезнью Иценко-Кушинга:

1. снижение полиолового пути утилизации глюкозы
2. активация глюкозы
3. стимуляция липолиза
4. активация глюконеогенеза
5. инсулинорезистентность

end;

Физиологические факторы СД 1 типа: а) ожирение, б) вирусное поражение бета-клеток, в) травма поджелудочной железы, г) психическая травма, д) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, г
2. б, в, д
3. б, в, г
4. а, г
5. б, д

end;

Мужчина 30 лет, рост 170 см, масса тела 105 кг, преобладает отложение жира в области туловища, на коже внутренней поверхности плеч и бедер багровые стрии, на лице и спине множественные вульгарные угри. АД стойко повышено на уровне 150/90 – 165/110 мм рт. ст. Суточная экскреция кортизола с мочой выше нормы. Гликемия натощак 12 ммоль/л, в моче сахар 1%, реакция мочи на ацетон отрицательная. Тип сахарного диабета:

1. Сахарный диабет 1 типа
2. Сахарный диабет 2 типа
3. панкреатогенный
4. гестационный
5. стероидный

end;

К симптомам гипогликемии относятся:

1. тошнота, рвота, боли в животе
2. потливость, ощущение голода, дрожь
3. боли за грудиной, иррадиирующие в лопатку
4. удушье
5. гиперпигментация кожи

end;

Постпрандиальная гликемия означает

1. гликемию после 12-ти часов голодания
2. среднесуточный уровень гликемии
3. гликемию через 2 часа после еды
4. усредненный уровень гликемии за 1 месяц
5. гликемию после физической нагрузки

end;

К принципам лечения сахарного диабета 1 типа относится:

1. обучение и самоконтроль
2. диетотерапия
3. инсулинотерапия
4. психологическая помощь
5. все вышеперечисленное.

end;

Лечение сахарного диабета 2 типа включает:

-
1. обучение и самоконтроль
 2. таблетированные сахароснижающие препараты
 3. инсулинотерапия
 4. диетотерапия
 5. все вышеперечисленное
- end;
- К причинам диабетического кетоацидоза при сахарном диабете 1 типа относится:
1. отмена инсулина
 2. передозировка инсулина
 3. незапланированная физическая нагрузка
 4. недостаточное употребление углеводов
 5. все вышеперечисленное
- end;
- К причинам гипогликемической комы при сахарном диабете относится:
1. отмена инсулина
 2. передозировка инсулина
 3. сопутствующее инфекционное заболевание
 4. травма
 5. оперативное вмешательство
- end;
- К легкоусвояемым углеводам относится:
1. хлеб грубого помола
 2. овсяная каша
 3. мед
 4. творог
 5. все вышеперечисленное
- end;
- К методам лечения диабетической ретинопатии относится все, кроме:
1. компенсация углеводного обмена
 2. коррекция артериального давления
 3. коррекция липидного обмена
 4. лазерная фотокоагуляция
 5. ретробульбарное введение глюкокортикоидов
- end;
- Какие симптомы характерны для манифестации СД 1 типа: а) полиурия, б) похудание, в) сильные боли в области сердца, г) полидипсия, д) астенический синдром.
1. а, г
 2. в, д
 3. б, д
 4. а, г, д
 5. а, б, г, д
- end;
- Критерием диагностики сахарного диабета при оценке гликемии натощак в цельной капиллярной крови является значение (ммоль/л) от:
1. 5,6 дважды
 2. 6,7 однократно
 3. более 6,1 дважды
 4. 6,1 однократно
 5. 6,0 дважды
- end;

Для сахарного диабета типична:

1. жажда
2. полиурия
3. гипергликемия
4. глюкозурия
5. все перечисленное

end;

Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия?

1. актрапид
2. новорапид
3. протофан
4. хумулин НРН
5. лантус

end;

К осложнениям инсулинотерапии относят: а) гипогликемическое состояние, б) кетоацидоз, в) постинсулиновые липодистрофии, г) синдром Мориака, д) синдром Сомоджи. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в, д
2. а, г
3. б, в
4. а
5. б, г

end;

Диабетическая макроангиопатия проявляется:

1. поражением капилляров
2. поражением вен
3. атеросклерозом артерий мышечно-эластического типа
4. узелковым периартериитом
5. всем вышеперечисленным

end;

Выберите характерные осложнения и проявления сахарного диабета;

1. гангрена ног
2. нефропатия
3. жировой гепатоз
4. слепота
5. все вышеперечисленное

end;

Для сахарного диабета 2 типа характерно все, кроме:

1. нормальный или повышенный синтез инсулина
2. аутоиммунная деструкция В-клеток
3. начало в зрелом возрасте
4. ожирение
5. постепенное начало

end;

Для оценки углеводного обмена в крови определяют уровень:

1. общего белка
2. калия
3. натрия
4. глюкозы
5. молочной кислоты

end;

К факторам риска развития сосудистых осложнений относится:

1. гипергликемия
2. дислипидемия
3. артериальная гипертензия
4. ничего из вышеперечисленного
5. всё выше перечисленное

end;

2

1. макроангиопатия при сахарном диабете, приводящая к слепоте
2. микроангиопатия сосудов сетчатки при сахарном диабете
3. острое осложнение сахарного диабета 1 типа
4. острое осложнение сахарного диабета 2 типа
5. воспалительное заболевание сетчатки при сахарном диабете

end;

Диабетическая нефропатия - это:

1. острое осложнение сахарного диабета 1 типа
2. острое осложнение сахарного диабета 2 типа
3. инфекционное осложнение сахарного диабет 1 и 2 типа
4. позднее сосудистое осложнение сахарного диабета 1и 2 типа
5. нет правильного ответа

end;

Основные физиологические эффекты инсулина:

1. стимулирует синтез белков
2. стимулирует транспорт глюкозы через мембрану клеток
3. стимулирует синтез гликогена в печени и мышцах
4. стимулирует синтез жиров в печени и жировой ткани
5. все вышеперечисленное

end;

Сахарный диабет 1 типа возникает чаще:

1. у детей и у лиц молодого возраста
2. у лиц старше 80 лет
3. у лиц среднего и пожилого возраста
4. у всех вышеперечисленных
5. нет правильного ответа

end;

Сахарный диабет 2 типа возникает чаще:

1. у детей
2. у лиц молодого возраста
3. у лиц старше 60 лет
4. у всех вышеперечисленных
5. нет правильного ответа

end;

Для сахарного диабета 2 типа характерно:

1. инсулинорезистентность
2. секреторная дисфункция В-леток
3. наследственная предрасположенность
4. ожирение
5. все вышеперечисленное

end;

Профилактика гипогликемии заключается в:

1. рациональном режиме питания
2. адекватной инсулинотерапии
3. планируемой физической нагрузке
4. при необходимости дополнительном приеме легкоусвояемых углеводов
5. все вышеперечисленное

end;

Больной, страдающий СД без сознания. До этого отмечались: головная боль, головокружение, беспокойство, агрессивность, дезориентация, речевые и двигательные нарушения. Из рта был замечен запах алкоголя. Ваша тактика:

1. ничего не предпринимать до приезда скорой помощи
2. дать больному легкоусвояемые углеводы в количестве 1,5 – 2 ХЕ
3. в/в капельно ввести 10% раствор глюкозы 60 мл
4. в/в струйно ввести 40% раствор глюкозы до восстановления сознания или 1 мл глюкагона
5. ничего из вышеперечисленного

end;

Факторы, снижающие всасывание инсулина:

1. введение инъекции в/м
2. введение инъекции в живот
3. физическая нагрузка
4. введение инъекций в места липодистрофии
5. массаж мест инъекций

end;

При коррекции инсулинотерапии при сахарном диабете 1 типа контроль гликемии желательно осуществлять:

1. еженедельно
2. ежедневно
3. 1 раз в 3 дня
4. 1 раз в 3 мес
5. каждый час

end;

Инсулин короткого действия желательно вводить в:

1. под лопатку
2. в плечо
3. в область живота
4. в ягодицу
5. в бедро

end;

Лечение диабетической ретинопатии подразумевает:

1. Компенсация углеводного обмена
2. Лазерная коагуляция
3. Криокоагуляция
4. Все вышеперечисленное

end;

Содержание углеводов в пище у больных СД должно составлять:

1. 30 %
2. 80 %
3. 50-60 %
4. 20 %

-
5. 10%
- end;
- Понятие диетотерапия при сахарном диабете включает:
1. назначение определенного калоража
 2. физиологическое соотношение белков, жиров и углеводов
 3. исключение или ограничение рафинированных углеводов
 4. исключение продуктов, содержащих тугоплавкие жиры и большое количество холестерина
 5. все вышеперечисленное
- end;
- Употребление каких продуктов пациент с СД 2 типа должен максимально ограничить?
1. молоко, молочные продукты менее 2,5 % жирности
 2. кондитерские изделия
 3. зеленые овощи
 4. крупы
 5. ягоды
- end;
- Согласно классификации ВОЗ 1999 г. понятие «сахарный диабет» включает все, кроме:
1. сахарный диабет 1 типа
 2. сахарный диабет 2 типа
 3. гестационный диабет
 4. другие типы сахарного диабета
 5. латентный сахарный диабет
- end;
- Симптомы кетоацидоза все, кроме
1. слабость, утомляемость
 2. тошнота, рвота
 3. запах ацетона изо рта
 4. учащенное дыхание
 5. повышенный аппетит
- end;
- При СД 2 типа антитела к островковым клеткам:
1. резко повышены
 2. умеренно повышены
 3. незначительно снижены
 4. присутствуют
 5. отсутствуют
- end;
- Осложнения инсулинотерапии, все кроме:
1. гипогликемия
 2. липодистрофия
 3. дегидратация организма
 4. аллергия
 5. инсулинорезистентность
- end;
- К факторам, приводящим к развитию диабетического кетоацидоза, относят все, кроме:
1. грубое нарушение диеты
 2. интеркуррентная инфекция
 3. передозировка инсулина
 4. отмена инсулина в период ОРВИ

5. пропущенное введение инсулина

end;

Клиническими критериями диагностики сахарного диабета являются все, кроме:

1. полиурия
2. похудание
3. повышенный аппетит
4. жажда
5. желтуха

end;

Лабораторными критериями диагностики сахарного диабета являются все, кроме:

1. повышенный удельный вес мочи
2. увеличение прямого билирубина
3. гипергликемия
4. ацетонурия
5. глюкозурия

end;

На сахарный диабет указывает:

1. жажда
2. болезненное мочеиспускание
3. желтуха
4. диспноэ
5. цианоз

end;

Какие осложнения не характерны для сахарного диабета:

1. нефропатия
2. нейропатия
3. ретинопатия
4. пневмосклероз
5. гангрена стоп

end;

Характерными для СД 1 типа являются следующие симптомы:

1. полиурия
2. полидипсия
3. слабость
4. запах ацетона
5. все выше перечисленное

end;

Какие осложнения не характерны для сахарного диабета:

1. гломерулосклероз
2. нейропатия
3. гипертрихоз
4. ретинопатия
5. гангрена стоп

end;

Особенности сахарного диабета 2 типа, все кроме:

1. постепенное начало
2. наличие осложнений в момент постановки диагноза
3. чаще развиваются кетоацидотические состояния
4. чаще болеют лица пожилого возраста
5. часто страдают ожирением

end;

Особенности сахарного диабета 1 типа, все кроме:

1. наличие генетических маркеров
2. быстрое начало
3. чаще развиваются кетоацидотические состояния
4. чаще болеют молодые
5. часто страдают ожирением

end;

Клинические проявления сахарного диабета 2 типа:

1. Полиурия
2. Зуд кожи, фурункулез
3. Полидипсия
4. Похудание
5. Все вышеперечисленное

end;

Согласно классификации ВОЗ (1999 г.) в настоящее время выделяют следующие типы диабета: а) Сахарный диабет 1 типа; б) Сахарный диабет 2 типа в) другие типы диабета; г) гестационный диабет; д) инсулинопотребный диабет. Выберите правильный ответ по схеме:

1. Верно а,б,в,г
2. Верно а, б
3. Верно а, б, г
4. Верно в,д
5. Верно а, б, д

end;

Острым осложнением сахарного диабета не является:

1. Кетоацидотическая кома
2. Гиперосмолярная некетацидотическая
3. Лактацидотическая кома
4. Гипогликемическая кома
5. Уремическая кома

end;

К острым осложнением диабета относится:

1. Лактацидотическая кома
2. Диабетическая ретинопатия
3. Диабетическая нефропатия
4. Уремическая кома
5. Дыхательная недостаточность

end;

К провоцирующим факторам внешней среды при сахарном диабете 1 типа относятся:

1. Вирусная инфекция
2. Цитотоксические вещества
3. Раннее искусственное вскармливание коровьим молоком
4. Все вышеперечисленное

end;

В лечении сахарного диабета 2 типа используют:

1. Диетотерапию
2. Физические нагрузки
3. Таблетированные сахароснижающие препараты
4. Инсулинотерапию

5. Все вышеперечисленное

end;

К устройствам для введения инсулина относят:

1. Инсулиновые шприцы
2. Инсулиновый шприц-ручки
3. Инсулиновый помпы
4. Все вышеперечисленное

end;

Ежедневные инъекции инсулина выполняются:

1. Внутривенно струйно
2. Внутривенно капельно
3. Внутримышечно
4. Внутрикожно
5. Подкожно

end;

Инъекции инсулина короткого действия рекомендуется делать:

1. в подкожную клетчатку живота
2. внутримышечно в область ягодиц
3. в подкожную клетчатку бедер
4. в подкожную клетчатку плеч
5. внутримышечно в область бедер или плеч

end;

Перед переводом больного сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапию необходимо:

1. обучить пациента методам самоконтроля
2. предупредить о возможности гипогликемии и методах ее устранения
3. пересмотреть принципы диетотерапии
4. обучить самостоятельно делать инъекции
5. все вышеперечисленное

end;

Через какое время после перорального принятия глюкозы при ОГТТ повторно исследуют гликемию?

1. Через 1 час
2. Через 15 мин
3. Через 2 часа
4. Через 24 часа
5. Через 30 мин

end;

Для диагностики диабетической ретинопатии используется:

1. Определение остроты зрения
2. Измерение внутриглазного давления
3. Прямая или обратная офтальмоскопия при расширенном зрачке
4. Биомикроскопия хрусталика и стекловидного тела с помощью щелевой лампы
5. Все вышеперечисленное

end;

Наиболее частым поздним осложнением органов мочевыделительной системы при сахарном диабете 1 типа являются:

1. Амилоидоз
2. Гломерулосклероз
3. Гломерулонефрит
4. Нефрокальцинаты

-
5. Карбункул почки
- End;
- Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является:
1. Глаукома
 2. Катаракта
 3. Проллиферирующая ретинопатия
 4. Атрофия зрительных нервов
 5. Автономная нейропатия
- end;
- Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом?
1. направить в санаторий на бальнеологическое лечение
 2. начать лечение L-тироксином с малых доз
 3. начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
 4. назначить мочегонные
 5. отказаться от лечения гипотиреоза
- end;
- Ошибочное назначение L-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает
1. нарушение менструального цикла
 2. тиреотоксикоз
 3. брадикардию
 4. бесплодие
 5. электролитные сдвиги
- end;
- При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается:
1. повышенный уровень ТТГ
 2. пониженный уровень ТТГ
 3. нормальный уровень ТТГ
 4. ТТГ отсутствует
 5. исследование ТТГ не имеет диагностической важности
- end;
- Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как
1. эпидемический зоб
 2. эндемический зоб
 3. спорадический зоб
 4. струмит де Кервена
 5. диффузный токсический зоб
- end;
- У больной после тиреоидэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение у больной?
1. гипотиреоз
 2. тиреотоксический криз
 3. травма гортанных нервов
 4. гипопаратиреоз
 5. остаточные явления тиреотоксикоза
- end;
- Вторичный гипотиреоз отличается от первичного:
1. Снижением уровня продукции Т4
 2. Повышенным уровнем ТТГ
 3. Сниженным уровнем ТТГ

-
4. Увеличением размеров щитовидной железы
 5. Увеличение уровней Т3 и Т4 более чем на 50% при тесте с тиролиберином
- end;

При первичном гипокортицизме выявляются все перечисленные изменения, за исключением:

1. Снижение веса
2. Склонность к гипогликемии
3. Диспептические расстройства
4. Гиперпигментация
5. Повышение ОЦК

end;

Лечение острой надпочечниковой недостаточности (аддисонического криза) подразумевает:

1. Внутривенное введение адреналина и других адреномиметиков
2. Введение морфина для снятия болевого шока с последующей транспортировкой в стационар
3. Переливание физиологического раствора хлорида натрия и введение больших доз гидрокортизона
4. Обильное питье, пузырь со льдом на поясничную область, мочегонные
5. Введение фентоламина или тропафена

end;

Феохромоцитома - опухоль хромоаффинной ткани, продуцирующая:

1. Андрогены
2. Эстрогены
3. Глюкокортикоиды
4. Адреналин, норадреналин
5. Минералокортикоиды

end;

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

1. Т3 – повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме.
2. Т3 – в норме; Т4 – в норме; ТТГ – подавлен (снижен).
3. Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – подавлен (снижен).
4. Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – в норме.
5. Т3 – в норме; Т4 – повышен; ТТГ – в норме.

end;

Феохромоцитома - опухоль надпочечников, которая в 10% случаев:

1. Сочетается с другими эндокринными опухолями.
2. Является злокачественной
3. Имеет вненадпочечниковую локализацию
4. Двусторонней локализации
5. Все вышеперечисленное

end;

Универсальным базовым способом профилактики йоддефицитных заболеваний в Кыргызстане в настоящее время является:

1. Йодирование хлеба
2. Йодирование соли
3. Йодирование масла
4. Йодирование чая

5. Йодирование воды

end;

При болезни Грейвса секреция тиреотропного гормона:

1. Нормальная
2. Подавлена
3. Повышена
4. Имеет циклический характер
5. Не имеет типичного характера

end;

Для синдрома гипергликемии характерно все, кроме:

1. Жажды
2. Полиурии
3. Полифагии
4. Похудания
5. Низкого удельного веса мочи

End;

Основные клинические проявления синдрома тиреотоксикоза:

1. тахикардия
2. тремор
3. повышенный аппетит
4. зоб
5. все перечисленное

End;

В состав коры надпочечников не входит:

1. клубочковая зона
2. пучковая зона
3. сетчатая зона
4. мозговой слой
5. нет правильного ответа

End;

К жалобам пациента с гипотиреозом относится все, кроме:

1. снижения памяти
2. сухости кожи
3. частого жидкого стула
4. зябкости
5. сонливости

End;

К изменениям сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе относится все, кроме:

1. мерцательной аритмии
2. расширения границ сердца
3. брадикардии
4. снижения систолического АД
5. уменьшения минутного объема крови

End;

К жалобам больных при гипотиреозе относится все, кроме:

1. вялости
2. сонливости
3. апатии
4. медлительности

5. повышенной потливости

End;

К объективным признакам гипотиреоза относится все, кроме:

1. отечности лица
2. сухой, грубой кожа
3. гипертрихоза
4. ломкости ногтей
5. бледности кожи

End;

Нарушения деятельности ЖКТ характерные для гипотиреоза:

1. снижение моторики ЖКТ и секреции пищевых соков
2. функции ЖКТ не меняются
3. диарея
4. спленомегалия
5. усиление моторики ЖКТ и секреции пищевых соков

End;

Тиреотропный гормон вырабатывается:

1. В щитовидной железе
2. В передней доле гипофиза
3. В задней доле гипофиза
4. В надпочечниках
5. В почках

End;

Регуляция гипофизарно-тиреоидной системы осуществляется:

1. по механизму отрицательной обратной связи
2. по механизму положительной обратной связи
3. отсутствует связь между уровнем тиреоидных гормонов и ТТГ
4. в зависимости от фосфорно-кальциевого обмена
5. в зависимости от углеводного обмена

end;

Причиной вторичного гипотиреоза является:

1. Поражение щитовидной железы
2. Поражение гипофиза
3. Надпочечниковая недостаточность
4. Заболевания почек
5. Верно все вышеперечисленное

End;

Причиной первичного гипотиреоза является:

1. Поражение щитовидной железы
2. Поражение гипофиза
3. Надпочечниковая недостаточность
4. Заболевания почек
5. Верно все вышеперечисленное

End;

При вторичном гипотиреозе:

1. ТТГ снижен, тиреоидные гормоны снижены
2. ТТГ снижен, тиреоидные гормоны повышены
3. ТТГ повышен, тиреоидные гормоны повышены
4. ТТГ не изменен, тиреоидные гормоны повышены
5. ТТГ повышен, тиреоидные гормоны не изменены

End;

Группа метаболических заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов, называется:

1. Несахарный диабет
2. Акромегалия
3. Мукополисахаридоз
4. Сахарный диабет
5. Гликогеноз

End;

Ожирение является фактором риска:

1. Сахарного диабета 2 типа
2. Заболеваний опорно-двигательного аппарата
3. Сердечно-сосудистых заболеваний
4. Бесплодия
5. Верно все вышеперечисленное

End;

Для синдрома хронической надпочечниковой недостаточности характерно появление следующих симптомов:

1. Жажда, полиурия, сухость во рту
2. Похудание, гиперпигментация, слабость
3. Раздражительность, потливость, экзофтальм
4. Запоры, пастозность лица, сухость кожи
5. Ожирение, появление стрий, матронизм

End;

При подозрении на синдром хронической надпочечниковой недостаточности показано:

1. Определение кортизола крови
2. Определение уровня натрия
3. Определения уровня калия
4. Определение АКТГ
5. Все вышеперечисленное

End;

Симптомы Грефе, Дальримпля, экзофтальм, характерны для:

1. Синдрома гипергликемии
2. Синдрома гипогликемии
3. Гипотиреоза
4. Тиреотоксикоза
5. Синдрома хронической надпочечниковой недостаточности

end;

Для тиреотоксикоза характерно такое осложнение, как:

1. Миокардиодистрофия
2. Артериальная гипотензия
3. Недостаточность трехстворчатого клапана
4. Хроническая почечная недостаточность
5. Гипогликемическая кома

end;

Причина гипогликемической комы - это:

1. Недостаточная доза инсулина
2. Избыточное количество инсулина
3. Чрезмерное введение жидкости в организм

-
4. Переедание
 5. Беременность
- end;

Нормальным считается уровень глюкозы натощак в капиллярной крови в пределах:

1. 3,3-5,5 ммоль/л
 2. 5,5 -9,99 ммоль/л
 3. 1,11-4,44 ммоль/л
 4. 3,33-7,77 ммоль/л
 5. 2,2-6,6 ммоль/л
- end;

Для гипотиреоза характерно появление:

1. Экзофтальма
 2. Пастозности лица
 3. Субфебрильной температуры тела
 4. Похудания
 5. Помутнения хрусталика
- end;

Эмоциональная лабильность, потливость, похудание, тахикардия наблюдаются при:

1. гипотиреозе
 2. тиреотоксикозе
 3. синдроме гипергликемии
 4. синдроме хронической надпочечниковой недостаточности
 5. митральном стенозе
- end;

Сонливость, зябкость, снижение памяти, увеличение массы тела наблюдаются при:

1. гипотиреозе
 2. тиреотоксикозе
 3. синдроме гипергликемии
 4. синдроме хронической надпочечниковой недостаточности
 5. митральном стенозе
- end;

При подозрении на тиреотоксикоз показано:

1. определение уровня гормонов щитовидной железы
 2. определение ТТГ
 3. сцинтиграфия, УЗИ щитовидной железы
 4. ЭКГ
 5. Все вышеперечисленное
- End;

End;

При подозрении на гипотиреоз показано:

1. определение в крови АКТГ
 2. определение в крови Т3, Т4, ТТГ
 3. определение соматотропина
 4. определение катехоламинов
 5. определение уровня глюкозы крови
- end;

Экзофтальм наблюдается при патологии:

1. щитовидной железы
2. гипофиза
3. паращитовидных желез
4. надпочечников

5. почек

end;

При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах:

1. Ацетона
2. Аммиака
3. Алкоголя
4. «Мышиный» запах
5. нет запаха

end;

Жажда, полиурия, кожный зуд – признаки синдрома:

1. гипотиреоза
2. тиреотоксикоза
3. гипергликемии
4. гипогликемии
5. хронической надпочечниковой недостаточности

end;

Симптомы гипогликемии:

1. жажда, сухость кожи
2. потливость, тошнота
3. чувство голода, рвота
4. дрожь, потливость, чувство голода
5. одышка, цианоз

end;

Неотложная помощь при легком гипогликемическом состоянии:

1. инсулин короткого действия
2. инсулин длительного действия
3. напоить сладким чаем
4. прием раствора Люголя внутрь
5. уложить в горизонтальное положение с опущенным головным концом

end;

Усиленная пигментация кожи отмечается при гипофункции:

1. щитовидной железы
2. гипофиза
3. половых желез
4. коры надпочечников
5. почек

end;

К симптомам гипотиреоза относят: а) общая слабость; б) потливость; в) запоры; г) диарея; д) сухая грубая кожа. Выберите правильный ответ по схеме.

1. Верно а,б,в
2. Верно а,б,в,г
3. Верно а,в,д
4. Верно г,д
5. Верно только д

End;

Какие изменения сердечно-сосудистой системы могут определяться при синдроме гипотиреоза:

1. Брадикардия
2. Снижение сердечного выброса
3. Появление перикардального выпота

-
4. Приглушение тонов сердца
 5. Все вышеперечисленное

End;

Какие изменения сердечно-сосудистой системы могут определяться при синдроме тиреотоксикоза:

1. Синусовая тахикардия
2. Мерцательная аритмия
3. Увеличение систолического артериального давления и уменьшение диастолического
4. Систолический шум
5. Все вышеперечисленное

End;

При сомнительных показателях уровня гликемии для подтверждения диагноза целесообразно использовать:

1. Исследование глюкозы в моче
2. Исследование уровня глюкозы в ночные часы
3. Оральный глюкозотолерантный тест
4. Исследование глюкозы в спинно-мозговой жидкости
5. Исследование С-пептида

End;

К развитию гипогликемии может приводить:

1. Инсулинома
2. Передозировка инсулина
3. Передозировка глибенкламида
4. Незапланированная физическая нагрузка
5. Все вышеперечисленное

End;

Акарбоза относится к сахароснижающим препаратам

1. Группы сульфанилмочевины
2. К инсулинам короткого действия
3. К инсулинам средней продолжительности действия
4. К бигуанидам
5. К ингибиторам альфа-глюкозидаз

end;

К препаратам, блокирующим действие альфа-глюкозидаз относится:

1. акарбоза
2. глибенкламид
3. глипизид
4. гликлазид
5. глимеперид

end;

Феномен Сомоджи - это:

1. Постгипогликемическая гипергликемия
2. Снижение уровня глюкозы крови в ответ на введение инсулина
3. Подъем уровня глюкозы крови в ранние утренние часы под действием контринсулярных гормонов
4. Исчезновение симптомов стероидного сахарного диабета после двусторонней адреналэктомии
5. Все перечисленное неверно

end;

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

1. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА)
2. β -блокаторы
3. Тиазидные диуретики
4. Антагонисты Са
5. α – блокаторы

end;

Ожирение диагностируется при ИМТ равным и более:

1. 14,9 кг\м²
2. 18,1 кг\м²
3. 25,9 кг\м²
4. 29,5 кг\м²
5. 40,0 кг\м²

end;

Больной поступил в стационар в состоянии диабетической кетоацидотической комы. При поступлении необходимо исследовать следующие показатели:

1. Пульс и частоту дыхания
2. Кислотно-щелочное равновесие
3. Гематокрит
4. Уровень глюкозы
5. Всё вышеперечисленное

end;

Какие симптомы первичного гипокортицизма не будут встречаться при вторичном гипокортицизме:

1. Похудение
2. Гиперпигментация кожи и слизистых
3. Общая слабость, астения
4. Нет правильного ответа
5. Всё вышеперечисленное

End;

Симптомом болезни Иценко-Кушинга не является:

1. Остеопороз
2. Гипокалиемия
3. Артериальная гипертензия
4. Повышенная экскреция катехоламинов и ВМК
5. Ничего из вышеперечисленного

End;

Каковы проявления синдрома хронической гипергликемии в ротовой полости?

1. Выраженная сухость языка, трещины, заеды, корки красной каймы губ, хронический гингивит и хронический периодонтит
2. Гиперпигментация слизистой ротовой полости
3. Цианоз слизистой ротовой полости
4. Гунтеровский глоссит
5. Интерстициальный глоссит

End;

5

Каковы проявления гипотиреоза в полости рта?

1. Гиперпигментация слизистой оболочки полости рта
2. Цианоз слизистой ротовой полости

-
3. Гунтеровский глоссит
 4. Афтозный стоматит
 5. Большой язык с отпечатками зубов по латеральным поверхностям

End;

Основные клинические проявления синдрома тиреотоксикоза:

1. тахикардия
2. тремор
3. повышенный аппетит
4. зоб
5. все перечисленное

End;

Что не характерно для синдрома гипотиреоза

1. увеличение массы тела
2. гиперпигментация кожи открытых частей тела
3. зоб
4. сухость кожи
5. гипотермия

End

Уровень какого гормона при гипотиреозе повышается?

1. Т4
2. Т3
3. ТТГ
4. кортизол
5. тестостерон

End

Уровень каких гормонов повышается при синдроме тиреотоксикоза?

1. кортизол
2. тестостерон
3. альдостерон
4. Т3, Т4
5. ТТГ

End

Какие симптомы характерны для синдрома тиреотоксикоза

1. глазные симптомы
2. повышение веса
3. кожа холодная сухая
4. сонливость
5. щитовидная железа уменьшена

End

Что не характерно для синдрома тиреотоксикоза

1. увеличение ЧСС
2. слабость и атрофия мышц
3. снижение ЧСС
4. снижение ТТГ
5. беспокойство, раздражительность

End

Какой гормон повышается при синдроме тиреотоксикоза

1. тироксин
2. ТТГ
3. АКТГ

-
4. кортизол
 5. пролактин
- End

Гиперпролактинемия может быть спровоцирована:

1. Аминазином
2. Церукалом
3. Amitриптилином
4. Морфином
5. Всем вышеперечисленным
6. Ничем из вышеперечисленного

End

Какой из перечисленных гормонов вырабатывается в передней доле гипофиза?

1. Бета-эндорфин
2. Соматостатин
3. Соматомедин С
4. Окситоцин
5. Ничего из вышеперечисленного

End

34-летняя женщина обратилась с жалобами на постоянные головные боли, аменорею и увеличение веса. При обследовании выявлено следующее: пролактин —55 нг/мл (норма 2–25), Т₄ — 1,8 мкг/дцл (норма 4,5–12), Т₃ —85 нг/дцл (норма 90–200), ТТГ больше 60 МЕД/мл и увеличение гипофиза при ЯМР. Каков вероятный диагноз?

1. Пролактинома
2. Тиротропинома
3. Вторичная гиперплазия гипофиза

End

Синдром пустого турецкого седла:

1. Является неопухолевым расширением турецкого седла
2. Часто сопровождается гипофизарными нарушениями
3. Часто имеет место у женщин с несхарным диабетом
4. Разрушение турецкого седла
5. Должен быть пролечен оперативными способами

End

Гипогликемия вызывает резкое повышение секреции перечисленных гормонов кроме одного. Какого?

1. Пролактин
2. АКТГ
3. СТГ
4. ТТГ
5. Кортизол

End

Какой из перечисленных признаков встречается лишь при феохромоцитоме, в отличие от других форм артериальной гипертензии?

1. Похудение
2. Эпизодические головные боли
3. Тахикардия
4. Потоотделение
5. Ортостатическая гипотензия

End

Играют роль в развитии гипергонадотропного гипогонадизма, все кроме:

-
1. Менопауза
 2. Синдром Шершевского- Тернера
 3. Агенезия половых желез
 4. Синдром Шихана

End

В задней доле гипофиза синтезируется:

1. ТТГ
2. Пролактин
3. Окситоцин
4. АКТГ
5. Ни один из перечисленных гормонов

End

Для инсуломы патогномичны:

1. Триада Уиплла
2. Синдром Мориака
3. Синдром Сомджи

End

Для лечения остеопороза применяют:

1. Биофосфонаты
2. Глюкокортикоиды
3. Тироксин
4. Инкретины

End

Факторы риска остеопороза все, кроме:

1. Курение
2. Слабое зрение
3. Женский пол
4. Преклонный возраст
5. Ожирение

End

Основные клинические проявления гипопаратиреоза:

1. Судорожный синдром
2. Боли в костях
3. Спонтанные переломы
4. ХПН

End

Методы обследования при гиперпаратиреозе, все кроме:

1. Костная денситометрия
2. Определение кальция крови
3. Общая щелочная фосфатаза
4. Оксипролин в моче
5. Эстрогены крови

End

Ициденталома это:

1. Случайно выявленное объемное образование
2. Опухоль вилочковой железы
3. Показатель остеопороза
4. Признак бесплодия
5. Синоним опухолей мозга

End

Клинические проявления врожденной дисфункции коры надпочечников:

1. Гермафродитизм
2. Витилиго
3. Гипопитуитаризм
4. Синдром Прадера- Вили
5. Тугоухость

End

Вероятные признаки рака щитовидной железы, все кроме:

1. Быстрый рост узла
2. Наличие шейной лимфаденопатии
3. Облучение головы и шеи в анамнезе
4. Повышение уровня кальцитонина
5. Резкая гиперпигментация шеи

End

Клинические признаки функциональной автономии ЩЖ

1. Появление симптомов тиреотоксикоза
2. Появление симптомов гипотиреоза
3. Высокий титр антител к ТПО
4. Повышение экскреции йода с мочой

End

Для подострого тиреоидита характерно все, кроме:

1. Боль в области шеи
2. Субфебрилитет
3. Повышенное СОЭ
4. Отрицательный тест Крайля
5. Лимфоцитоз

End

При кетоацидотической коме Na^+ , K^+ сыворотки необходимо определять

1. 2 раза в сутки
2. 1 раз в сутки
3. Ежечасно
4. Только после снижения гликемии до 14 ммоль/л

End

C-пептид является:

1. Маркером компенсации сахарного диабета,
2. Контринсулярным гормоном,
3. Показателем секреции инсулина,
4. Маркером сахарного диабета 2 типа,
5. Показателем активности воспалительного процесса

End

Укажите минимальное значение уровня глюкозы капиллярной крови, взятой в любое время суток, при котором диагноз сахарного диабета не вызывает сомнений:

1. Менее 5,6 ммоль/л
2. 6,7 ммоль/л
3. 9,7 ммоль/л
4. 11,3 ммоль/л
5. 15 ммоль/л

End

Клинические симптомы вегетативной диабетической нейропатии все, кроме:

1. ортостатическая гипотония

2. дискинезия желчных путей
3. тахикардия
4. эректильная дисфункция
5. атония мочевого пузыря
6. аллодиния

End

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики гестационного сахарного диабета:

1. Натощак $\geq 5,1$, но $< 7,0$ ммоль/л
2. Натощак $\geq 6,1$, но $< 7,8$ ммоль/л
3. Натощак $\geq 5,1$, но $< 6,2$ ммоль/л
4. Натощак $\geq 4,1$, но $< 6,8$ ммоль/л

End

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики манифестного (впервые выявленного) СД во время беременности:

1. Натощак $\geq 5,1$, но $< 7,0$ ммоль/л
2. Натощак $\geq 6,1$, но $< 10,0$ ммоль/л
3. Натощак $\geq 5,1$, но $< 6,2$ ммоль/л
4. Натощак $\geq 7,0$, но $< 11,1$ ммоль/л

End

Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД на фоне ПГТ, через 1 час, 2 часа

1. $\geq 10,0$ и $\geq 8,5$ ммоль/л
2. $\geq 6,1$ и $< 7,8$ ммоль/л
3. $7,8$ и $\geq 11,2$ ммоль/л

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф. Эндокринология: учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 432 с.
2. Дедов И.И. Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев Эндокринология: учеб. [Электронный ресурс] 2-е изд., перераб. и доп. ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с. – Режим доступа: (www.studentlibrary.ru)
3. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко Эндокринология: национальное руководство: краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-731 с.
4. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. Эндокринология. Национальное руководство М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 752 с. эл. опт. диск (CD-ROM). - (Национальные руководства).

5. И. И. Дедов, М.В. Шестакова Сахарный диабет/Руководство для врачей М: ООО «Изд. Медицинское информационное агентство», 2011, 808 с.
6. И.Дедов, В.А.Петеркова Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. М.: Практика 2014. – 442 с

Дополнительная литература

1. А.Ю. Майоров, Е.В. Суркова, О.В. Лунякина . Фармакотерапия сахарного диабета 2 типа: Эндокринология 2008
2. Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С. Заболевания щитовидной железы в очаге йодного дефицита Бишкек, 2009, с. 42
3. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом М.; 2017
4. Петунина Н.А. Болезни щитовидной железы : [руководство] М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 216 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста).
5. Мкртумян А.М., Нелаева А.А. Неотложная эндокринология: учебное пособие М., 2010
6. Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю. Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа /Клиническое руководство Бишкек, 2017, с. 144
7. Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю. Хронические и острые осложнения СД 2 типа./Клинический протокол Бишкек, 2017, с. 47
8. Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю. Обучение и самоконтроль пациентов СД 2 типа/Клинический протокол Бишкек, 2017, с. 19
9. Султаналиева Р.Б Князева В.Г., Добрынина Н.П., Курганская М.Ю. Диагностика и лечение сахарного диабета 2 типа /Клиническое руководство, Бишкек, 2017, с. 144

Перечень ресурсов "Интернет"

Э.1	Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями.	https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/nauchnye-publikacii/konsensusy-i-klinicheskie-rekomendacii
Э.2	Клинические рекомендации: Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/algosd.pdf

Э.2	Клинические рекомендации по диагностике, скринингу, профилактике и лечению хронической болезни почек у больных сахарным диабетом	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/rec_hbp_pri_cd_2015_1.pdf
Э.3	Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/rec_sindr_diab_stop_2015.pdf
Э.4	Клинические рекомендации Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение»	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/rek_gest_dm_2013.pdf
Э.5	Клинические рекомендации Диагностика и лечение (много) узлового зоба у взрослых	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/proekt_uzlovoi_zob.pdf
Э.6	Клинические рекомендации по диагностике и лечению медуллярного рака щитовидной железы	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/rek_medcancer_chg_2015.pdf
Э.7	Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиреоидита у взрослых	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/recomed_autoimun.pdf
Э.8	Клинические рекомендации: лечение морбидного ожирения у взрослых	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/klin_rek_mo-_2016.pdf
Э.9	Клинические рекомендации: первичный гиперпаратиреоз	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/klin_rek_mo-_2016.pdf
Э.10	Клинические рекомендации: Болезнь Иценко-Кушинга: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения	https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/klin_rek_mo-_2016.pdf